ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

Тема:

Возмещение вреда, причиненного гражданину при оказании

психиатрической помощи

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

1. Общая характеристика обязательства вследствие причинения вреда психиатрическим учреждением пациенту

2. Субъекты и условия обязательства вследствие причинения вреда психиатрическим учреждением пациенту

2.1 Субъекты обязательства вследствие причинения вреда психиатрическим учреждением пациенту

2.2 Условия возмещения вреда, причиненного психиатрическим учреждением пациенту

3. Объем возмещения вреда, причиненного психиатрическим учреждением пациенту

3.1 Возмещением имущественного вреда, причиненного психиатрическим учреждением пациенту

3.2 Возмещение неимущественного вреда, причиненного психиатрическим учреждением пациенту

Заключение

Список использованных источников

**Введение**

Оказание психиатрической помощи в России регламентируется специальным Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Тем самым признается, что функции психиатрии не ограничиваются выявлением и устранением биологических аномалий, вызывающих «душевные болезни», уходом за пациентами, смягчением их страданий, но распространяются также на сферу их гражданских прав. Важно понимать значение указанного закона: «для оказания одного из видов медицинской помощи понадобилось особое законодательство, отсутствие которого может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства»[[1]](#footnote-1).

В то же время стоит обратить внимание на следующий факт. В Обзоре практики рассмотрения судами Красноярского края споров, связанных с ненадлежащим оказанием услуг, указывается, что нормативную базу отношений по оказанию медицинской помощи составляют Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан; Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»; Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи[[2]](#footnote-2). Примечательно, что Закон, регулирующий целую отрасль медицины - психиатрию, в указанном перечне не назван. Однако это совсем не означает, что в указанной сфере права граждан не нарушаются и вред не причиняется.

В обязательствах из причинения вреда психически больные часто выступают в роли потерпевших, в том числе при оказании им психиатрической помощи. Учет таких деликтов в России не ведется, хотя в неофициальных источниках встречаются данные о них.

Необходимо отметить, что условия содержания больных в российских психиатрических стационарах ужасающие. Например, психиатрическая больница №2 в Приозерном, Центральная Россия. Пациенты живут впроголодь. Им не дают овощей и фруктов. Такое питание, само по себе, должно создать физические расстройства, которые затем проявляются как психические заболевания. Ни постельного белья, ни подушек, ни полотенец, ни мыла. В течение нескольких месяцев умерли 24 человека из 300 - общего количества пациентов[[3]](#footnote-3).

В цивилистической литературе в основном акцентируется внимание на договоре об оказании медицинских услуг, а не на ответственности за его нарушение. Ответственность за вред, причиненный психиатрическим вмешательством, цивилистами вообще не исследуется. В медицинской литературе она освещается схематично и поверхностно, её характеристика ограничивается изложением норм об оказании психиатрической помощи с использованием неизвестных гражданскому законодательству понятий ятрогении, врачебной ошибки, несчастного случая. Эти понятия не имеют однозначного толкования, как в медицинских кругах, так и в правоприменительной практике. В судебной практике также возникают затруднения при квалификации поведения медицинских работников. «Врачебные дела» относятся к одной из самых сложных категорий гражданских дел и имеют большой общественный резонанс.

На сегодняшний момент список авторов, исследовавших данную проблему, работы которых были использованы при написании настоящей работы, очень невелик: Т. Дмитриева, С. Шишков, Т.В. Шепель, Е.А. Ромек, А.В. Панов, А. Деменева, М.А. Курбанов, Л.Н. Виноградова, Ю.С. Савенко и др.

Уровень развития психиатрической науки еще далек от того, чтобы можно было четко определить критерии допустимого законом поведения психиатров. Несмотря на наличие специального закона, регулирующего оказание психиатрической помощи, опыт применения этого закона поставил перед психиатрами и юристами ряд сложных проблем.

Настоящая работа состоит из трех глав.

Первая глава посвящена общей характеристики обязательств вследствие причинения вреда психиатрическим учреждением пациенту. В данной главе характеризуются общие условия возникновения обязательств из причинения вреда, особое внимание уделяется противоправности действий причинителя вреда.

Вторая глава состоит их двух частей: первая часть посвящена субъектам обязательства вследствие причинения вреда психиатрически учреждением пациенту, вторая часть освещает условия возмещения вреда, причиненного психиатрическим учреждением.

Третья глава также состоит из двух частей: первая часть определяет порядок и объем возмещения имущественного вреда, причиненного психиатрическим учреждением пациенту; вторая часть определяет порядок и объем неимущественного вреда.

**1. Общая характеристика обязательства вследствие причинения вреда психиатрическим учреждением пациенту**

Учитывая специфику психиатрических заболеваний, особенности пациентов с подобными заболеваниями, а также формы и методы применяемого в данной отрасли медицины лечения, очевидно, что результаты такого лечения и пребывания пациента в психиатрическом стационаре в целом зачастую непредсказуемы. Из средств массовой информации, врачебной и юридической практики, а также других доступных источников можно получить массу информации о причинении ущерба имущественным и личным неимущественным благам гражданина при оказании психиатрической помощи. В результате подобного причинения вреда возникают обязательства по его возмещению.

Выделяют следующие условия возникновения обязательств из причинения вреда.

1. Наличие вреда

При оказании психиатрической помощи вред может выражаться в первую очередь в причинении увечья, иного повреждения здоровья гражданина или даже в лишении его жизни (например, при неверной дозировке применяемых препаратов или при использовании таких методов лечения как лоботомия и электрошок, а также при применении физического насилия к «непослушным» пациентам).

Красноярский краевой суд указывает, что признаками наличия вреда здоровью могут быть телесные повреждения (нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций), возникновение и развитие заболеваний, патологических состояний[[4]](#footnote-4).

О.Ю. Александрова и О.Н. Лебединец обращают внимание на существование «неизбежного» медицинского вреда, который следует отличать от вреда, причиняющегося в результате противоправного деяния. По мнению указанных авторов при осуществлении медицинской деятельности причинение вреда зачастую неизбежно (побочные эффекты от лекарств, нарушение кожного покрова при операционном порезе и т.д.). При причинении такого «неизбежного» вреда ответственность медицинского учреждения не наступает[[5]](#footnote-5).

Вред может быть причинен непосредственно личности или имуществу. При этом имущественный вред подразделяется на реальный ущерб и упущенную выгоду. Реальный ущерб выражается в расходах на восстановление здоровья, а также в расходах на погребение. Упущенная выгода может выражаться в размере заработной платы, которую потерпевший получил бы, если бы вред его здоровью не был бы причинен. Кроме того, согласно ст. 151 Гражданского Кодекса Российской Федерации (ГК РФ) при причинении вреда неимущественному благу гражданина по общему правилу возмещается моральный вред – причинение физических и нравственных страданий.

2. Вина лица, обязанного к возмещению вреда

Обязательство из причинения вреда возникает при наличии вины психиатрического учреждения в лице его работников (врачей, санитаров и т.д.) в причинении вреда. При этом согласно ст. 1064 ГК РФ вина причинителя презюмируется до тех пор, пока лицо, привлеченное к ответственности не докажет, что вред причинен не по его вине. Следует уточнить, что в случаях, когда вред причинен источником повышенной опасности, вред возмещается даже при отсутствии вины, если владелец источника повышенной опасности не докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или умысла потерпевшего. Также независимо от вины вред возмещается в случаях, предусмотренных п. 3 ст. 401 ГК РФ (если иное не предусмотрено законом или договором) и ст. 1095 ГК РФ, т.к. в этих случаях кредиторами в обязательстве выступают субъекты предпринимательской деятельности, осуществляющие предпринимательскую деятельность на свой риск.

3. Причинно-следственная связь между противоправным поведением причинителя вреда и наступившим вредом

Причинно-следственная связь должна быть юридически значимой, т.е. поведение причинителя вреда должно превращать возможность наступления вредоносного результата в действительность либо обусловить конкретную возможность его наступления[[6]](#footnote-6). Например, врач-психиатр назначил пациенту лекарство, компоненты которого несовместимы с компонентами другого лекарства, который пациент уже принимает, от смешения этих двух лекарств пациенту стало хуже.

Стоит сказать, что И.О. Никитина справедливо говорит о сложности установления на практике причинной связи между действиями (бездействиями) медицинских работников и наступившими вредными последствиями, объясняя тем самым высокую степень латентности преступлений в сфере здравоохранения. Этот факт объясняется спецификой медицинской деятельности: недостаточной изученностью биологических процессов в организме, сложностью в установлении правильного диагноза, в назначении правильного лечения в связи с множеством противопоказаний по состоянию здоровья, невозможностью предвидения воздействия отдельных лекарственных препаратов на организм, необычностью заболевания и другими факторами[[7]](#footnote-7). Представляется, что особую актуальность это утверждение приобретает в сфере оказания психиатрической помощи в связи с тем, что уровень развития психиатрии до сих пор не позволяет специалистам-психиатрам однозначно и уверенно принимать решения по поводу диагноза или лечения конкретного пациента.

4. Противоправность действия (бездействия) причинителя вреда

В.И. Кофман под противоправностью понимал нарушение чужого субъективного права без должного на то управомочия[[8]](#footnote-8).

Красноярский краевой суд указывает, что под противоправностью действий (бездействия) понимается их несоответствие закону, иным установленным нормам и правилам. Применительно к субъектам, оказывающим медицинскую помощь, противоправность проявляется в совершении деяний, не отвечающих полностью или частично официальным требованиям (закону, инструкциям и т.д.); несоответствии медицинской услуги стандарту, условиям договора или обычно предъявляемым требованиям[[9]](#footnote-9).

Однако некоторые авторы[[10]](#footnote-10) указывают на сложность определения критериев противоправности применительно к медицинской деятельности. Такие выводы обусловлены спецификой медицинской деятельности: несмотря на существование законов, стандартов, инструкций, обычаев медицинской практики и т.д., данные правила применяются врачом индивидуально к каждому пациенту, даже при одном и том же диагнозе средства и способы лечения могут разниться. В связи с этим нельзя делать однозначного вывода о противоправности в случае несоблюдения общепризнанного правила поведения.

В литературе отсутствует классификация противоправных действий (бездействий) психиатров. Однако анализ многочисленных примеров из опубликованной и неопубликованной практики, в том числе зарубежной, позволил выделить основные виды противоправного психиатрического вмешательства, повлекшего причинение пациенту имущественного и морального вреда: а) разглашение врачебной тайны; б) неправильная или ложная диагностика; в) неполучение информированного согласия пациента или его представителя на лечение; г) ненадлежащее лечение и уход (неправильное применение методов и препаратов, необоснованное применение рискованных лечебных средств); д) незаконное и необоснованное заключение о психическом расстройстве; е) незаконная недобровольная госпитализация в психиатрический стационар. Также некоторые авторы останавливают отдельное внимание на противоправном отказе в переводе пациента из одного психиатрического стационара в другой или в отказе в выписке пациента из психиатрического стационара[[11]](#footnote-11).

Стоит сказать, что вопрос незаконной недобровольной госпитализации очень широко изучается современными юристами и врачами[[12]](#footnote-12), однако большинство таких исследований делают акцент не на ответственности за вред, причиненный при незаконной недобровольной госпитализации, а на «процедурных» моментах. Уделяется внимание вопросам совершенствования процедуры недобровольной госпитализации[[13]](#footnote-13). Также большое внимание уделяется сравнительному анализу норм права о недобровольной госпитализации в РФ с нормами права о недобровольной госпитализации в других странах (Болгарии[[14]](#footnote-14), США[[15]](#footnote-15)).

Каждый из вышеуказанных видов правонарушений требует отдельного внимания. Рассмотрим конкретнее некоторые из видов правонарушений в сфере психиатрии.

Разглашение врачебной тайны

Вопрос разглашения врачебной тайны в психиатрии в российском праве регулируется двумя основными нормативными актами: Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан[[16]](#footnote-16) и Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»[[17]](#footnote-17).

В частности, ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан устанавливает, что информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Сведения, составляющие врачебную тайну, могут передаваться другим лицам только с согласия гражданина или его законного представителя. Предоставление таких сведений без согласия гражданина или его законного представителя допускается исключительно в случаях, предусмотренных законом: в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; в случае оказания помощи несовершеннолетним – больным наркоманией (в возрасте старше 16 лет), иным несовершеннолетним (в возрасте старше 15 лет), для информирования их родителей или законных представителей; при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий; в целях проведения военно-врачебной экспертизы.

Также ст. 9 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» устанавливает, что сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Ответственность за нарушение норм о врачебной тайне остаточно широко исследуется авторами[[18]](#footnote-18).

Однако интересно то, что одним из наиболее часто совершаемых нарушений прав человека в психиатрии является запрет пациенту психиатрического учреждения на получение копий и ознакомление с медицинскими документами, историей болезни, заключением медицинской комиссии и иными документами, ставшими основаниями добровольного или недобровольного нахождения лица в психиатрической клинике, а также содержащими информацию о последствиях такого нахождения: применяемых препаратах, их действии, динамике заболевания, побочных эффектах.

А.В. Приятельчук в статье «Расчет на секретность или как бороться с непредоставлением информации» приводит данные о том, что в период 2006-2008 гг. в судах города Москвы были приняты решения, признающие противозаконность действий врачей психиатрических учреждений по их отказу предоставлять гражданам медицинскую информацию о состоянии их здоровья и копии медицинских документов[[19]](#footnote-19).

Например, 17 января 2007 года Симоновский районный суд г. Москвы вынес решение, признающее действия главного врача психиатрической больницы № 1 им. Алексеева Козырева В.Н. незаконными по непредставлению истории болезни представителю бывшего пациента для ознакомления.

13 февраля 2007 года Кузьминский районный суд г. Москвы вынес решение, признающее действия главных врачей психиатрической больницы № 13 Дроздова Э.С. и психоневрологического диспансера № 20 Докучаева Г.К. по непредставлению копий медицинских документов незаконными. Дроздов Э.С. и Докучаев Г.К., не согласившись с решением суда, подали кассационные жалобы. Судебная коллегия по гражданским делам Московского городского суда отказала им в удовлетворении кассационных жалоб, решение Кузьминского суда оставила в силе.

11 мая 2007 года Измайловский районный суд города Москвы признал незаконными действия главного врача психоневрологического диспансера № 9 Пак М.В., отказавшей женщине предоставить амбулаторную карту, которая заведена на нее в диспансере, для ознакомления. Суд обязал психиатра предоставить медицинскую информацию.

3 июня 2008 года Измайловский районный суд города Москвы признал незаконными действия главного врача психоневрологического диспансера № 9 Пак М.В. по непредставлению бывшей пациентке копии амбулаторной карты и обязал предоставить требуемую копию[[20]](#footnote-20).

Таким образом, врачи психиатрических учреждений достаточно часто вопреки нормам законодательства не предоставляют пациентам и их законным представителям информацию о лечении. Для того чтобы ознакомиться с медицинской документацией, пациенты и их законные представители вынуждены обращаться в суд.

А. Деменева указанную проблему назвала «Врачебная тайна – от самого пациента». В психиатрии понятие врачебной тайны имеет особое значение и содержание, так как на практике в данной отрасли медицины врачебная тайна – это тайна, прежде всего, от самого пациента[[21]](#footnote-21).

Согласно п. 2 ст. 5 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» каждое лицо при оказании ему психиатрической помощи имеет право на получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения. Эта статья устанавливает право на получение пациентом информации о состоянии своего здоровья и о применяемых к нему препаратах, однако данная норма не уточняет, что информация должна быть предоставлена непосредственно из первичного источника – медицинского документа, из чего зачастую делается вывод, что устных разъяснений врача достаточно, при этом нет никакой возможности сопоставить сказанное врачом и содержащееся в документах.

В соответствии со ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Кроме того, эта же статья устанавливает, что гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Законодательство не содержит никакого исключения в отношении документов в сфере психиатрии, однако и судебная практика в некоторых случаях обжалования неправомерных действий врачей, не предоставляющих документы, солидарна с психиатрами. В судебных решениях указывается, что специальным законом является закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», следовательно, должны применяться нормы, содержащие запрет на предоставление гражданину его документов, связанных с его нахождением в психиатрическом стационаре[[22]](#footnote-22).

Однако данный закон не содержит запрета на предоставление документов, такое толкование придается ему медицинской практикой.

На сегодняшний момент реальность такова, что пациент не может получить медицинские документы для ознакомления не только в момент нахождения в психиатрическом учреждении, когда считается, что его состояние не позволяет адекватно воспринимать такую «травмирующую информацию». Он не получит их и тогда, когда выйдет из психиатрического учреждения, продолжит жить нормальной жизнью, но его общее физическое состояние будет ухудшаться из-за действия препаратов, которыми его лечили, и он захочет проконсультироваться с другим врачом[[23]](#footnote-23).

Думается, что справедливо было бы согласиться с А.В. Пановым, считающим, что если на момент подачи заявления об истребовании медицинских документов гражданин не является пациентом, получающим психиатрическую помощь, правовой основой заявления выступает не закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», регулирующий специфические вопросы оказания психиатрической помощи, а "базовый" нормативный акт - Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан[[24]](#footnote-24).

Аргументом в пользу этого мнения может служить ст. 3 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», устанавливающая, что данный Закон распространяется на граждан Российской Федерации при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации. Следовательно, ели гражданин обратился с заявлением об истребовании медицинских документов уже после оказания ему психиатрической помощи (т.е. в данный момент психиатрическая помощь ему не оказывается), то указанный Закон на него не распространяется, и возникшие отношения регулируются Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан.

В соответствии со ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан с согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях. Основываясь на указанной норме, можно сделать вывод, что если, к примеру, гражданин выражает желание дополнительно проконсультироваться у других специалистов, пройти иные исследования, информация, полученная ранее врачами, должна быть предоставлена. Учитывая специфику медицинской деятельности, очевидно, что передаваться такие сведения должны не иначе как в подлинниках или копиях медицинских документов, без искажения какой-либо информации.

Статья 24 Конституции Российской Федерации предусматривает, что органы государственной власти и органы местного самоуправления, их должностные лица обязаны обеспечить каждому возможность ознакомления с документами и материалами, непосредственно затрагивающими его права и свободы, если иное не предусмотрено законом.

Однако, как уже говорилось, судебные органы при обжаловании действий врачей достаточно часто выносят решения, оправдывающие непредоставление медицинской документации. Так, в решении Орджоникидзевского районного суда г. Екатеринбурга по жалобе гражданина на непредоставление психиатрической больницей документов для ознакомления содержится следующая формулировка: «наличие психиатрического заболевания в силу закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» ограничивает право гражданина К. знакомиться с медицинской документацией, тем более делать копии медицинских документов, поскольку информация, содержащаяся там, может быть неадекватно воспринята гражданином, негативно отразится на его состоянии здоровья».

Свердловский областной суд, рассматривая кассационную жалобу гражданина, указал в определении, что «практика отказа в предоставлении сведений и документов не нарушает права граждан и не может их нарушать, поскольку сведения, содержащиеся в медицинских документах психиатрического лечебного учреждения, составляют врачебную тайну, которая охраняется законом и государством.» Таким образом, даже судебная практика в некоторых случаях понимает под врачебной тайной право медицинских учреждений отказывать пациентам, подвергнутым воздействию сильнодействующих препаратов, в предоставлении письменной информации о диагнозе, применяемых методах лечения и прогнозе заболевания[[25]](#footnote-25).

При исследовании проблемы сохранения врачебной тайны в психиатрии А.В. Панов приводит пример из судебной практики.

Опекун недееспособного гражданина Д. подал заявление главному врачу Омской клинической психиатрической больницы о получении информации о состоянии здоровья стационарного больного Д. (предоставление для ознакомления и снятия копий медицинской карты) на основании ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Представитель психиатрической клиники отказал в удовлетворении заявления опекуна, ссылаясь на то, что на основании ч. 4 ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан копирование медицинской документации возможно в случае, если в документах не затрагиваются интересы третьей стороны.

Опекун подал исковое заявление «О нарушении прав пациента и компенсации морального вреда» в суд с требованием обязать ответчика предоставить для ознакомления медицинскую карту Д. и взыскать компенсацию морального вреда, наступившего в результате неправомерного отказа ответчика.

В судебном заседании представитель ответчика требования не признал, пояснив, что в ознакомлении и снятии копий отказано в соответствии со ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, поскольку в медицинской карте больного Д. содержатся сведения затрагивающие интересы третьих лиц. Указал также, что в соответствии со ст. 9 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» сведения о состоянии психического здоровья и об оказанной психиатрической помощи **могут быть** предоставлены лицу, страдающему психиатрическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя. Таким образом, решение вопроса о предоставлении сведений о состоянии психического здоровья отнесено на усмотрение врача.

Судом была истребована и изучена медицинская карта Д. и установлено, что в карте имеются сведения о лице, обратившемся с заявлением о госпитализации больного. Также имеется заявление больного о разрешении внуку снять деньги со сберегательной книжки. Суд пришел к выводу, что данные сведения охраняемых законом интересов третьих лиц не составляют. В силу требований ст. 31, 36 ГК РФ, опекун недееспособного Д. вправе знакомиться с любой информацией, касающейся ее подопечного. Также суд указал, что упомянутые в ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, интересы третьих лиц подлежат защите медицинским учреждением только в случае, если они составляют предмет врачебной тайны.

Ответчик не согласился с решением суда и подал кассационную жалобу, настаивая на том, что сведения об интересах третьей стороны, зафиксированные в медицинской документации, должны охраняться законом, т.к. согласно ч. 5 ст. 31 Основ законодательства об охране здоровья граждан, информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина составляет врачебную тайну. При этом ответчик полагает, что имеется в виду именно вся информация, отраженная в медицинской документации, поскольку никаких изъятий из этого правила закон не содержит.

Суд второй инстанции не согласился с доводами ответчика и оставил решение районного суда без изменения, а кассационную жалобу без удовлетворения[[26]](#footnote-26).

А.В. Панов, комментируя анализируемое дело, справедливо делает следующие выводы. Во-первых, руководителем учреждения здравоохранения приоритет отдается не правам пациента, а правам третьих лиц. Во-вторых, суд, исходя из правового анализа понятия врачебная тайна, пришел к выводу о том, что это понятие неразрывно связано с личностью самого гражданина и не применимо к другим лицам, ставшим источником сведений о врачебной тайне гражданина. При реализации права граждан на информацию о состоянии здоровья интересы третьих лиц подлежат правовой защите со стороны учреждения здравоохранения здоровья только в том случае, если в медицинской документации имеют место сведения, содержащие врачебную тайну третьих лиц; ущемление неимущественного права на информацию о состоянии здоровья граждан влечет применение к учреждению здравоохранения меры гражданско-правовой ответственности посредством денежной компенсации морального вреда[[27]](#footnote-27).

Решение данной проблемы видится, пожалуй, во внесении изменений в Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», формулировка которого четко будет предусматривать право гражданина на ознакомление с первоисточником – с документами, непосредственно связанными с состоянием его психического здоровья и будет соответствовать Основам законодательства об охране здоровья граждан и Конституции РФ.

Интересен опыт американских врачей и юристов по вопросу разглашения врачебной тайны в психиатрии. Если в России основной проблемой в этом вопросе является то, что психиатры не предоставляют информацию о лечении даже самому пациенту, то в Америке – наоборот: проблема состоит в том, что психиатры часто незаконно разглашают сведения о своих пациентах. Необоснованное вторжение в частную жизнь, распространение дискредитирующей информации и нарушение обязанностей, вытекающих из конфиденциальных профессиональных отношений, – гражданские правонарушения, на которые чаще всего ссылается обращающийся с иском пациент.

Опыт американских юристов и психиатров по вопросу разглашения врачебной тайны изучил В.В. Мотов, изложив свои выводы в статье «Конфиденциальность в американской психиатрии», опубликованной в «Независимом психиатрическом журнале» в 2006 году[[28]](#footnote-28).

В.В. Мотов приводит примеры из судебной практики. Так, Doe v. Roe (1977) первое в США дело, где рассматривался вопрос о том, имеет ли право психиатр без письменного согласия пациента делать достоянием общественности сведения о пациенте, полученные в процессе лечения и является ли право общества на получение информации более значимым в сравнении с правом пациента на конфиденциальность личной информации.

Психиатр Dr. Joan Roe, в течение длительного времени лечила с помощью психоанализа пациентку по фамилии Doe. В последствии Dr. Roe опубликовала книгу, где дословно воспроизвела высказываемые пациенткой в процессе лечения фантазии, эмоциональные переживания, а также диагноз. Пациентка обратилась с иском к психиатру, требуя судебного запрета на публикацию и распространение книги, а также материальной компенсации за вторжение в частную жизнь. В ходе судебного разбирательства было установлено, что согласие на публикацию запрашивалось более 8 лет назад в процессе лечения пациентки и никогда не было получено в письменном виде. Судья Martin B. Stecher, формулируя решение суда, писал: «врач, входящий в соглашение с пациентом о предоставлении медицинской помощи, берет на себя подразумеваемое обязательство сохранять в тайне все, что сообщает ему пациент относительно своего физического или психического состояния. Это в особенности справедливо в отношениях между психиатром и пациентом, т.к. в процессе психотерапии «пациент призывается открыто и откровенно обсуждать беспокоящие его личные темы...» Суд вынес решение в пользу истца.

В 1996 г. Верховный Суд США рассмотрел дело: Jaffee v. Redmond. Женщина-полицейский Mary Lu Redmond, выполняя свои профессиональные обязанности, застрелила человека, после чего получала интенсивную психотерапевтическую помощь. Семья погибшего требовала принудить проводившего психотерапию работника раскрыть конфиденциальную информацию, полученную в процессе лечения Redmond. Верховный Суд США, взвешивая потребность общества в установлении истины в ходе судебного процесса и потребность пациента в конфиденциальности отношений с психотерапевтом, по существу, признал последнюю более значимой. Суд подтвердил право пациента запретить психотерапевту разглашать в ходе судебных слушаний конфиденциальную информацию о пациенте.

Таким образом, из приведенных примеров видно, что судебные органы США справедливо стоят на защите конфиденциальной информации, полученной психиатром при оказании психиатрической помощи, признавая право пациента на конфиденциальность более значимым по сравнению с другими правами участников общественных отношений.

Неправильная или ложная диагностика. Вопрос об отмене диагноза.

В судебных делах об отмене диагноза психического расстройства граждане, которым в прошлом выставлялся психиатрический диагноз, обращаются в суд с просьбой отменить его.

Небезынтересно отметить, что при подготовке проекта Закона о психиатрической помощи его разработчики, а также представители министерств, ведомств и правоохранительных органов Российской Федерации заняли единую позицию по рассматриваемому вопросу: "споры о диагнозе" судебному рассмотрению не подлежат. В одном из промежуточных вариантов законопроекта статья об обжаловании действий медицинских и иных работников (в действующем Законе - ст. 47) даже содержала на этот счет самостоятельную норму. Норма эта не вошла в окончательный текст[[29]](#footnote-29).

В 1993 г. гражданин П. обратился в суд с жалобой, в которой оспаривал диагноз психического заболевания, установленный ему специалистами Ивановской областной клинической психиатрической больницы. Советский районный народный суд г. Иваново в удовлетворении жалобы П. отказал. В подтверждение своего вывода суд сослался на заключение стационарной судебно-психиатрической экспертизы, проведенной в Ивановской областной клинической психиатрической больнице. Постановлением президиума Ивановского областного суда оставлен без удовлетворения протест прокурора области об отмене решения народного суда. Заместитель Генерального прокурора РФ в протесте, поданном в Верховный Суд РФ, поставил вопрос об отмене судебных постановлений как необоснованных. Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда РФ 8 сентября 1994 г. протест удовлетворила, указав следующее. В материалах дела имеются два заключения судебно-психиатрических экспертиз - амбулаторной и стационарной, проведенных психиатрами-экспертами психиатрической больницы практически в одном и том же составе. Согласно акту амбулаторной экспертизы, у П. в феврале - марте 1993 года диагностировано острое психопатическое состояние. При проведении стационарной экспертизы этими же врачами у П. установлено хроническое психическое заболевание в форме шизофрении. При таких обстоятельствах суду надлежало вызвать экспертов для допроса в судебное заседание и получить необходимые разъяснения, дополнительное обоснование выводов, тем более что экспертизы проводились в психиатрической больнице, диагноз врачей которой оспаривал заявитель. Суд оставил без удовлетворения ходатайство П. о допросе жены и брата, пояснения которых врачам, положенные в основу экспертного заключения, по его мнению, искажены. Не истребованы судом и не представлялись экспертам материалы ежегодных медицинских обследований, которые П. проходил по роду своей деятельности, а также медицинские документы, на основании которых П. установлен оспариваемый им диагноз, тогда как они могут иметь значение для правильного разрешения его жалобы[[30]](#footnote-30).

Таким образом, Верховный Суд РФ указал на возможность и правомерность судебного рассмотрения споров о наличии или отсутствии, а также о правильности психиатрического диагноза.

Однако в настоящий момент некоторыми авторами оспаривается правомерность рассмотрения дел об отмене диагноза в суде. По мнению Т. Дмитриевой и С. Шишкова, диагноз, будучи медицинской квалификацией состояния здоровья, не может быть отнесен к категории обстоятельств, требующих судебного решения.

Нельзя исключить различного рода действия, направленные, к примеру, на опорочение чести, достоинства или репутации гражданина, где основным элементом в достижении цели выступает психиатрический диагноз. Например, человек подвергся психиатрическому освидетельствованию, где ему выставляется заведомо ложный психиатрический диагноз. Далее информация о таком освидетельствовании и его результатах распространяется в средствах массовой информации. Но в такого рода случаях потерпевший должен ставить вопрос не просто об отмене диагноза, а об ответственности лиц, виновных, в совершении указанных действий. Это не имеет ничего общего с обычными диагностическими спорами, которые наблюдаются во врачебной практике.

Т. Дмитриева и С. Шишков считают, что если продолжать рассматривать споры по оспариванию психиатрических диагнозов в суде, то «…диагностика психических болезней переместится из врачебных кабинетов в залы судебных заседаний. Причем вступившее в силу судебное решение обязательно для всех, включая врачей. В рассматриваемой области это быстро приведет к абсурдным ситуациям»[[31]](#footnote-31).

Не представляется возможным согласиться с выводами указанных авторов, т.к. в действительности достаточно часто возникают случаи, когда врачи психиатрических учреждений в силу разных причин могут поставить заведомо ложный или неверный диагноз пациенту. В случае запрета на рассмотрение диагностических споров судебными органами, пациентам, чьи права окажутся нарушенными такими действиями врачей, некуда будет обратиться за восстановлением своих нарушенных прав и компенсацией понесенного ущерба и морального вреда.

Отсутствие информированного согласия пациента или его представителя на лечение.

Исторически понятие "информированное согласие" начало формироваться после Второй мировой войны в ходе работы Военного трибунала в Германии. В 1947 г. был подготовлен документ, получивший название "Нюрнбергский кодекс", который стал первым международным "Сводом правил о проведении экспериментов на людях". Впоследствии это понятие начинает использоваться в практике судопроизводства США при рассмотрении дел о возмещении вреда, причиненного небрежным лечением. В 1950-1960-х годах возникает термин "информированное согласие" и соответствующая ему практика признания обязанности врача сообщать пациенту о риске медицинского вмешательства, об альтернативных формах лечения, прежде чем он даст на него согласие. Если в 1950-х годах информация носила профессиональный характер, то в 1970-х годах для нее был введен "ориентированный на пациента" критерий, согласно которому информация должна быть дана в общедоступной форме и включать в себя три параметра: характеристику цели лечения, возможного риска и существующих альтернатив предлагаемому лечению[[32]](#footnote-32).

В соответствии со ст. 30 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Также ст. 32 Основ устанавливает, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Согласие на медицинское вмешательство в отношении граждан, признанных недееспособными, а также в отношении несовершеннолетних - больных наркоманией в возрасте до 16 лет и иных несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, дают их законные представители. На основании ст. 34 Основ оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния.

В соответствии со ст. 11 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия. Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации. Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также недееспособного лица дается их законными представителями. Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В таких случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров. Однако в отношении таких лиц не допускается применение для лечения хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов.

Таким образом, количество и характер информации, которую психиатр должен сообщить пациенту при получении согласия на лечение, достаточно полно и конкретно указаны в Законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В частности, сообщая о методах лечения, психиатр должен сказать, будут ли применяться лекарственные препараты и в каком виде (в таблетках, инъекциях или комбинированно), или предполагается инсулинокоматозная, электросудорожная терапия и др., объяснив, почему именно этот метод показан в данном случае. О продолжительности лечения пациенту следует говорить в максимально приближенном к реальному диапазоне. Врач не вправе скрывать от пациента характера болевых ощущений, если при предлагаемом лечении они непременно появляются. В случаях, когда предлагаемое лечение связано с серьезным риском для пациента, информация о характере и вероятности такого риска должна быть полной и достоверной. Риск считается серьезным, если при проведении лечения возникает вероятность развития состояний, угрожающих жизни пациента, или причинения существенного вреда его здоровью. Серьезный риск может быть обусловлен характером воздействия на организм лечебного средства (например, радиоактивного излучения, электрического тока, инсулина), высокой дозировкой или внезапной отменой лекарственного препарата, способом его введения (например, в полости спинного или головного мозга), частотой и непредсказуемостью развития ответных болезненных реакций организма. При некоторых методах лечения пациент сам может подвергнуть себя серьезному риску, если не будет строго выполнять врачебных рекомендаций (воздерживаться от употребления алкоголя, определенных продуктов питания, принимать несовместимые с назначенным средством лекарственные препараты). О возможности такого риска пациент также должен быть проинформирован. Сведения о побочных эффектах следует сообщать пациенту таким же образом, как и о болевых ощущениях[[33]](#footnote-33).

Следовательно, в РФ, при даче согласия на лечение, пациент психиатрического стационара по Закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» получает наиболее полную информацию о лечении и связанных с ним рисков, что увеличивает вероятность принятия взвешенного и обдуманного решения.

В.В. Мотов провел анализ врачебной и судебной практики США в поисках ответа на вопрос какую информацию и в каком количестве должен дать врач пациенту психиатрической клиники в США прежде чем начать лечение[[34]](#footnote-34). Стоит сказать, что исторически лечение пациента без его согласия рассматривалось в США как намеренное причинение оскорбительного телесного контакта или оскорбление действием.

В частности, В.В. Мотов приводит в пример дело Mitchell v. Robinson (1960), которое, по его словам «явилось одним из дел, заложивших фундамент доктрины информированного согласия». При решении данного дела суд, признав необходимость предоставлять пациенту информацию о возможной опасности перелома костей при электрошоковой и инсулинокоматозной терапии, указал, что «врач обязан информировать пациента обо всех значимых обстоятельствах: тот врач, который этого не делает, виновен в халатности». При этом судья, объявляя решение суда, указал: «Представляется явно чрезмерным, что врачи должны обсуждать с пациентами все риски предлагаемого лечения, даже если они незначительны или маловероятны. Объем информации, предоставляемой врачом должен определяться потребностью пациента. Критерием является важность информации для пациента: все риски, способные повлиять на решение пациента, должны быть раскрыты».

Обращаясь к вопросу, несет ли врач ответственность за то, что он не информировал пациента о рисках, которые хотя и имелись, но были неизвестны самому врачу, суд США указал, что обязанность информировать может распространяться на любой риск, о котором врач действительно знает, но врач не может информировать о тех рисках, о которых он может не знать. Однако если врач не знает о рисках, которые известны «среднему» специалисту в данной области, несообщение пациенту информации о таких рисках может быть основанием для обвинения врача в недобросовестном лечении[[35]](#footnote-35).

Как видно из указанного примера, в отличие от законодательства РФ в США нет четко закрепленного, ограниченного перечня условий, которые врач должен сообщить пациенту, прежде чем начать лечение. Врач должен сообщить пациенту все, что может повлиять на принятие решения пациентом. Такая характеристика представляется достаточно расплывчатой и абстрактной. Однако в США проблема получения информированного согласия на лечение гораздо более тщательно и глубоко изучена правоведами и врачами, чем в РФ, что приводит к эффективному разбирательству дел в суде.

Следует согласиться с Г.М. Усовым и М.Ю. Федоровой, указывающим, что при получении согласия на оказание психиатрической помощи, сведения должны излагаться в доступной для пациента форме, необходимо учитывать психическое состояние пациента. Однако, по мнению некоторых ученых неправомерно получать согласие на лечение у лиц, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями, т.к. такие пациенты могут не понимать предоставляемую им информацию в необходимом объеме и смысле. Наиболее сильно страдает способность принимать компетентные решения у больных шизофренией, слабоумием и, в меньшей степени, депрессией, т.к. перечисленные заболевания сопровождаются выраженными нарушениями мышления, когнитивных функций, а также эмоциональной и мотивационной сфер. Влияние бреда и галлюцинаций на понимание предоставляемой информации менее значимо, хотя их сочетание с расстройствами первой группы еще более ограничивает способность понимать те вопросы, с которыми они сталкиваются. Тем не менее наиболее распространенным является следующий подход к проблеме: наличие у лица психического расстройства еще не означает отсутствие у него способности к выражению добровольного согласия на лечение, хотя в ряде случаев (состояния измененного сознания, острые психозы с выраженной растерянностью или крайней загруженностью психотическими переживаниями, состояния глубокого слабоумия) отношение больного к факту оказания психиатрической помощи установить практически невозможно, поэтому получение согласия в таких случаях следует считать неправомерным[[36]](#footnote-36).

В США в отношении указанной выше проблемы существуют два подхода. В соответствии с первым подходом согласие пациента не является юридически значимым, если данный конкретный (а не некий «средний») пациент не понимает, что ему сообщает врач. Согласно второму подходу, врач выполнил свои обязанности, если он сообщил достаточную информацию в такой форме и таким образом, чтобы ее понял «средний» пациент[[37]](#footnote-37).

Думается, что ни подход, применяемый в РФ, ни один из подходов, применяемых в США, не могут гарантировать правомерности получения согласия пациентов при оказании психиатрической помощи. В случае возникновения спора по истечении некоторого времени (после примененного лечения) достаточно сложно установить уровень понимания полученной информации пациентом в момент дачи согласия на лечение.

Федеральным законом от 6 апреля 2011 года № 67-ФЗ[[38]](#footnote-38) внесены изменения в [Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании](http://www.kodeks-luks.ru/ciws/?tid=0&nd=9003321&prevDoc=747400021&mark=0000000000000000000000000000000000000000000000000064U0IK)», согласно которым лицо, признанное недееспособным, наделено правом давать письменное согласие на лечение, отказываться от лечения, обращаться с просьбой или давать согласие на психиатрическое освидетельствование и профилактические осмотры, если его состояние позволяет ему сделать это. Таким образом предполагается исключить злоупотребления недобросовестных законных представителей недееспособных лиц. Теперь согласие на лечение или отказ от лечения, просьба или согласие на психиатрическое освидетельствование и профилактический осмотр, данные законным представителем лица, признанного недееспособным, имеют юридическую силу, только если состояние недееспособного не позволяло ему самостоятельно выразить свою волю, то есть за основу берется медицинский аспект недееспособности, а не формальный юридический.

В Законе о психиатрической помощи (п. 1 ст. 11) указано, что согласие на лечение должно быть письменным, однако форма письменного согласия не определяется. По мнению Г.М. Усова и М.Ю. Федоровой оно может быть оформлено в виде записи врача в медицинском документе, удостоверенной подписью пациента или его законного представителя, распиской, данной пациентом или его законным представителем, письменной просьбы, заявления или специального формуляра, приобщенного к медицинской документации[[39]](#footnote-39).

Американские суды для установления факта согласия пациента на лечение используют «тест благоразумного человека». В соответствии с данным тестом устанавливается, заключил ли бы «благоразумный врач» на основании имеющихся заявлений и поведения пациента, что пациент осознавал риск и опасности, о которых ему сообщалось, и выражал желание подвергнуться лечению[[40]](#footnote-40).

Таким образом, условия возмещения вреда при оказании психиатрической помощи в целом совпадают с общими условиями возмещения вреда, в том числе и при оказании медицинской помощи в общем. В то же время, учитывая специфику психиатрической деятельности, практика выработала свои особенности возмещения вреда, причиненного гражданину при оказании психиатрической помощи.

обязательство вред психиатрический помощь

**2. Субъекты и условия обязательства вследствие причинения вреда психиатрическим учреждением пациенту**

**2.1 Субъекты обязательства вследствие причинения вреда психиатрическим учреждением пациенту**

Лица, правомочные оказывать психиатрическую помощь, определены в ст. 18 Закона о психиатрической помощи. Ими являются государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры, имеющие лицензии. Вместе с тем, круг субъектов ответственности не совпадает с перечнем лиц, указанных в законе, он значительно шире, т. к. психиатрическую помощь нередко оказывают и те, кто не имеет соответствующей лицензии и образования, что увеличивает риск причинения вреда здоровью или жизни.

В соответствии с ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 08 августа 2001 года[[41]](#footnote-41), Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» лицензированию подлежит деятельность по оказанию психиатрической помощи, осуществляемая юридическими лицами независимо от организационно-правовой формы, а также гражданами, занимающимися предпринимательской деятельностью без образования юридического лица. Это означает, что лицензии должны получать государственные, муниципальные и частные медицинские учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, а также частнопрактикующие врачи. Лицензия является официальным документом, который разрешает осуществление указанного вида медицинской деятельности в течение установленного в ней срока.

Если вред причинен не частнопрактикующим врачом, а врачом психиатрической клиники, то, согласно п. 1 ст. 1068 ГК РФ, ответственным лицом является медицинское учреждение. При этом ответственность психиатрической клиники наступает за вред, причиненный ее работником при исполнении им своих трудовых обязанностей на основании заключенного трудового договора. Также следует учитывать, что на юридическое лицо или гражданина может быть возложена обязанность по возмещению вреда, причиненного лицами, выполнявшими работу на основании гражданско-правового договора, при условии, что эти лица действовали или должны были действовать по заданию данного юридического лица или гражданина или под его контролем за безопасным ведением работ[[42]](#footnote-42).

Однако к работникам медицинского учреждения (врачам и иному персоналу), непосредственно участвовавшим в причинении вреда, впоследствии может быть предъявлено регрессное требование.

Также субъектом обязательства вследствие причинения вреда психиатрическим учреждением пациенту в качестве причинителя вреда на основании п. 1 ст. 16 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» может выступать страховая медицинская организация. Пределы ответственности страховой медицинской организации обозначены в указанном Федеральном Законе рамками ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи.

Интересен вопрос о субъекте ответственности за вред, причиненный помещением гражданина в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Поскольку неотложная госпитализация и нахождение в психиатрическом стационаре без согласия пациента до 48 часов находится в исключительной компетенции врачей-психиатров, ответственность за вред, причиненный такой госпитализацией, должен нести психиатрический стационар по п. 1 ст. 1068 ГК РФ.

Субъектами – потерпевшими выступают лица, которым причинен вред.

Ст. 3 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» устанавливает, что настоящий Закон распространяется на граждан РФ при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории РФ. Иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории РФ, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными настоящим Законом, наравне с гражданами РФ.

Ст. 3 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан устанавливает, что настоящие Основы регулируют отношения граждан, органов государственной власти и органов местного самоуправления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

Если наступивший вред выражается в смерти потерпевшего (потеря кормильца), то право на взыскание имущественного и неимущественного вреда приобретают другие лица, установленные п. 1 ст. 1088 ГК РФ.

Вместе с тем, как указывает Верховный Суд РФ[[43]](#footnote-43) при рассмотрении дел о компенсации морального вреда в связи со смертью потерпевшего иным лицам, необходимо учитывать обстоятельства, свидетельствующие о причинении именно этим лицам физических или нравственных страданий. Указанные обстоятельства влияют также и на определение размера компенсации этого вреда. Наличие факта родственных отношений само по себе не является достаточным основанием для компенсации морального вреда.

Таким образом, вопрос о субъектах отношений, возникающих из причинения вреда гражданину при оказании психиатрической помощи, решается с учетом оснований возникновения таких отношений и обстоятельств дела. Главное – вред должен быть причинен в процессе оказания психиатрической помощи.

**2.2. Условия возмещения вреда, причиненного психиатрическим учреждением пациенту**

Как уже было отмечено, возмещение вреда, причиненного психиатрическим учреждением пациенту, по общему правилу возможно при наличии всех оснований гражданско-правовой ответственности: наступление вреда, противоправность поведения причинителя вреда, причинно-следственная связь между причинением вреда и противоправным поведением причинителя вреда, вина причинителя вреда.

Остановимся подробнее на таком условии ответственности как вина причинителя вреда.

По правилу статьи 1064 ГК РФ лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине, т.е. ответственность за причинение вреда здоровью, наступает при наличии вины.

В соответствии со ст. 401 ГК РФ лицо, не исполнившее обязательства либо исполнившее его ненадлежащим образом, несет ответственность при наличии вины (умысла и неосторожности). При этом ГК РФ не определяет понятий этих форм вины. Указывается лишь только, что лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства.

Обычно при характеристике умысла в причинении вреда используется понятийный аппарат уголовного права, и он определяется как такое психическое отношение лица, при котором оно осознавало противоправность своих действий, предвидело возможность наступления неблагоприятных последствий, желало или не желало, но сознательно их допускало или относилось к ним безразлично. Аналогичное определение применяется и при квалификации ненадлежащего врачевания как умышленного[[44]](#footnote-44).

В сфере оказания психиатрической помощи умысел может выражаться в заведомо ложном заключении психиатров о неспособности лица вследствие психического расстройства понимать значение своих действий или ими руководить, в выдаче заведомо ложного медицинского документа о наличии психического расстройства, в необоснованном применении опасных для здоровья средств и методов или применение таких средств не с целью лечения, а, к примеру, с целью наказания или экспериментирования и т.д.

Относительно определения неосторожности и ее видов в медицинской и юридической литературе мнения разделились. Г. Дембо предпринимал попытки разграничить виды неосторожности правонарушителя на квалифицированную (профессиональную) и простую, при которой, по его мнению, ответственность наступать не должна. А.Н. Савицкая предлагала виды неосторожности в ненадлежащем врачевании характеризовать с помощью категорий уголовного права: самонадеянности и небрежности. По мнению Т.В. Шепель, для определения видов неосторожности достаточно инструментария гражданского права, различающего простую и грубую неосторожность. Для привлечения к ответственности за повреждение здоровья при оказании медицинской, в том числе психиатрической помощи, по ее мнению, вообще не имеет значения, с какой неосторожностью действовал субъект. Не имеет правового значения, нарушались ли при оказании психиатрической помощи обычные элементарные требования или требования, при которых, следовало проявлять большую внимательность и осмотрительность. Вред причиняется личному нематериальному благу - здоровью пациента, причем, при оказании психиатрической помощи, основной целью которой является лечение, устранение угрозы повреждения здоровья, в т.ч. психического. Важно, что причинителем вреда не были приняты все меры для надлежащего врачевания, которые известны психиатрической науке[[45]](#footnote-45).

Следует согласиться с последней точкой зрения: в соответствии с действующим законодательством виды неосторожности не влияют на существо ответственности, важен сам факт наличия вины, критерии которой определены п. 1 ст. 401 ГК РФ.

Однако категории умысла и неосторожности (простой или грубой) приобретают принципиальное значение при определении степени вины потерпевшего. В соответствии со ст. 1083 ГК РФ вред, возникший вследствие умысла потерпевшего, возмещению не подлежит. Грубая неосторожность потерпевшего может привести к уменьшению размера возмещения или отказу в возмещении вреда (при отсутствии вины причнителя вреда кроме случаев, когда вред причинен жизни или здоровью гражданина).

Т.В. Шепель полагает, что при психиатрическом вмешательстве данные нормы не применимы в случаях, когда в силу специфики заболевания потерпевший не способен понимать значение своих действий или руководить ими. По мнению указанного автора, в отношении психически больных потерпевших должно существовать следующее правило: при причинении вреда лицам с психическими расстройствами в период оказания психиатрической помощи ст. 1083 ГК РФ применяется, если они были способны понимать значение своих действий или ими руководить[[46]](#footnote-46).

Представляется возможным согласиться с мнением автора, т.к. врач, при оказании психиатрической помощи конкретному пациенту, зная особенности и характер его заболевания, должен предвидеть возможность совершения пациентом умышленных или неосторожных действий, способных причинить вред, и стремиться к предотвращению этих действий. К примеру, врач назначил лекарство пациенту с суицидальными наклонностями в определенной дозировке. Пациент, пренебрегая указаниями врача о дозировке лекарства, выпил весь флакон и умер от передозировки. На первый взгляд, пациент умышленно совершил указанные действия, однако если в момент совершения самоубийства он не был способен понимать значение своих действий и/или руководить ими, то нельзя говорить о его вине. То есть, в случае реального введения вышеуказанного правила, на психиатрические учреждения в связи со спецификой пациентов для повышения внимания к уходу и лечению таких пациентов, будет возложена повышенная ответственность.

Вопрос вины, а, следовательно, и – ответственности врачей (в том числе и психиатров), тесно связан с неоднозначным в юридической и медицинской науках понятием «врачебная ошибка». Ни один из российских законов не предусматривает понятия «врачебной ошибки», и хотя в литературе оно употребляется широко, единства в его определении не существует.

По данным Ю.Д. Сергеева и С.В. Ерофеева в медицинской литературе в настоящее время содержится не менее 65 промежуточных определений понятий и признаков врачебных ошибок[[47]](#footnote-47).

Рассмотрим несколько различных точек зрения на понятие «врачебная ошибка», правовое значение врачебной ошибки, а также критерии ошибочности действий врача.

В римском праве критерием ошибочности действий врача являлся умысел в ненадлежащем врачевании. Иное причинение вреда здоровью больного считалось ошибочным и не влекло ответственности.

Н.В. Попов предлагал врачебными ошибками считать «действия, которые возникли в результате неосторожности, легкомыслия, чрезмерного увлечения в поисках новых средств или при разработке хирургических операций». При этом автор считал, что «врачебные правонарушения делятся на преступные злоупотребления и дефекты деятельности врачей, обусловленные их невежеством, небрежностью, неосторожными действиями, чрезмерным увлечением в применении новых методов лечения, передоверием своих обязанностей лицам среднего медицинского персонала или врачам с меньшей квалификацией, бездушным отношением к больным, недостатками в организации лечебной помощи»[[48]](#footnote-48).

И.В. Давыдовский считает, что при ошибочном причинении вреда больному нет вины врача. Врачебные ошибки – досадный брак во врачебной деятельности, при котором первопричиной является добросовестное заблуждение врача, исключающее уголовную ответственность. Вред - следствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности и легкомысленного отношения к своим обязанностям. С.Г. Стеценко полагает, что под врачебной ошибкой следует понимать «дефект оказания медицинской помощи, связанный с неправильными действиями медицинского персонала, характеризующийся добросовестным заблуждением при отсутствии признаков умышленного или неосторожного преступления»[[49]](#footnote-49).

По мнению Г. Дембо, врачебная ошибка может быть результатом виновного поведения, неправильных, невежественных действий[[50]](#footnote-50). Н.М. Малеина считает, что врачебная ошибка может быть следствием как правомерного, так и неправомерного поведения. Следовательно, ошибочное противоправное действие может быть как виновным, так и невиновным[[51]](#footnote-51). Т.Р. Кенжетаев относит ошибку к правонарушению[[52]](#footnote-52).

Т.В. Шепель солидарна с А.Н. Савицкой, согласно мнению которой, врачебная ошибка является результатом ненадлежащего врачевания, т.е. противоправного поведения. Такое противоправное поведение имеет юридическое значение в зависимости от того, есть вина или нет. При наличии вины в причинении вреда здоровью наступает ответственность. Отсутствие вины свидетельствует об ошибке и должно квалифицироваться как случай[[53]](#footnote-53).

Возможно, стоит согласиться с авторами[[54]](#footnote-54), предлагающими совсем отказаться от использования понятия «врачебная ошибка». На сегодняшний момент данное понятие не урегулировано законодательно, а значит, оно не имеет правового значения и не может применяться в правоприменительной практике. Для решения вопроса гражданско-правовой ответственности медицинского учреждения за причинение вреда гражданину при оказании психиатрической помощи достаточно понятий и условий, обозначенных в ГК РФ. Для обозначения ситуаций, при которых медицинское учреждение не несет ответственность, применимо понятие «случай», при определении которого авторы сходятся во мнении.

Так, в качестве главного признака «случая» большинство авторов выделяют наличие объективно случайных обстоятельств. Другими признаками «случая» признается добросовестное выполнение врачами и иным персоналом медицинского учреждения своего долга, отсутствие небрежности или халатности со стороны медицинского персонала, абсолютная правомерность в действиях или бездействии медицинского персонала. Из определения несчастного случая, предложенного С.Г. Стеценко, в качестве отдельного признака можно выделить невозможность предвидения и предотвращения причиненного вреда[[55]](#footnote-55).

Таким образом, несчастный случай (в медицинской деятельности) – это причинение вреда жизни или здоровью гражданина при оказании медицинской помощи, вызванное стечением объективно случайных обстоятельств, при добросовестном выполнении врачом или иным медицинским персоналом своего долга и при невозможности предвидения и предотвращения причиненного вреда.

При рассмотрении вопроса об условиях возмещения вреда, причиненного гражданину при оказании психиатрической помощи, необходимо учитывать, что обязательства в гражданском праве делятся на две группы: договорные и внедоговорные.

Красноярский краевой суд указывает, что большую часть дел, рассматриваемых судами края, составляют дела по искам о возмещении вреда здоровью и компенсации морального вреда в связи с ненадлежащим оказанием бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, однако в практике встречаются и дела о возмещении вреда здоровью и компенсации морального вреда в связи с ненадлежащим оказанием платных медицинских услуг[[56]](#footnote-56).

В соответствии с п. 2 ст. 779 ГК РФ оказание платных медицинских услуг регулируется положениями гл. 39 ГК РФ о возмездном оказании услуг. Кроме того, к отношениям медицинского учреждения с гражданами, получающими платную медицинскую услугу, применяется Закон РФ «О защите прав потребителей»[[57]](#footnote-57) и Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 года[[58]](#footnote-58).

Договорная ответственность зависит от соглашения сторон. Договором может быть усилена ответственность причинителя вреда по сравнению с деликтной ответственностью. Также в отличие от деликтной ответственности, договорная ответственность включает в себя как ответственность в форме возмещения убытков, так и ответственность в форме взыскания с правонарушителя неустойки (пени, штрафа).

А.А. Мохов, анализируя специфику оказания платных медицинских услуг отмечает, что такая деятельность подпадает под действие норм Закона "О защите прав потребителей", а значит – заключаемые договоры регулируются нормами ГК РФ о публичном договоре. При этом автор указывает, что публичный договор является исключением из общего принципа диспозитивности гражданского права и принципа свободы договора[[59]](#footnote-59).

Следует отметить, что заключение договора достаточно распространено во многих отраслях медицинских услуг, однако для оказания психиатрической помощи оно не характерно. Тем более что облечь в форму договора отношения врача и пациента при оказании психиатрической помощи возможно далеко не всегда, т.к. психиатрическая помощь может оказываться не только в добровольном порядке, но и принудительно.

Говоря о вине как об условии ответственности необходимо обратить внимание на следующее. Частнопрактикующие врачи-психиатры оказывают свои услуги на основании заключенного с пациентом или его законным представителем договора.

Интересно отметить, что А.А. Мохов и А.В. Мелихов, анализируя признаки предпринимательской деятельности и сопоставляя их с признаками медицинских услуг, пришли к выводу, что всякая медицинская деятельность (независимо от того, какой организацией и на каком основании она осуществляется) «является частным и особым случаем предпринимательской деятельности»[[60]](#footnote-60).

В соответствии с п. 3 ст. 401 ГК РФ если иное не предусмотрено законом или договором, лицо, не исполнившее или ненадлежащим образом исполнившее обязательство при осуществлении предпринимательской деятельности, несет ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств. К таким обстоятельствам не относятся, в частности, нарушение обязанностей со стороны контрагентов должника, отсутствие на рынке нужных для исполнения товаров, отсутствие у должника необходимых денежных средств. Таким образом, предприниматель при неисполнении или ненадлежащем исполнении обязательства при осуществлении предпринимательской деятельности несет повышенную ответственность. Такая повышенная ответственность продиктована тем, что предприниматели являются профессионалами в той или иной сфере отношений и осуществляют предпринимательскую деятельность на свой риск[[61]](#footnote-61).

Согласно ст. 1095 ГК РФ вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет. Следовательно, при оказании услуги по психиатрической помощи, вред возмещается независимо от вины исполнителя услуги (психиатрического учреждения или частнопрактикующего врача-психиатра).

Также необходимо обратить внимание на существование обязательного медицинского страхования (ОМС). ОМС обеспечивает всем гражданам минимальный гарантированный объем бесплатной медицинской и лекарственной помощи. Обязательное медицинское страхование осуществляется на договорной основе взаимоотношений участников - страховщика, страхователя и медицинской организации.

При медицинском страховании страховая выплата производится не в денежной, а в натуральной форме, в виде пакета медицинских и иных услуг, оплаченных страховщиком. Застрахованный является потребителем страховой и одновременно медицинской услуги. Эта особенность порождает на практике споры о том, кто несет ответственность в случае причинения вреда гражданину при оказании медицинской помощи. Как указывают М.В. Кратенко и Н.Е. Козлова, «предусмотренное законом "сотрудничество" страховой медицинской организации с лечебным учреждением в процессе оказания гражданам медицинской помощи делает страховщика ответственным за качество организации данного процесса и, может быть, даже за качество его результатов - безопасность и эффективность медицинских услуг»[[62]](#footnote-62).

Вышеуказанные отношения регулируются главным образом Федеральным Законом РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»[[63]](#footnote-63).

Согласно абз. 8 п. 1 ст. 16 указанного ФЗ застрахованные лица имеют право на возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи. В соответствии с абз. 9 п. 1 ст. 16 этого же ФЗ застрахованные лица имеют право на возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи. Таким образом, указанная статья определяет пределы ответственности страховой и медицинской организаций.

Однако, как отмечают некоторые авторы, ответственность страховой организации перед страхователем и застрахованными должна наступать за невыполнение условий договора медицинского страхования, а медицинской организации - за объем и качество медицинских услуг. В медицинской деятельности оказывает услугу и следит за качеством выполнения услуги непосредственный исполнитель (медицинская организация), кто бы ни финансировал работу ее персонала, закупку медицинского оборудования, лекарственных средств и пр. Страховая компания может быть привлечена к ответственности по возмещению вреда здоровью застрахованного лишь тогда, когда наступление такого вреда находится в непосредственной причинной связи с нарушением страховщиком законодательства о медицинском страховании или неисполнением договора медицинского страхования, в частности при заключении договора на оказание медицинских услуг с лечебным учреждением, не имеющим лицензии, при необоснованном отказе гражданину в выдаче страхового полиса[[64]](#footnote-64).

Как уже было отмечено, вред, причиненный гражданину при оказании психиатрической помощи, может возмещаться и при отсутствии вины причинителя вреда. Однако, как указывают некоторые авторы[[65]](#footnote-65), в большинстве правовых актов, действующих в сфере охраны здоровья граждан, на этот счет не содержится никаких специальных указаний, что может приводить к разногласиям правоприменительной практики. К примеру, ст. 66 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан предусматривает, что в случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством РФ. Так, при буквальном толковании Закона под виновными понимаются лица, в чьих действиях обязательно присутствует вина.

Особого внимания в рассматриваемой теме требует ответственность за причинение вреда пациенту, причиненного источником повышенной опасности.

В соответствии с ч. 1 ст. 1079 ГК РФ юридические лица и граждане, деятельность которых связана с повышенной опасностью для окружающих (использование транспортных средств, механизмов, электрической энергии высокого напряжения, атомной энергии, взрывчатых веществ, сильнодействующих ядов и т.п.; осуществление строительной и иной, связанной с нею деятельности и др.), обязаны возместить вред, причиненный источником повышенной опасности, если не докажут, что вред возник вследствие непреодолимой силы или умысла потерпевшего.

Согласно разъяснениям Верховного Суда РФ[[66]](#footnote-66), источником повышенной опасности надлежит признавать любую деятельность, осуществление которой создает повышенную вероятность причинения вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны человека, а также деятельность по использованию, транспортировке, хранению предметов, веществ и иных объектов производственного, хозяйственного или иного назначения, обладающих такими же свойствами.

Вопрос наличия или отсутствия источников повышенной опасности в медицине достаточно широко исследовался юристами. Приведем основные точки зрения авторов по этому вопросу.

Ю.А. Звездина считает, что некоторые методы и способы осуществления медицинской деятельности никогда не могут быть признаны источником повышенной опасности, но саму деятельность можно внести в список источников повышенной опасности[[67]](#footnote-67).

По мнению М.Н. Малеиной, медицинская деятельность не может быть признана в целом источником повышенной опасности, но отдельные методы лечения соответствуют определению источника повышенной опасности[[68]](#footnote-68).

Такой же точки зрения придерживается С.В. Шиманская: отдельные услуги и работы в медицинской деятельности необходимо признавать источником повышенной опасности, но всю совокупность медицинской деятельности, в которую входят действия, никогда не признаваемые и в будущем повышенно опасными, нельзя признать источником повышенной опасности при ее осуществлении. Необходимо проводить четкое разграничение между медицинской деятельностью в целом и отдельными ее видами и конкретными действиями субъектов медицинской деятельности, которые могут быть отнесены к источнику повышенной опасности[[69]](#footnote-69).

Точка зрения М.Н. Малеиной и С.В. Шиманской видится наиболее приемлемой. Не совсем верно считать всю медицинскую деятельность источником повышенной опасности. К примеру, осмотр пациента – процедура, относящаяся к медицинской деятельности, однако признакам источника повышенной опасности она не отвечает. Вместе с тем в современной медицине, безусловно, существуют способы лечения, препараты, механизмы, отвечающие признакам источника повышенной опасности.

В частности, Красноярский краевой суд в Обзоре практики рассмотрения судами Красноярского края споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг, указал, что деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих, может быть признано использование медицинским учреждением высокотехнического оборудования (лазерных установок, аппаратов рентгенографии и т.п.), а в некоторых случаях – даже электроприборов с обычным, бытовым уровнем напряжения (с учетом конкретных обстоятельств и особенностей потерпевшего). Приводя конкретные примеры из судебной практики, Красноярский краевой суд признает источником повышенной опасности такие приборы и механизмы как резиновая грелка, алмазный диск для подточки зубов, электрогрелка[[70]](#footnote-70).

К классическим методам симптоматического лечения психических заболеваний причисляют судорожную (электрошок, ингаляционная, инсулиновая) и фармакологическую терапию. В связи с этим для оказания психиатрической помощи необходимо разрешить вопрос: относятся ли указанные способы лечения к источником повышенной опасности.

Для ясности вкратце охарактеризуем некоторые из приведенных способов лечения.

Лечебный эффект шоковой терапии психиатры связывают с сопровождающим судорожный припадок разрывом потока переживаний, т.е. потерей сознания, амнезией и состоянием эмоциональной и волевой оглушенности. Этот эффект достигается несколькими альтернативными способами - пропусканием через мозг больного электрического тока, флюротиловой ингаляцией, инъекцией метразола или инсулина. Оппоненты указывают на многочисленные негативные последствия для здоровья пациентов, которыми чреват каждый из этих методов и в максимальной степени - электрошок. Шоковые сеансы продолжаются иногда нескольких недель (порой по несколько раз в день) с тем, чтобы сделать процедуру «действенной». При этом следует отметить, что психиатрическое законодательство большинства стран не предусматривает согласия пациентов на проведение судорожной, в том числе электрошоковой, терапии и допускает ее применение в недобровольном порядке[[71]](#footnote-71).

Фармакологическое лечение состоит в использовании нейротоксинов - химических веществ, вызывающих генерализованное нервное торможение. Нейролептики (аминазин, хлорпромазин, галоперидол, теоридазин и др.) блокируют рецепторы дофамина и останавливают нежелательное поведение пациентов тем, что тормозят их мозговую активность так, что они просто не в состоянии какое-то время испытывать злость, чувствовать себя несчастными или подавленными[[72]](#footnote-72).

В 2000 году вице-президентом российского отделения Гражданской комиссии по правам человека С.В. Запускаловым был представлен Уполномоченному по правам человека в Российской Федерации О.О. Миронову отчет о нарушениях прав человека психиатрией России. В отчете указывалось, что лечение в психиатрических клиниках долгое время было жестоким, его единственной целью было сделать пациентов послушными; обитателей психиатрических клиник подвергали разрушительному электрошоковому лечению без какого-либо обезболивания; над пациентами проводились эксперименты с изменяющими сознание лекарствами, не проверенными в терапевтической практике[[73]](#footnote-73).

Вопрос возможности применения к психически больным психохирургии был исследован М.Н. Малеиной в работе «Человек и медицина в современном праве».

Коллектив авторов считает, что в отдельных случаях методами психохирургии можно либо адаптировать к жизни в обществе, либо сделать более управляемыми в специальных заведениях некоторых больных, не поддающихся другим методам лечения. Однако не скрывается, что гарантировать хорошие результаты такого лечения нельзя и что процент неудач велик. Другие авторы отмечали, что манипуляции на мозге при поведенческих аномалиях не могут считаться приемлемыми: больной не способен дать осознанное согласие на частичную деструкцию своего мозга с перспективой изменения своей личности; право же семьи дать такое согласие за него вызывает серьезные сомнения. Сама же М.Н. Малеина достаточно категорично высказала свое мнение по этому поводу: методы психохирургии не должны применяться ни к каким психически больным, поскольку приводят не к восстановлению прежнего физического и психического статуса, а к искусственному изменению человеческой личности[[74]](#footnote-74).

Однако независимо от отношения к психохирургии различных авторов, на сегодняшний момент вышеуказанные методы лечения психически больных психиатрической наукой и медицинской практикой признаются допустимыми (а в некоторых случаях и необходимыми). Но учитывая характеристики таких методов лечения и их возможные последствия, необходимо обеспечить гарантии защиты прав пациентов, признав эти методы источниками повышенной опасности. Электросудорожная терапия (пропускание через мозг больного электрического тока) явно отвечает всем признакам источника повышенной опасности, поэтому в случае причинения вреда с применением электрошока ответственность медицинского учреждения должна наступать независимо от вины.

Также неоднозначным остается ответ на вопрос ответственности в случаях, когда вред здоровью пациента был причинен вследствие неисправной медицинской техники. По мнению М.Н. Малеиной в подобных случаях вопрос об ответственности должен решаться по общему принципу вины. Любые данные ЭВМ не могут являться единственным и абсолютным основанием для определения диагноза и метода лечения. Поэтому вина врача налицо в тех случаях, когда его решение основывалось только на данных ЭВМ, хотя бы и искаженных случайно[[75]](#footnote-75).

Таким образом, при характеристике условий ответственности за причинение вреда гражданину при оказании психиатрической помощи, выявляются некоторые особенности. В частности, некоторыми авторами справедливо поднимается вопрос об учете вины потерпевших при причинении вреда в зависимости от того, мог ли потерпевший в момент совершения своих действий понимать их значение и/или руководить ими и о необходимости установить повышенную ответственность для врачей-психиатров. Также необходимо обратить внимание на то, что современные психиатрические учреждения при лечении пациентов достаточно широко используют методы, способы и препараты, отвечающие признакам источников повышенной опасности (электрошоковая и инсулиновая терапия и т.д.).

**3. Объем возмещения вреда, причиненного психиатрическим учреждением пациенту**

**3.1. Возмещение имущественного вреда, причиненного психиатрическим учреждением пациенту**

В соответствии со ст. 1085 ГК РФ при причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

Согласно разъяснениям Пленума Верховного Суда РФ[[76]](#footnote-76) под утраченным потерпевшим заработком (доходом) следует понимать средства, получаемые потерпевшим по трудовым и (или) гражданско-правовым договорам, а также от предпринимательской и иной деятельности (например, интеллектуальной) до причинения увечья или иного повреждения здоровья. При этом в счет возмещения вреда не засчитываются пенсии, пособия и иные социальные выплаты, назначенные потерпевшему как до, так и после причинения вреда, а также заработок (доход), получаемый потерпевшим после повреждения здоровья.

Расходы на лечение и иные дополнительные расходы подлежат возмещению причинителем вреда, если будет установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение. Также возмещению подлежат и дополнительные расходы в случае, если потерпевший, нуждающийся в указанных видах помощи, имел право на бесплатное получение, но фактически был лишен возможности получить такую помощь качественно и своевременно.

В отличие от утраченного заработка (дохода) размер дополнительных расходов не подлежит уменьшению и при грубой неосторожности потерпевшего, поскольку при их возмещении вина потерпевшего в силу п. 2 ст. 1083 ГК РФ не учитывается.

Унитарные предприятия отвечают по своим обязательствам всем принадлежащим им имуществом. При этом в соответствии с п. 7 ст. 114 ГК РФ собственник имущества предприятия, основанного на праве хозяйственного ведения, не отвечает по обязательствам предприятия, за исключением случаев, предусмотренных п. 3 ст. 56 ГК РФ, а собственник имущества предприятия, основанного на праве оперативного управления, в силу п. 5 ст. 115 ГК РФ несет субсидиарную ответственность по обязательствам такого предприятия при недостаточности его имущества.

Если субъектами ответственности выступают частные, государственные или муниципальные учреждения, необходимо учитывать, что в соответствии со ст. 120 ГК РФ государственное или муниципальное учреждение может быть автономным, бюджетным или казенным.

Частное или казенное учреждение отвечает по своим обязательствам находящимися в его распоряжении денежными средствами. При недостаточности указанных денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам такого учреждения несет собственник его имущества.

Автономное учреждение отвечает по своим обязательствам всем находящимся у него на праве оперативного управления имуществом, за исключением недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленных за автономным учреждением собственником этого имущества или приобретенных автономным учреждением за счет выделенных таким собственником средств. Собственник имущества автономного учреждения не несет ответственность по обязательствам автономного учреждения.

Бюджетное учреждение отвечает по своим обязательствам всем находящимся у него на праве оперативного управления имуществом, как закрепленным за бюджетным учреждением собственником имущества, так и приобретенным за счет доходов, полученных от приносящей доход деятельности, за исключением особо ценного движимого имущества, закрепленного за бюджетным учреждением собственником этого имущества или приобретенного бюджетным учреждением за счет выделенных собственником имущества бюджетного учреждения средств, а также недвижимого имущества. Собственник имущества бюджетного учреждения не несет ответственности по обязательствам бюджетного учреждения.

При повреждении здоровья потерпевший в полной мере или частично теряет способность к труду, соответственно, лишается заработка, вынужден затрачивать средства на лечение, протезирование, санаторно-курортное лечение[[77]](#footnote-77). Утрата заработной платы может произойти в случае потери трудоспособности из-за некачественной психиатрической помощи, при незаконной госпитализации в психиатрическую больницу, в случае разглашения сведений о психическом расстройстве, в результате которого последовал отказ в приёме на работу и т.д.

Такого же мнения придерживается и Г.Р. Колоколов, который считает, что вред, причиненный здоровью пациента в результате виновных действий (бездействия) медицинского учреждения, может выражаться в утрате (полностью или частично) заработка, в несении каких-либо дополнительных расходов (на лекарство, усиленное питание, посторонний уход за потерпевшим и др.)[[78]](#footnote-78).

От необоснованной недобровольной госпитализации страдают имущественные интересы пациентов в виде утраты заработной платы за время нахождения в стационаре, дополнительных расходов и т.д.

Однако необходимо помнить, что имущественный вред должен быть подкреплен доказательствами.

Так, гр-н Бик подал жалобу в Европейский суд о незаконной недобровольной госпитализации, требуя 350 000 евро и 1/13 цента в качестве компенсации материального ущерба и морального вреда. Власти Российской Федерации указывали, что утверждения заявителя не содержат оснований для присуждения ему какой-либо компенсации материального ущерба или морального вреда. Так или иначе, они отмечали, что заявитель не обосновал и не подтвердил требуемую сумму. Европейский Суд не усмотрел причинной связи между установленными нарушениями и требуемой компенсацией материального ущерба. Европейский Суд признал, что заявитель испытывал нравственные страдания и разочарование вследствие его незаконного помещения в психиатрическую больницу. Следовательно, Европейский Суд решил, что заявителю должен быть компенсирован причиненный моральный вред, однако размер требований заявителя суд счел чрезмерным и присудил заявителю 1 000 евро в качестве компенсации морального вреда, а также любые налоги, подлежащие начислению на указанную сумму[[79]](#footnote-79).

Таким образом, имущественный вред, причиненный при оказании психиатрической помощи, возмещается в порядке и на условиях, предусмотренном действующим законодательством. Особое внимание стоит обратить на возмещение имущественного вреда, который выражается в утраченном заработке (доходе), который мог бы быть получен потерпевшим за время недобровольной госпитализации, если такая госпитализация будет признана незаконной.

**3.2. Возмещение неимущественного вреда, причиненного психиатрическим учреждением пациенту**

Одним из спорных вопросов является вопрос компенсации неимущественного вреда за ущерб, причиненный гражданину при оказании психиатрической помощи.

Неимущественный вред представляет собой вред, причиненный неимущественному благу. В частности, ст. 15 ГК РФ относит к нематериальным благам жизнь и здоровье, достоинство личности, личную неприкосновенность, честь и доброе имя, деловую репутацию, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, право свободного передвижения, выбора места пребывания и жительства, право на имя, право авторства, иные личные неимущественные права и другие нематериальные блага.

Ст. 151 ГК РФ определяет моральный вред как физические или нравственные страдания.

Так, законодатель делит страдания на нравственные и физические. По мнению А. Эрделевского, «под видами физических страданий можно понимать боль, удушье, тошноту, головокружение, зуд и другие болезненные симптомы (ощущения); под видами нравственных страданий - страх, горе, стыд, беспокойство, унижение и другие негативные эмоции»[[80]](#footnote-80).

Рассуждая о соотношении неимущественного вреда с моральным вредом, А. Эрделевский указывает, что к неимущественному вреду, в частности, относится вред здоровью (органический вред), который представляет собой «вред материальный с естественнонаучной точки зрения и вместе с тем неимущественный, когда негативные изменения происходят в организме (т.е. в материальной сфере потерпевшего) под влиянием определенных внешних воздействий». Эти изменения в свою очередь приводят или могут привести к негативным изменениям в состоянии психического благополучия. Таким образом, по мнению автора, моральный пред может явиться одним из последствий причинения имущественного или неимущественного вреда[[81]](#footnote-81).

Некоторыми авторами понятия «неимущественный» и «моральный» вред отождествляются[[82]](#footnote-82).

Однако представляется более правильным рассматривать моральный вред не в качестве последствия причинения имущественного или неимущественного вреда, а в качестве отдельного вида нематериального вреда.

В соответствии со ст. 1100 ГК РФ компенсация морального вреда осуществляется независимо от вины причинителя вреда в случаях, когда вред причинен жизни или здоровью гражданина источником повышенной опасности; вред причинен гражданину в результате его незаконного осуждения, незаконного привлечения к уголовной ответственности, незаконного применения в качестве меры пресечения заключения под стражу или подписки о невыезде, незаконного наложения административного взыскания в виде ареста или исправительных работ; вред причинен распространением сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию, в иных, предусмотренных законом случаях (например, в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей»).

Также Пленум Верховного Суда РФ от 26 января 2010 г. №1[[83]](#footnote-83) указывает, что причинение морального вреда гражданину предполагается всегда при причинении вреда его здоровью.

На основании п. 3 ст. 1099 ГК РФ компенсация морального вреда осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда.

Согласно ст. 1101 ГК РФ компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме. Размер компенсации морального вреда определяется в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда. Также должны учитываться требования разумности и справедливости. Характер физических и нравственных страданий оценивается с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен моральный вред, и индивидуальных особенностей потерпевшего.

Моральные страдания могут выражаться в физической боли, связанной с причинением увечья или иным повреждением здоровья, длительным неадекватным лечением заболевания, либо в нравственных переживаниях в связи с утратой родственников, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, потерей работы, распадом семьи и другими неблагоприятными последствиями[[84]](#footnote-84).

По мнению Т.В. Шепель, психическое расстройство следует рассматривать в качестве обстоятельства, усиливающего степень нравственных страданий, что должно приводить к увеличению размера компенсации морального вреда[[85]](#footnote-85).

Также указанный автор считает, что право на компенсацию морального вреда возникает, не во всех случаях незаконного психиатрического вмешательства. В поддержку своей точки зрения Т.В. Шепель приводит следующий аргумент. Если физические страдания способно претерпеть любое физическое лицо независимо от ущербности психики, то нравственные страдания могут испытать лишь те, кто способен осознавать свои действия[[86]](#footnote-86). Такого же мнения придерживается С.В. Егизарова: при определении морального вреда законодатель делает акцент на слове "страдания", что с необходимостью определяет обязательное отражение действий причинителя морального вреда в сознании потерпевшего и вызов определенной психической реакции. Моральный вред - это страдания, которые должен испытывать некий "средний" человек, "нормально" реагирующий на совершаемые в отношении его неправомерные действия[[87]](#footnote-87).

В связи с этим лица с психическими расстройствами, признанные в судебном порядке недееспособными, вследствие неспособности понимать значение своих действий или руководить ими вряд ли имеют право на компенсацию морального вреда. Однако не исключена возможность предъявления такого требования их опекунами или близкими родственниками, которые в подобных случаях будут действовать не в интересах подопечных, а в своих собственных интересах. Психическое расстройство лица, не признанного недееспособным, может повлиять на адекватную оценку причинённых ему физических или нравственных страданий: снизить восприятие таких страданий или усилить их. Пункт 2 ст. 151 ГК РФ позволяет суду учесть это, устанавливая, что при определении размера компенсации морального вреда принимается во внимание степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями потерпевшего. Если же психическое расстройство лица является основанием для признания его недееспособным, но он таковым не признан, то оснований для компенсации морального вреда нет[[88]](#footnote-88).

Однако вышеуказанные утверждения представляются довольно оспоримыми, т.к. действующее законодательство, устанавливая правила компенсации морального вреда не делает никаких исключений среди потерпевших, что было бы неправильно и существенно ущемляло бы права пациентов психиатрических клиник.

В юридической науке уже не раз высказывались предложения по решению вопроса об определении размера компенсации морального вреда.

Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеева считают, что необходимо внедрить мониторинг судебно-медицинских экспертиз неблагоприятных исходов медицинской помощи: при решении споров неблагоприятного исхода оказанной медицинской помощи назначается проведение комиссионной судебно-медицинской экспертизы. Основная задача этой экспертизы заключается в профессиональной оценке осложнений и ущерба для здоровья пациента. Создание базы данных о реальных случаях неблагоприятных исходов может быть востребовано для оценки размера морального вреда при ненадлежащем оказании медицинской помощи гражданам[[89]](#footnote-89).

Одним из способов разрешения проблемы определения размера морального вреда может служить разработанная A.M. Эрделевским формула, которая была отрицательно воспринята судейским корпусом и не применяется в практической деятельности судов: при возмещении имущественного вреда гражданское законодательство должно применять принцип эквивалентности размера возмещения размеру причиненного вреда. Однако в случае компенсации морального вреда принцип эквивалентности неприменим в силу специфики морального вреда. Но из смысла гражданского законодательства следует, что к компенсации морального вреда может и должен применяться принцип более «низкого» уровня – принцип адекватности (соответствия)[[90]](#footnote-90).

28 октября 2003 года Европейский суд по правам человека вынес решение по делу «Тамара Ракевич против России». В указанном деле суд решал вопрос об обоснованности недобровольного лечения Тамары Ракевич в психиатрической больнице.

Решая вопрос о возмещении вреда суд указал следующее. Заявитель требовала 10,000 евро в качестве компенсации морального вреда. Она ссылалась на то, что испытывала эмоциональное потрясение и беспокойство, вызванное помещением в психиатрический стационар. Она подчеркивала, что также испытывала беспомощность из-за того, как происходила госпитализация и невозможности оспорить ее. Правительство не согласилось с заявленной суммой, считая ее чрезмерной и указав, что возможные процессуальные нарушения в деле не привели к нарушению ее неотъемлемых прав. Суд считает, что некоторые формы морального ущерба, включая эмоциональную подавленность, по самой их природе не всегда могут быть подтверждены какими-либо доказательствами. В данном деле, логично предположить, что заявитель испытывала подавленность, беспокойство и депрессию по причине ее госпитализации на достаточно большой период, которая не была основана на судебном решении. По данному требованию Суд присуждает заявителю 3 000 евро[[91]](#footnote-91).

Данное дело породило целую череду аналогичных жалоб и заявлений, поданных в Европейский Суд: Постановление Европейского Суда по правам человека от 11 декабря 2008 г. (дело Шулепова против Российской Федерации); постановление Европейского Суда по правам человека от 04 марта 2010 г. (дело Штукатурова против Российской Федерации); Постановление Европейского Суда по правам человека от 22 апреля 2010 г. (Дело Бик против Российской Федерации) и т.д.

10 декабря 2005 года в Европейский Суд П.В. Штукатуровым была подана жалоба против Российской Федерации[[92]](#footnote-92). Заявитель утверждал, что в связи с лишением его дееспособности и содержанием его в психиатрической больнице в связи с его психиатрическими проблемами были нарушены его права. Заявитель требовал 25 000 евро в качестве компенсации причиненного морального вреда. Он утверждал, что претерпел особо серьезное вмешательство в его личную жизнь и личную свободу. В результате полного лишения дееспособности у него были отняты почти все существенные гражданские права, что вызвало у него ощущение беспокойства, уязвимости и беспомощности. Кроме того, все эффективные национальные правовые способы стали для него недоступны, что свело его к положению «нечеловека» в глазах закона. Одним из особенно серьезных последствий лишения заявителя дееспособности являлось его незаконное длительное содержание в психиатрической больнице (с 4 ноября 2005 г. по 16 мая 2006 г.), где он был лишен любых гарантий, обычно сопутствующих недобровольной госпитализации. Заявитель также подчеркнул, что администрация больницы препятствовала его встречам с его представителем и иным образом мешала его контактам с Европейским Судом. Такое отношение властей обострило его ощущения беспокойства, неопределенности и уязвимости. Власти Российской Федерации характеризовали эти требования как полностью неразумные и чрезмерные. Со ссылкой на дело "Ракевич против Российской Федерации" власти РФ утверждали, что справедливая компенсация морального вреда в настоящем деле не должна превышать 3 000 евро. Кроме того, 27 апреля 2009 г. Районный суд г. Санкт-Петербурга по требованию государственного органа опеки и после новой экспертизы психического состояния заявителя признал его полностью дееспособным. Европейский Суд в Заключении по делу указал, что сумма компенсации морального вреда оценивается с целью предоставления "возмещения за беспокойство, неудобство и неопределенность, вызванные нарушением". По мнению Суда во время недееспособности заявителя государство нарушало его самые основные права. Таким образом, как указал Европейский Суд в основном [постановлении](consultantplus://offline/main?base=ARB;n=73494;fld=134), заявитель был "лишен способности действовать независимо почти во всех сферах жизни". Он был незаконно заключен в больницу более чем на шесть месяцев, без учета последующих периодов заключения. Наконец, страдания заявителя, несомненно, усугублялись уклонением государства от уважения его прав, определенных статьей 6 Конвенции[[93]](#footnote-93), и вмешательством властей в его право на обращение в Европейский Суд в соответствии со [статьей 34](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=30222;fld=134;dst=100170) Конвенции. Европейский Суд, принимая во внимание совокупный эффект нарушений прав заявителя, их длительность и тот факт, что заявитель, страдавший от психического заболевания, был в особенно уязвимом положении, оценивая эти обстоятельства на справедливой основе в соответствии со статьей 41 Конвенции, присудил заявителю 25 000 евро в качестве компенсации морального вреда.

Данные примеры показывают, что размер компенсации морального вреда должен определяться в каждом случае индивидуально с учетом всех обстоятельств дела, а также особенностей потерпевшего. Кроме того, Европейский Суд считает, что при причинении вреда при оказании психиатрической помощи моральный вред должен предполагаться. Для удобства правоприменителей и снятия противоречий и дискуссий необходимо закрепить это правило в ГК РФ.

Таким образом, возмещение неимущественного вреда, причиненного пациенту при оказании психиатрической помощи, приобретает свои особенности в связи со спецификой субъектов – потерпевших. Как уже было отмечено выше, лица, страдающие психическими заболеваниями, могут воспринимать причинение физических и нравственных (особенно нравственных) страданий отлично от любого другого «нормального», «среднего» пострадавшего. Это обстоятельство должно служить основанием для повышенной ответственности причинителей такого вреда. Также в Законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» необходимо закрепить правило о том, что при причинении вреда при оказании психиатрической помощи наличие морального вреда предполагается и не требует дополнительных доказательств и подтверждений.

**Заключение**

Согласно данным Национального Европейского Бюро Всемирной организации здравоохранения, по крайней мере 24 европейские страны имеют специальное законодательство о психиатрической помощи, в других оно находится в стадии разработки[[94]](#footnote-94).

В Российской Федерации можно говорить о наличии специальных нормативно-правовых актов о психиатрической помощи. Однако имеющиеся законодательство о психиатрии нуждается в более детальном регулировании и дополнении.

В частности, необходимо обратить внимание на противоправные действия врачей-психиатров. На сегодняшний момент вследствие несовершенного законодательства часто возникают вопросы об отсутствии или наличии противоправности в действиях психиатров.

Как и для других отраслей медицины, для психиатрии важно более тщательное понимание вопросов вины психиатров. В частности, необходимо закрепить законодательно понятие о врачебной ошибки или отказаться от него совсем.

При возмещении вреда спорным вопросом в литературе остается вопрос возмещения неимущественного вреда. Учитывая специфику заболеваний в сфере психиатрии, а соответственно – индивидуальные особенности субъектов – потерпевших от противоправного поведения врачей-психиатров, более детального регулирования требуют нормы права о возмещении неимущественного, в частности – морального вреда, причиненного гражданину при оказании психиатрической помощи.

При совершенствовании законодательства о психиатрии полезно обратить внимание на законодательство других стран в этой сфере. Как было указано выше, достаточно большое внимание уделяется рассматриваемому вопросу в США.

В психиатрических учреждениях Нидерландов назначаются специальные инспекторы (защитники прав пациентов) по жалобам, к которым могут обратиться пациенты. Защитники прав пациентов серьезно рассматривают каждую жалобу: от жалоб на принудительное лечение до жалоб на пропавшую одежду. Такой инспектор принципиально становится на сторону своего клиента и не пытается объяснить жалобу картиной его болезни[[95]](#footnote-95).

Ст. 38 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» также предусматривает наличие такой специальной службы, однако на сегодняшний день такие службы не создаются и их правовое регулирование отсутствует.

Тем не менее, в РФ психиатрия в целом, а также вред, причиненный гражданину при оказании психиатрической помощи не остается без внимания законодателя: существуют специальные нормы права, в которые врачебная и медицинская практика вносит свои поправки.

**Список использованных источников**

**Нормативно-правовые акты**

1. Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод // Российская газета. – 1995. – 5 апр.

2. Гражданский Кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ. Часть первая (в ред. от 07.02.2011 г.) // СЗ РФ. – 1994. – 05 дек. - № 32.

3. Гражданский Кодекс Российской Федерации от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ. Часть вторая (в ред. от 08.05.2010 г.) // СЗ РФ. – 1996. – 29 янв. - № 5.

4. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (в ред. от 28.09.2010 г.) // Российские вести. – 1993. – 09 сент. - № 174.

5. О лицензировании отдельных видов деятельности: ФЗ РФ от 08 августа 2001 г. № 128-ФЗ (в ред. от 29.12.2010 г.) // Российская газета. – 2001. – 10 авг. - № 153-154.

6. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: ФЗ РФ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ // СЗ РФ. – 2010. – 06 дек. - № 49.

7. О внесении изменений в Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и гражданский процессуальный кодекс: ФЗ РФ от 06 апреля 2011 года № 67-ФЗ // Российская газета. – 2011. – 08 апр. - № 75.

8. О защите прав потребителей: Закон РФ от 07 февраля 1992 г. № 2300-1 (в ред. от 23.11.2009 г.) // СЗ РФ. – 1996. – 15 янв. - № 3.

9. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Закон РФ от 02 июля 1992 г. № 3185-1 (в ред. от 06.04.2011 г.) // Ведомости СНД и ВС РФ. – 1992. – 20 авг. - № 33.

10. Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями: утв. Постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 // СЗ РФ. – 1996. – 15 янв. - № 3.

**Специальная литература**

11. Ангелова-Барболова Н.С. Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар в Республике Болгария и Российской Федерации / Н.С. Ангелова-Барболова, А.Ю. Березанцев // Российский психиатрический журнал. – 2007. - № 4. – С. 33-38.

12. Аргунова, Ю.Н. Перевести нельзя продлить / Ю.Н. Аргунова // Независимый психиатрический журнал. – 2009. - № 3. – С. 43-48.

13. Бауэр, А. Обзор Закона Израиля «О лечении душевнобольных» по вопросам принудительного освидетельствования и госпитализации в психиатрический стационар / А. Бауэр, Г.Н. Подольский, Р. Хавалед // Российский психиатрический журнал. – 2008. - № 1. – С. 15-19.

14. Винорадова, Л.Н. Первый процесс по недобровольной госпитализации в России в Европейском суде / Л.Н. Виноградова, Ю.С. Савенко // Независимый психиатрический журнал. – 2003. - № 4. – С. 35-48.

15. Гецманова, И.В. Преступления, связанные с нарушениями медицинскими работниками профессионального долга: вопросы ответственности и расследования: монография / И.В. Гецманова. – Красноярск: изд-во Сиб. юрид. ин-та МВД России, 2009. – 176 с.

16. Гражданское право: учебник. 6-е издание. Т. 1 / Е.Ю. Валявина [и др.]; под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. – М.: изд-во Проспект, 2004. – 776 с.

17. Гражданское право: учебник. 4-е издание. Т. 3 / Е.Ю. Валявина [и др.]; под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. – М.: изд-во Проспект, 2004. – 784 с.

18. Гречишкина, Н.А. Дела, связанные с применением Закона РФ «О психиатрической помощи гражданам и гарантиях прав граждан при ее оказании», в практике Конституционного суда Российской Федерации / Н.А. Гречишкина // Российский психиатрический журнал. – 2009. - № 2. – С. 14-19.

19. Дембо, Г. Ответственность врача в его профессиональной деятельности / Г. Дембо // Судебная ответственность врачей. Сборник статей. – 1926. – С. 64-82.

20. Деменева, А. Врачебная тайна – от самого пациента / А. Деменева // Правозащитник. – 2004. - № 2. – С. 44-48.

21. Дмитриева, Т. Гарантии прав граждан при оказании психиатрической помощи / Т. Дмитриева, С. Шишков // Законность. – 1995. - № 11. – С. 50-51.

22. Егизарова, С.В. Проблемные вопросы компенсации морального вреда в случаях ненадлежащей медицинской помощи / С.В. Егизарова // Медицинское право. – 2007. - № 1. – С. 16-17.

23. Ерофеев, С.В. Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность / С.В. Ерофеев, Ю.Д. Сергеев // Медицинское право. – 2003. - № 1. – С. 25-31.

24. Запускалов, С.В. Гражданская комиссия по правам человека / С.В. Запускалов // Отчет о нарушениях прав человека психиатрией России. – М. – 2000. – Май.

25. Ившин, И.В. Российская судебная практика по разрешению дел о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью граждан при оказании медицинской помощи: проблемы и перспективы / И.В. Ившин, Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова // Заместитель главного врача. – 2008. - № 1. – С. 23-25.

26. Кенжетаев, Т.Р. Юридическая квалификация ошибки работника / Т.Р. Кенжетаев // Советское государство и право. – 1988. - № 8. – С. 47-51.

27. Козлова, Н.Е. Ответственность СМО перед застрахованными по договорам ОМС и ДМС / Н.Е. Козлова, М.В. Кратенко // Право и экономика. – 2005. - № 12. – С. 15-23.

28. Лапшин, О.В. Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и Соединенных Штатов / О.В. Лапшин // Независимый психиатрический журнал. – 2003. - № 4. – С. 36-42.

29. Лебединец, О.Н. Гражданско-правовая ответственность за причинение вреда пациенту / О.Н. Лебединец, О.Ю. Александрова // Экономика здравоохранения. – 2006. - № 1. – С. 30-34.

30. Малеина, М.Н. Человек и медицина в современном праве: учебное и практическое пособие / М.Н. Малеина. – М.: изд-во БЕК, 1995. – 260 с.

31. Манни, П. Защитник прав пациентов в секторе психического здравоохранения Нидерландов / П. Манни // Независимый психиатрический журнал. – 2005. - № 3. – С. 57-60.

32. Махник, О.П. Ответственность за нарушение врачебной тайны / О.П. Махник // Юрист. – 2005. - № 8. – С. 17-20.

33. Мелихов, А.В. Деятельность по оказанию медицинских услуг – разновидность деятельности предпринимательской / А.В. Мелихов, А.А. Мохов // Медицинское право. – 2006. - № 2. – С. 24-28.

34. Мотов, В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США / В.В. Мотов // Независимый психиатрический журнал. – 2004. - № 3. – С. 37-45.

35. Мотов, В.В. Конфиденциальность в американской психиатрии / В.В. Мотов // Независимый психиатрический журнал. – 2006. - № 2. – С. 33-47.

36. Мохов, А.А. К вопросу о квалификации обязательств из причинения вреда здоровью или жизни гражданина (пациента) / А.А. Мохов // Медицинское право. – 2005 . - № 1. – С. 15-19.

37. Никитина, И.О. Исторический опыт в борьбе с преступлениями, совершаемыми медицинскими работниками при выполнении профессиональных обязанностей / И.О. Никитина // Следователь. – 2006. - № 7. – С. 59-60.

38. Никулинская, Н.Ф. Проблемы совершенствования законодательства о недобровольной госпитализации гражданина в психиатрический стационар / Н.Ф. Никулинская // Российский психиатрический журнал. – 2006. - № 6. – С. 28-33.

39. Огарков, И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И.Ф. Огарков. – Л.: Медицина, 1966. – 195 с.

40. Палиюк, В.П. Возмещение морального (неимущественного) вреда. Монография / В.П. Палиюк. – К.: Право, 2000. – 272 с.

41. Панов, А.В. Гражданско-правовая ответственность учреждений здравоохранения при ущемлении прав граждан на информацию о состоянии здоровья / А.В. Панов // Главный врач: хозяйство и право. – 2004. – № 2. – С. 5-9.

42. Приятельчук, А.В. Расчет на секретность, или как бороться с непредоставлением информации / А.В. Приятельчук // Воронежский адвокат. – 2008. - № 7. – С. 13-14.

43. Ромек, Е.А. Психотерапия: теоретическое основание и социальное становление. / Е.А. Ромек. – Ростов-на-Дону: изд-во РГУ, 2002. – 131 с.

44. Стеценко, С.Г. Врачебные ошибки и несчастные случаи в практике работ учреждений здравоохранения: правовые аспекты / С.Г. Стеценко // Право и медицина. – 2004. - № 2. – С. 44-47.

45. Усов, Г.М. Правовое регулирование психиатрической помощи: учебное пособие для вузов / Г.М. Усов, М.Ю. Федорова. – Омск: ЗАО «Юстицинформ», 2006. – 167 с.

46. Шепель, Т.В. Деликт и психическое расстройство: Цивилистический аспект: автореф. дис. … д.ю.н. – Томск, 2006. – 43 с.

47. Шепель, Т.В. О критериях и юридической квалификации врачебной ошибки при оказании психиатрической помощи / Т.В. Шепель // Медицинское право. – 2003. - № 3. – С. 43-46.

48. Шепель, Т.В. Условия ответственности за вред, причиненный здоровью пациента при оказании психиатрической помощи / Т.В. Шепель // Всероссийская научная конференция «Наука и образование». – Белово. – 2003. – 20-21 февраля.

49. Шиманская, С.В. Критерии повышенной опасности при осуществлении медицинской деятельности / С.В. Шиманская // Медицинское право. – 2008. - № 2. – С. 23-25.

50. Эрделевский, А.М. Критерии и метод оценки размера компенсации морального вреда / А.М. Эрделевский // Государство и право. – 1997. - № 4. – С. 51-53.

51. Эрделевский, А.М. Моральный вред: соотношение с другими видами морального вреда / А.М. Эрделевский // Российская юстиция. – 1998. - № 6. – С. 19-21.

**Судебная практика**

52. Дело «Ракевич против России»: решение Европейского суда по правам человека от 28 октября 2003 г. // СПС Консультант Плюс.

53. Дело «Шулепова против Российской Федерации»: постановление Европейского суда по правам человека от 11 декабря 2008 г. // СПС Консультант Плюс.

54. Дело «Штукатуров против Российской Федерации»: постановление Европейского суда по правам человека от 04 марта 2010г. // СПС Консультант Плюс.

55. Дело «Бик против Российской Федерации»: постановление Европейского суда по правам человека от 22 апреля 2010г. // СПС Консультант Плюс.

56. О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина: постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 г. № 1 // Российская газета. – 2010. – 05 февр. - № 5103.

57. Определение Верховного Суда Российской Федерации (извлечение) от 08.09.1994 г. // СПС Консультант Плюс.

58. Практика по гражданским делам Красноярского краевого суда: сборник судебной практики / под ред. С.В. Асташова. – Красноярск: ИПК СФУ, 2008. – 404 с.

59. Решение Куйбышевского районного суда города Омска от 09.07.2004 г. // СПС Консультант Плюс.

1. Ромек, Е.А. Психотерапия: теоретическое основание и социальное становление. / Е.А. Ромек. – Ростов-на-Дону: изд-во РГУ, 2002. – С. 111. [↑](#footnote-ref-1)
2. Практика по гражданским делам Красноярского краевого суда: сборник судебной практики / под ред. С.В. Асташова. – Красноярск: ИПК СФУ, 2008. – С. 53. [↑](#footnote-ref-2)
3. Шепель, Т.В. Деликт и психическое расстройство: Цивилистический аспект: автореф. дис. … д.ю.н. – Томск, 2006. – С. 5-6. [↑](#footnote-ref-3)
4. Практика по гражданским делам Красноярского краевого суда: сборник судебной практики / под ред. С.В. Асташова. – Красноярск: ИПК СФУ, 2008. – С. 54. [↑](#footnote-ref-4)
5. Лебединец, О.Н. Гражданско-правовая ответственность за причинение вреда пациенту / О.Н. Лебединец, О.Ю. Александрова // Экономика здравоохранения. – 2006. - № 1. – С. 30. [↑](#footnote-ref-5)
6. Гражданское право: учебник. 4-е издание. Т. 3 / Е.Ю. Валявина [и др.]; под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. – М.: изд-во Проспект, 2004. – С. 16. [↑](#footnote-ref-6)
7. Никитина, И.О. Исторический опыт в борьбе с преступлениями, совершаемыми медицинскими работниками при выполнении профессиональных обязанностей / И.О. Никитина // Следователь. – 2006. - № 7. – С. 59. [↑](#footnote-ref-7)
8. Гражданское право: учебник. 4-е издание. Т. 3 / Е.Ю. Валявина [и др.]; под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. – М.: изд-во Проспект, 2004. – С. 17. [↑](#footnote-ref-8)
9. Практика по гражданским делам Красноярского краевого суда: сборник судебной практики / под ред. С.В. Асташова. – Красноярск: ИПК СФУ, 2008. – С. 56. [↑](#footnote-ref-9)
10. Лебединец, О.Н. Гражданско-правовая ответственность за причинение вреда пациенту / О.Н. Лебединец, О.Ю. Александрова // Экономика здравоохранения. – 2006. - № 1. – С. 31. [↑](#footnote-ref-10)
11. Аргунова, Ю.Н. Перевести нельзя продлить / Ю.Н. Аргунова // Независимый психиатрический журнал. – 2009. - № 3. – С. 43-48. [↑](#footnote-ref-11)
12. Гречишкина, Н.А. Дела, связанные с применением Закона РФ «О психиатрической помощи гражданам и гарантиях прав граждан при ее оказании», в практике Конституционного суда Российской Федерации / Н.А. Гречишкина // Российский психиатрический журнал. – 2009. - № 2. – С. 14-19. [↑](#footnote-ref-12)
13. Никулинская, Н.Ф. Проблемы совершенствования законодательства о недобровольной госпитализации гражданина в психиатрический стационар / Н.Ф. Никулинская // Российский психиатрический журнал. – 2006. - № 6. – С. 28-33. [↑](#footnote-ref-13)
14. Ангелова-Барболова Н.С. Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар в Республике Болгария и Российской Федерации / Н.С. Ангелова-Барболова, А.Ю. Березанцев // Российский психиатрический журнал. – 2007. - № 4. – С. 33-38. [↑](#footnote-ref-14)
15. Лапшин, О.В. Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и Соединенных Штатов / О.В. Лапшин // Независимый психиатрический журнал. – 2003. - № 4. – С. 36-42. [↑](#footnote-ref-15)
16. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (в ред. от 28.09.2010 г.) // Российские вести. – 1993. – 09 сент. - № 174. [↑](#footnote-ref-16)
17. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Закон РФ от 02 июля 1992 г. № 3185-1 (в ред. от 06.04.2011 г.) // Ведомости СНД и ВС РФ. – 1992. – 20 авг. - № 33. [↑](#footnote-ref-17)
18. Махник, О.П. Ответственность за нарушение врачебной тайны / О.П. Махник // Юрист. – 2005. - № 8. – С. 17-20. [↑](#footnote-ref-18)
19. Приятельчук, А.В. Расчет на секретность, или как бороться с непредоставлением информации / А.В. Приятельчук // Воронежский адвокат. – 2008. - № 7. – С. 13. [↑](#footnote-ref-19)
20. Приятельчук, А.В. Расчет на секретность, или как бороться с непредоставлением информации / А.В. Приятельчук // Воронежский адвокат. – 2008. - № 7. – С. 13. [↑](#footnote-ref-20)
21. Деменева, А. Врачебная тайна – от самого пациента / А. Деменева // Правозащитник. – 2004. - № 2. – С. 44. [↑](#footnote-ref-21)
22. Деменева, А. Врачебная тайна – от самого пациента / А. Деменева // Правозащитник. – 2004. - № 2. – С. 45. [↑](#footnote-ref-22)
23. Деменева, А. Врачебная тайна – от самого пациента / А. Деменева // Правозащитник. – 2004. - № 2. – С. 45. [↑](#footnote-ref-23)
24. Панов, А.В. Гражданско-правовая ответственность учреждений здравоохранения при ущемлении прав граждан на информацию о состоянии здоровья / А.В. Панов // Главный врач: хозяйство и право. – 2004. – № 2. – С. 5. [↑](#footnote-ref-24)
25. Деменева, А. Врачебная тайна – от самого пациента / А. Деменева // Правозащитник. – 2004. - № 2. – С. 45. [↑](#footnote-ref-25)
26. Панов, А.В. Гражданско-правовая ответственность учреждений здравоохранения при ущемлении прав граждан на информацию о состоянии здоровья / А.В. Панов // Главный врач: хозяйство и право. – 2004. – № 2. – С. 5-6. [↑](#footnote-ref-26)
27. Панов, А.В. Гражданско-правовая ответственность учреждений здравоохранения при ущемлении прав граждан на информацию о состоянии здоровья / А.В. Панов // Главный врач: хозяйство и право. – 2004. – № 2. – С. 7. [↑](#footnote-ref-27)
28. Мотов, В.В. Конфиденциальность в американской психиатрии / В.В. Мотов // Независимый психиатрический журнал. – 2006. - № 2. – С. 33. [↑](#footnote-ref-28)
29. Дмитриева, Т. Гарантии прав граждан при оказании психиатрической помощи / Т. Дмитриева, С. Шишков // Законность. – 1995. - № 11. – С. 50. [↑](#footnote-ref-29)
30. Определение Верховного Суда Российской Федерации (извлечение) от 08.09.1994 г. // СПС Консультант Плюс. [↑](#footnote-ref-30)
31. Дмитриева, Т. Гарантии прав граждан при оказании психиатрической помощи / Т. Дмитриева, С. Шишков // Законность. – 1995. - № 11. – С. 50. [↑](#footnote-ref-31)
32. Усов, Г.М. Правовое регулирование психиатрической помощи: учебное пособие для вузов / Г.М. Усов, М.Ю. Федорова. – Омск: ЗАО «Юстицинформ», 2006. – С. 75. [↑](#footnote-ref-32)
33. Усов, Г.М. Правовое регулирование психиатрической помощи: учебное пособие для вузов / Г.М. Усов, М.Ю. Федорова. – Омск: ЗАО «Юстицинформ», 2006. – С. 75-76. [↑](#footnote-ref-33)
34. Мотов, В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США / В.В. Мотов // Независимый психиатрический журнал. – 2004. - № 3. – С. 37. [↑](#footnote-ref-34)
35. Мотов, В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США / В.В. Мотов // Независимый психиатрический журнал. – 2004. - № 3. – С. 37-38. [↑](#footnote-ref-35)
36. Усов, Г.М. Правовое регулирование психиатрической помощи: учебное пособие для вузов / Г.М. Усов, М.Ю. Федорова. – Омск: ЗАО «Юстицинформ», 2006. – С. 75-77. [↑](#footnote-ref-36)
37. Мотов, В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США / В.В. Мотов // Независимый психиатрический журнал. – 2004. - № 3. – С. 40. [↑](#footnote-ref-37)
38. О внесении изменений в Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и гражданский процессуальный кодекс: ФЗ РФ от 06 апреля 2011 года № 67-ФЗ // Российская газета. – 2011. – 08 апр. - № 75. [↑](#footnote-ref-38)
39. Усов, Г.М. Правовое регулирование психиатрической помощи: учебное пособие для вузов / Г.М. Усов, М.Ю. Федорова. – Омск: ЗАО «Юстицинформ», 2006. – С. 75-77. [↑](#footnote-ref-39)
40. Мотов, В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США / В.В. Мотов // Независимый психиатрический журнал. – 2004. - № 3. – С. 40. [↑](#footnote-ref-40)
41. О лицензировании отдельных видов деятельности: ФЗ РФ от 08 августа 2001 г. № 128-ФЗ (в ред. от 29.12.2010 г.) // Российская газета. – 2001. – 10 авг. - № 153-154. [↑](#footnote-ref-41)
42. О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина: постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 г. № 1 // Российская газета. – 2010. – 05 февр. - № 5103. [↑](#footnote-ref-42)
43. О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина: постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 г. № 1 // Российская газета. – 2010. – 05 февр. - № 5103. [↑](#footnote-ref-43)
44. Шепель, Т.В. О критериях и юридической квалификации врачебной ошибки при оказании психиатрической помощи / Т.В. Шепель // Медицинское право. – 2003. - № 3. – С. 44. [↑](#footnote-ref-44)
45. Шепель, Т.В. О критериях и юридической квалификации врачебной ошибки при оказании психиатрической помощи / Т.В. Шепель // Медицинское право. – 2003. - № 3. – С. 44. [↑](#footnote-ref-45)
46. Шепель, Т.В. Деликт и психическое расстройство: Цивилистический аспект: автореф. дис. … док. юридических наук: 12.00.03 / Шепель Тамара Викторовна. – Томск, 2006. – С. 34. [↑](#footnote-ref-46)
47. Ерофеев, С.В. Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность / С.В. Ерофеев, Ю.Д. Сергеев // Медицинское право. – 2003. - № 1. – С. 28. [↑](#footnote-ref-47)
48. Огарков, И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И.Ф. Огарков. – Л.: Медицина, 1966. – С. 121. [↑](#footnote-ref-48)
49. Стеценко, С.Г. Врачебные ошибки и несчастные случаи в практике работ учреждений здравоохранения: правовые аспекты / С.Г. Стеценко // Право и медицина. – 2004. - № 2. – С. 45. [↑](#footnote-ref-49)
50. Дембо, Г. Ответственность врача в его профессиональной деятельности / Г. Дембо // Судебная ответственность врачей. Сборник статей. – 1926. – С. 64. [↑](#footnote-ref-50)
51. Малеина, М.Н. Человек и медицина в современном праве: учебное и практическое пособие / М.Н. Малеина. – М.: изд-во БЕК, 1995. – С. 63. [↑](#footnote-ref-51)
52. Кенжетаев, Т.Р. Юридическая квалификация ошибки работника / Т.Р. Кенжетаев // Советское государство и право. – 1988. - № 8. – С. 48-49. [↑](#footnote-ref-52)
53. Шепель, Т.В. О критериях и юридической квалификации врачебной ошибки при оказании психиатрической помощи / Т.В. Шепель // Медицинское право. – 2003. - № 3. – С. 45. [↑](#footnote-ref-53)
54. Шепель, Т.В. Деликт и психическое расстройство: Цивилистический аспект: автореф. дис. … док. юридических наук: 12.00.03 / Шепель Тамара Викторовна. – Томск, 2006. – С. 34. [↑](#footnote-ref-54)
55. Стеценко, С.Г. Врачебные ошибки и несчастные случаи в практике работ учреждений здравоохранения: правовые аспекты / С.Г. Стеценко // Право и медицина. – 2004. - № 2. – С. 45. [↑](#footnote-ref-55)
56. Практика по гражданским делам Красноярского краевого суда: сборник судебной практики / под ред. С.В. Асташова. – Красноярск: ИПК СФУ, 2008. – С. 53. [↑](#footnote-ref-56)
57. О защите прав потребителей: Закон РФ от 07 февраля 1992 г. № 2300-1 (в ред. от 23.11.2009 г.) // СЗ РФ. – 1996. – 15 янв. - № 3. [↑](#footnote-ref-57)
58. Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями: утв. Постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 // СЗ РФ. – 1996. – 15 янв. - № 3. [↑](#footnote-ref-58)
59. Мохов, А.А. К вопросу о квалификации обязательств из причинения вреда здоровью или жизни гражданина (пациента) / А.А. Мохов // Медицинское право. – 2005 . - № 1. – С. 15. [↑](#footnote-ref-59)
60. Мелихов, А.В. Деятельность по оказанию медицинских услуг – разновидность деятельности предпринимательской / А.В. Мелихов, А.А. Мохов // Медицинское право. – 2006. - № 2. – С. 24-28. [↑](#footnote-ref-60)
61. Гражданское право: учебник. 4-е издание. Т. 1 / Е.Ю. Валявина [и др.]; под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. – М.: изд-во Проспект, 2004. – С. 678-679. [↑](#footnote-ref-61)
62. Козлова, Н.Е. Ответственность СМО перед застрахованными по договорам ОМС и ДМС / Н.Е. Козлова, М.В. Кратенко // Право и экономика. – 2005. - № 12. – С. 15. [↑](#footnote-ref-62)
63. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: ФЗ РФ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ // СЗ РФ. – 2010. – 06 дек. - № 49. [↑](#footnote-ref-63)
64. Козлова, Н.Е. Ответственность СМО перед застрахованными по договорам ОМС и ДМС / Н.Е. Козлова, М.В. Кратенко // Право и экономика. – 2005. - № 12. – С. 17-18. [↑](#footnote-ref-64)
65. Ившин, И.В. Российская судебная практика по разрешению дел о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью граждан при оказании медицинской помощи: проблемы и перспективы / И.В. Ившин, Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова // Заместитель главного врача. – 2008. - № 1. – С. 24. [↑](#footnote-ref-65)
66. О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина: постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 г. № 1 // Российская газета. – 2010. – 05 февр. - № 5103. [↑](#footnote-ref-66)
67. Шиманская, С.В. Критерии повышенной опасности при осуществлении медицинской деятельности / С.В. Шиманская // Медицинское право. – 2008. - № 2. – С. 23. [↑](#footnote-ref-67)
68. Малеина, М.Н. Человек и медицина в современном праве: учебное и практическое пособие / М.Н. Малеина. – М.: изд-во БЕК, 1995. – С. 89. [↑](#footnote-ref-68)
69. Шиманская, С.В. Критерии повышенной опасности при осуществлении медицинской деятельности / С.В. Шиманская // Медицинское право. – 2008. - № 2. – С. 24. [↑](#footnote-ref-69)
70. Практика по гражданским делам Красноярского краевого суда: сборник судебной практики / под ред. С.В. Асташова. – Красноярск: ИПК СФУ, 2008. – С. 64-66. [↑](#footnote-ref-70)
71. Ромек, Е.А. Психотерапия: теоретическое основание и социальное становление. / Е.А. Ромек. – Ростов-на-Дону: изд-во РГУ, 2002. – С. 119. [↑](#footnote-ref-71)
72. Ромек, Е.А. Психотерапия: теоретическое основание и социальное становление. / Е.А. Ромек. – Ростов-на-Дону: изд-во РГУ, 2002. – С. 120. [↑](#footnote-ref-72)
73. Запускалов, С.В. Гражданская комиссия по правам человека / С.В. Запускалов // Отчет о нарушениях прав человека психиатрией России. – М. – 2000. – Май. [↑](#footnote-ref-73)
74. Малеина, М.Н. Человек и медицина в современном праве: учебное и практическое пособие / М.Н. Малеина. – М.: изд-во БЕК, 1995. – С. 89. [↑](#footnote-ref-74)
75. Малеина, М.Н. Человек и медицина в современном праве: учебное и практическое пособие / М.Н. Малеина. – М.: изд-во БЕК, 1995. – С. 91. [↑](#footnote-ref-75)
76. О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина: постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 г. № 1 // Российская газета. – 2010. – 05 февр. - № 5103. [↑](#footnote-ref-76)
77. Практика по гражданским делам Красноярского краевого суда: сборник судебной практики / под ред. С.В. Асташова. – Красноярск: ИПК СФУ, 2008. – С. 53. [↑](#footnote-ref-77)
78. Гецманова, И.В. Преступления, связанные с нарушениями медицинскими работниками профессионального долга: вопросы ответственности и расследования: монография / И.В. Гецманова. – Красноярск: изд-во Сиб. юрид. ин-та МВД России, 2009. – С. 56. [↑](#footnote-ref-78)
79. Дело «Бик против Российской Федерации»: постановление Европейского суда по правам человека от 22 апреля 2010г. // СПС Консультант Плюс. [↑](#footnote-ref-79)
80. Эрделевский, А.М. Критерии и метод оценки размера компенсации морального вреда / А.М. Эрделевский // Государство и право. – 1997. - № 4. – С. 51. [↑](#footnote-ref-80)
81. Эрделевский, А.М. Моральный вред: соотношение с другими видами морального вреда / А.М. Эрделевский // Российская юстиция. – 1998. - № 6. – С. 19-21. [↑](#footnote-ref-81)
82. Палиюк, В.П. Возмещение морального (неимущественного) вреда. Монография / В.П. Палиюк. – К.: Право, 2000. – 272 с. [↑](#footnote-ref-82)
83. О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина: постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 г. № 1 // Российская газета. – 2010. – 05 февр. - № 5103. [↑](#footnote-ref-83)
84. Практика по гражданским делам Красноярского краевого суда: сборник судебной практики / под ред. С.В. Асташова. – Красноярск: ИПК СФУ, 2008. – С. 55. [↑](#footnote-ref-84)
85. Шепель, Т.В. Деликт и психическое расстройство: Цивилистический аспект: автореф. дис. … док. юридических наук: 12.00.03 / Шепель Тамара Викторовна. – Томск, 2006. – С. 34. [↑](#footnote-ref-85)
86. Шепель, Т.В. Условия ответственности за вред, причиненный здоровью пациента при оказании психиатрической помощи / Т.В. Шепель // Всероссийская научная конференция «Наука и образование». – Белово. – 2003. – 20-21 февраля. [↑](#footnote-ref-86)
87. Егизарова, С.В. Проблемные вопросы компенсации морального вреда в случаях ненадлежащей медицинской помощи / С.В. Егизарова // Медицинское право. – 2007. - № 1. – С. 16. [↑](#footnote-ref-87)
88. Шепель, Т.В. Условия ответственности за вред, причиненный здоровью пациента при оказании психиатрической помощи / Т.В. Шепель // Всероссийская научная конференция «Наука и образование». – Белово. – 2003. – 20-21 февраля. [↑](#footnote-ref-88)
89. Ерофеев, С.В. Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность / С.В. Ерофеев, Ю.Д. Сергеев // Медицинское право. – 2003. - № 1. – С. 28. [↑](#footnote-ref-89)
90. Егизарова, С.В. Проблемные вопросы компенсации морального вреда в случаях ненадлежащей медицинской помощи / С.В. Егизарова // Медицинское право. – 2007. - № 1. – С. 17. [↑](#footnote-ref-90)
91. Винорадова, Л.Н. Первый процесс по недобровольной госпитализации в России в Европейском суде / Л.Н. Виноградова, Ю.С. Савенко // Независимый психиатрический журнал. – 2003. - № 4. – С.37. [↑](#footnote-ref-91)
92. Дело «Штукатуров против Российской Федерации»: постановление Европейского суда по правам человека от 04 марта 2010г. // СПС Консультант Плюс. [↑](#footnote-ref-92)
93. Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод // Российская газета. – 1995. – 5 апр. [↑](#footnote-ref-93)
94. Бауэр, А. Обзор Закона Израиля «О лечении душевнобольных» по вопросам принудительного освидетельствования и госпитализации в психиатрический стационар / А. Бауэр, Г.Н. Подольский, Р. Хавалед // Российский психиатрический журнал. – 2008. - № 1. – С. 15. [↑](#footnote-ref-94)
95. Манни, П. Защитник прав пациентов в секторе психического здравоохранения Нидерландов / П. Манни // Независимый психиатрический журнал. – 2005. - № 3. – С. 58. [↑](#footnote-ref-95)