

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	5
Список сокращений	6
Введение	7
Глава 1. Причины возникновения конфликтов в стоматологической практике и пути их разрешения	10
Глава 2. Медико-правовая осведомленность врача-стоматолога и отношение врача к своим ошибкам в стоматологической практике	22
Глава 3. Состояние вопроса о качестве медицинской помощи и предмет судебно-медицинской экспертизы в гражданском судопроизводстве в случаях, связанных с дефектами оказания медицинской помощи.	52
3.1. Предназначение судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг	70
3.2. Пределы судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг.	72
3.3. Пределы компетенции судебно-медицинского эксперта по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг	77
3.4. Вопрос медицинской специфики положения судебного эксперта	80
3.5. Исследование материалов дела и медицинских документов. . .	94
Глава 4. Медицинская документация — объект судебно-медицинской экспертизы в гражданском процессе.	107
Глава 5. Дефекты оказания терапевтической стоматологической помощи	114
Глава 6. Дефекты оказания ортопедической и ортодонтической помощи.	122
Глава 7. Дефекты оказания медицинской помощи при эндодонтическом лечении	133
Глава 8. Дефекты оказания имплантологической помощи	145
Глава 9. Дефекты в практике эстетической стоматологии	153

Глава 10. Анализ неблагоприятных исходов оказания стоматологической помощи по вине пациента	159
Глава 11. Проведение комиссионных судебно-медицинских экспертиз в случаях, связанных с дефектами оказания медицинской помощи в стоматологии	168
11.1. Изучение медицинских документов и составление обстоятельств дела	170
11.2. Обязательное обследование пациента	172
11.3. Составление заключения эксперта	173
Заключение	178
Ситуационные задания	185
Тестовые задания	193
Список литературы	196
Предметный указатель	201

Глава 3

СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРЕДМЕТ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГРАЖДАНСКОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ В СЛУЧАЯХ, СВЯЗАННЫХ С ДЕФЕКТАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

На всех этапах становления и развития современного отечественного и мирового здравоохранения проблема качества оказания медицинской помощи (услуги) всегда вызывала большой интерес как у медиков, так и у юристов.

В соответствии с определением Международного стандарта ISO 8402 (1994) **качество** — это совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности.

Для создания качественного объекта (продукции, услуги) необходимо:

- ▶ выявить потребности, которые собирается удовлетворить определенная продукция или услуга;
- ▶ определить характеристики, совокупность которых и будет удовлетворять потребности.

Требования, предъявляемые пациентами, врачами и инвесторами к медицинской помощи, представлены в табл. 3.1.

Исходя из выявленных потребностей, А. Donabedian сформировал основной перечень характеристик, совокупность которых и составила понятие «качество медицинской помощи» (табл. 3.2).

Таблица 3.1. Характеристика качества медицинской помощи

Участники процесса	Приоритетные характеристики
Пациенты	Соответствие ожидаемым потребностям. Заинтересованность, вежливость персонала. Облегчение симптомов заболевания. Функциональное улучшение
Врачи	Соответствие оказываемой помощи современному техническому оснащению. Свобода действий в интересах пациента
Инвесторы	Эффективное использование имеющихся фондов здравоохранения. Соответствующее использование медицинских ресурсов. Максимальный вклад в снижение нетрудоспособности

Таблица 3.2. Основные характеристики качества медицинской помощи (Donabedian A., 1990)

Характеристика	Определение
Результативность	Внешняя эффективность, измеряющая достижение целей организации. Результативность можно определить как отношение достигнутого результата к максимально возможному, основанному на использовании последних достижений науки и технологии
Эффективность	Внутренняя эффективность, экономичность, обеспечивающая наиболее рациональное использование ресурсов, то есть наименьшая стоимость медицинской помощи без снижения ее результативности
Оптимальность	Оптимальное соотношение затрат на здравоохранение и получаемых результатов в улучшении здоровья
Приемлемость	Соответствие оказанной помощи ожиданиям, пожеланиям и надеждам пациентов и их родственников
Законность	Соответствие социальным предпочтениям, выраженным в этических принципах, законах, нормах и правилах
Справедливость, беспристрастность	Соответствие принципу, который определяет, что является обоснованным или законным при распределении медицинской помощи и льгот среди населения

Некоторые исследователи в определении качества медицинской помощи выделяют два основополагающих момента:

- 1) принятие правильного решения о необходимости медицинской помощи;
- 2) последующее оказание этой помощи правильным образом, наиболее эффективным способом.

Медицинская помощь по своей правовой сути является оказываемой услугой, то есть совершением определенных действий или осуществлением определенной деятельности (ст. 779 ГК РФ), конечными результатами которой могут быть: динамика состояния пациента после проведенного курса лечения, состояние здоровья определенных контингентов после проведения диспансерных мероприятий и выполнения комплексных профилактических программ; удовлетворенность потребителя, которым может быть пациент, медицинский работник, назначивший какое-либо исследование или лечебную процедуру, другие результаты лечебно-профилактических или оздоровительных мероприятий.

Оценка качества медицинской помощи может проводиться с помощью квалиметрического мониторинга, который позволяет не только определить ее качество, но и проследить пространственную и временную динамику за счет рационального выбора показателей качества, разработки методов их определения и оптимизации. Для оценки качества медицинской помощи могут быть использованы такие категории показателей, как *емкостные* (показатели удельного типа — взвешенные, долевы́е), *темповые* (показатели динамики процессов), *временные* (показатели, определяемые по шкале времени и позволяющие осуществлять мониторинг при сравнении динамических рядов показателей), *абсолютные* (непосредственные показатели тех или иных свойств, определяющих качество медицинской помощи: количество медицинских учреждений, прошедших аттестацию или аккредитацию, количество врачей, работающих в практическом здравоохранении, имеющих врачебную категорию и др.), *относительные* (показатели, полученные в результате комплексирования показателей разнородных свойств оцениваемого качества медицинской помощи, измеренных по той или иной шкале с применением коэффициентов значимости), *обобщенные* (результат статического свертывания по множеству значений тех или иных показателей). Таким образом, очевидно, что сложность понятия категории качества медицинской помощи требует целого набора комплексных, компактных и экономических показателей для определения

качества самих медицинских услуг, а также качества организации и функционирования систем, предоставляющих эти услуги населению.

В.Ф. Чавпецов, рассматривая теоретические аспекты проблемы качества медицинской помощи, выделяет среди них надлежащие и ненадлежащие. Надлежащее качество медицинской помощи — это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения. Ненадлежащее качество медицинской помощи — это несоответствие оказанной медицинской помощи общепринятым современным представлениям о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения. Оценка качества медицинской помощи основывается на сопоставлении реальных действий врача и представлений о том, какими они должны быть с учетом индивидуальных особенностей больного и конкретных условий оказания медицинской помощи. Процесс оценки качества медицинской помощи включает три основных этапа: выявление врачебных ошибок, обоснование врачебных ошибок, обоснование рекомендаций по предотвращению врачебных ошибок на основе выяснения причин их возникновения.

По мнению П.П. Щеголева, среди допускаемых медицинскими работниками нарушений следует выделить четыре группы:

- 1) неоказание медицинской помощи;
- 2) несвоевременное оказание медицинской помощи;
- 3) недостаточное оказание медицинской помощи;
- 4) неправильное оказание медицинской помощи.

Рассматривая проблему ненадлежащего оказания медицинской помощи, И.Г. Вермель выделяет две ее формы:

- 1) ненадлежащее оказание медицинской помощи в связи с неправильной диагностикой;
- 2) ненадлежащее оказание медицинской помощи при правильном диагнозе.

Ю.Д. Сергеев предложил судебно-медицинскую классификацию видов и обстоятельств неоказания и ненадлежащего оказания медицинской помощи.

1. Неоказание помощи больному медицинским персоналом, обусловленное невыполнением:
 - 1.1) профессиональной обязанности;
 - 1.2) служебной обязанности.

2. Ненадлежащее оказание помощи больному медицинским персоналом, обусловленное обстоятельствами субъективного порядка:
 - 2.1) запоздалое;
 - 2.2) недостаточное;
 - 2.3) неправильное.
3. Ненадлежащее оказание медицинской помощи, обусловленное обстоятельствами объективного порядка.
4. Ненадлежащее оказание медицинской помощи, обусловленное обстоятельствами организационного порядка.
5. Ненадлежащее оказание медицинской помощи, обусловленное обстоятельствами деонтологического порядка.

При этом к признакам ненадлежащей медицинской помощи, по мнению Ю.Д. Сергеева и С.В. Ерофеева, следует относить нарушение медицинских стандартов, нормативных документов, регламентирующих медицинскую деятельность, а также общепризнанных в медицине правил (канонов, обычаев).

Ю.Д. Сергеев предложил также примерный перечень основных, наиболее часто встречаемых в медицинской деятельности обстоятельств, способствующих ненадлежащему оказанию гражданам лечебно-профилактической помощи:

- ▶ недостатки организационного характера;
- ▶ диагностические и лечебно-тактические недостатки;
- ▶ недостатки в хирургической практике;
- ▶ недостатки в акушерско-гинекологической практике;
- ▶ недостатки в педиатрической практике;
- ▶ недостатки при оказании скорой и неотложной медицинской помощи.

Одной из важнейших характеристик качества оказания медицинской помощи является ее объем. Первоначально термин «объем медицинской помощи» применялся в военной медицине при организации этапного лечения с эвакуацией по назначению раненых и больных. Отсюда и содержание понятия определялось как совокупность лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых на данном этапе медицинской эвакуации в отношении определенной категории раненых и больных (например, больных инфарктом миокарда или острой пневмонией) по медицинским показаниям. Объем медицинской помощи на этапе эвакуации (в медицинском пункте, полевом госпитале и др.) устанавливается в соответствии с конкретными условиями боевой

и медицинской обстановки и оказывается в полном или сокращенном объеме. Оказание медицинской помощи в полном объеме предусматривает проведение всех необходимых диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, включая плановое лечение и экстренную медицинскую помощь при возникновении неотложных состояний, осложняющих течение заболевания. Сокращенный объем медицинской помощи включает только экстренные лечебно-диагностические мероприятия.

Разработанная система организации медицинской помощи раненым и больным на этапах медицинской эвакуации эффективно функционировала на полях сражений во время Великой Отечественной войны, а полученный опыт затем был успешно использован в послевоенном развитии системы этапного лечения в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) гражданского здравоохранения при организации как первичной медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе, так и стационарной медицинской помощи.

Понятие «объем медицинской помощи», использованное при разработке организационных принципов профессиональной деятельности военными медиками, затем было применено при определении видов и объемов медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам РФ, и в страховой медицине при составлении перечня видов и объемов медицинской помощи, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» страховая медицинская организация обязана контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, а медицинские учреждения несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг.

В условиях медицинского страхования контроль за качеством медицинской помощи населению преимущественно строится на стандартах и критериях оценки лечебно-диагностического процесса больных в ЛПУ. Однако для его осуществления должна быть предусмотрена возможность независимого контроля (независимые экспертные службы), а также создание системы оценки качества лечения. Такую систему контроля качества (ведомственный, вневедомственный контроль, независимая экспертиза и их задачи) предлагает Е.Н. Савельева (табл. 3.3). Анализ соответствия медицинской помощи должному качеству предопределяет необходимость научного обоснования выбора адекватных критериев и показателей для оценки качества.

Таблица 3.3. Система контроля качества медицинского обслуживания (Савельева Е.Н., 1998)

Ведомственный контроль	Вневедомственный контроль	Независимая экспертиза
<i>Основные задачи</i>		
1. Обеспечение качества медицинского обслуживания соответственно гарантиям. 2. Защита интересов медицинских учреждений и медицинских работников. 3. Удовлетворение потребностей пациентов и защита их интересов. 4. Повышение качества медицинского обслуживания	1. Защита прав пациента в соответствии с гарантиями. 2. Защита интересов спонсоров. 3. Повышение качества медицинского обслуживания	1. Защита прав и интересов участников обеспечения медицинского обслуживания, граждан и общества. 2. Совершенствование внутри- и вневедомственного контроля качества медицинского обслуживания. 3. Повышение качества медицинского обслуживания

Определенную роль в этом отношении должен был сыграть приказ МЗ РФ от 24 октября 1996 г. № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации». Приказ утвердил положение о системе ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи, о внештатном медицинском эксперте, об эксперте страховой медицинской организации. Однако в нем не оговорены система организации и порядок контроля качества медицинской помощи в ЛПУ, не предложена унифицированная система контроля качества медицинской помощи, а также не предусмотрены официально утвержденные стандарты медицинской помощи.

Ю.П. Лисицын в критерии оценки качества оказания медицинской помощи включает три составляющие: качество структуры, качество процесса, качество результатов. Несмотря на то что все три составляющие имеют право на существование и должны учитываться при СМЭ качества медицинской помощи, все-таки наибольшее внимание должно быть уделено изучению конечного результата предоставляемой медицинской услуги. При этом в основе большинства действующих систем оценки качества и эффективности медицинской помощи (услуги) лежит метод экспертной оценки, позволяющий вскрыть наиболее уязвимые звенья диагностики, лечения и реабилитации больных, выявить резерв улучшения качества медицинской помощи. Именно этот метод позволяет, с одной стороны, оградить медицинское учреждение и его

сотрудников от необоснованных претензий, а с другой — выработать объективные критерии возмещения физического и морального ущерба, причиненного пострадавшему при оказании медицинской помощи (услуги) по вине ЛПУ.

При использовании этого метода важно учитывать три основных момента: выбор критически важной информации и хорошее состояние медицинской карты; наличие продуманной системы, на основании которой анализируются истории болезни; тщательный подбор экспертов. Экспертная оценка является оперативным методом и должна быть использована учреждениями здравоохранения, страховыми компаниями, правовыми и другими органами для решения самых различных вопросов организации медицинской помощи на всех уровнях. При этом следует помнить, что в задачи экспертного метода входят выявление дефектов в работе ЛПУ различных уровней, недостатков в работе отделений или отдельных врачей, установление причин и факторов, приводящих к ним, однако его основная цель — определение путей повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи ее потребителям.

Таким образом, понятия «объем» и «качество» медицинской помощи (услуги) являются базовыми в правовой основе охраны здоровья. С одной стороны, они определяются стандартами оказания медицинской помощи (услуги), с другой — именно они должны лежать в основе выработки четких критериев обоснованного возмещения физического и морального ущерба пострадавшему при оказании медицинской помощи.

Ключевым моментом при оценке качества являются выбор критериев и определение научно обоснованных стандартов, базирующихся на опыте специалистов. Стандарты должны быть реалистичными, универсальными, поддающимися оценке и при необходимости изменению.

Медицинским стандартом называется система знаний, умений, навыков и условий, определяющих возможность выполнения определенного вида медицинской деятельности¹. На современном этапе развития здравоохранения возрастает значимость оказания пациенту гарантированного объема медицинской помощи, что, в свою очередь, способствует как улучшению медико-социальной защиты населения, так и усилению мер по охране и укрепления здоровья в целом. Гарантирован-

¹ Приложение 1 к приказу МЗ РСФСР от 16 октября 1992 г. № 277 «О создании системы медицинских стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению Российской Федерации».

ный объем (стандарт) медицинской помощи предполагает обязательное использование методики, необходимой для диагностики заболеваний, характера и объема лекарственных средств, манипуляций, процедур, адекватных уровню развития современной науки, что, несомненно, должно повысить уровень качества оказываемой медицинской помощи. Необходимость стандартизации медицинских услуг определяется потребностями здравоохранения, медицинского страхования и является основой для оценки результатов оказания медицинской помощи (качества, экономических показателей и т.п.). Отсутствие в настоящее время четкой и в полном объеме отвечающей предъявляемым требованиям системы стандартизации в здравоохранении затрудняет внедрение в практику медицинского страхования регулирования контроля качества оказываемой медицинской помощи.

Роль медицинских стандартов заключается в определении объема и характера оказываемой медицинской помощи в каждом конкретном случае, а также в документальном подтверждении правомерности ведения больного с позиции диагностики и лечения. Медицинские стандарты должны определять упорядоченную последовательность лечебно-диагностических мероприятий, их объем и характер, отражающие достижения науки и практики, в сочетании с оценкой эффективности медицинской деятельности. Они позволяют объективно оценить полноту и качество оказанных услуг пациентам, способствуя при этом определению правильности выбора медицинской тактики в каждом отдельно взятом случае оказания медицинской помощи, выявлению недостатков того или иного ЛПУ либо факта ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей конкретным медицинским работником, а также расчета стоимости оказания медицинских услуг при различных формах заболеваний.

В свою очередь, в связи с непрерывным развитием медицинской науки процесс разработки стандартов медицинской помощи должен носить постоянный характер, необходим их регулярный пересмотр с добавлением изменений не реже 1 раза в год¹.

К стандартам (критериям) качества относят самые различные понятия, полноту, своевременность и обоснованность обследования, диагностики и лечения, сроки лечения, расхождения диагнозов. По утверждению Я.С. Миндлина и И.И. Косаговской, основным критерием

¹ Приложение 2 к приказу Минздравмедпрома России от 8 апреля 1996 г. № 134 «Методические рекомендации по использованию временных отраслевых стандартов объема медицинской помощи».

качества и эффективности медицинской помощи следует считать динамику заболевания.

В соответствии с различными критериями предлагаются самые разнообразные показатели оценки качества и эффективности медицинской помощи: средняя длительность пребывания больного на койке в сочетании с длительностью послегоспитального этапа; отношение количества объективных диагностических ошибок к субъективным, выявленным при анализе летальных исходов; длительность догоспитального и диагностического периодов; частота осложнений в результате хирургических операций и других медицинских манипуляций; частота ДМП при сопоставлении их с нормативными или контрольными величинами.

При любом методе оценка качества медицинской помощи зависит от наличия точной и достоверной информации, основным источником которой является, как правило, медицинская документация.

Ряд авторов указывают на случаи, когда в суд были поданы жалобы на врачей, и, несмотря на то что лечение было качественным, из-за неполной или неверной регистрации (ведения медицинской документации) врачи были привлечены к судебной ответственности.

В нашей стране при проведении судебно-медицинских экспертиз большое внимание уделяется составлению медицинских документов. Так, в соответствии с «Медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», являющимися приложением к приказу Минздравсоцразвития России от 24 апреля 2008 г. № 194 н, тяжесть вреда здоровью не определяется, если:

- 1) диагноз повреждения или заболевания (патологического состояния) потерпевшего достоверно не установлен (клиническая картина носит неясный характер, клинические и лабораторные исследования проведены недостаточно полно);
- 2) отсутствуют документы, в том числе результаты дополнительных исследований, без которых не представляется возможным судить о характере и тяжести вреда здоровью.

Не менее 30% медицинских документов содержат серьезные дефекты в оформлении, в той или иной степени негативно влияющие на возможность использования их для установки обстоятельств дела.

За последние два десятилетия в нашей стране был принят ряд основополагающих законов, в той или иной степени регламентирующих медицинскую деятельность на территории России: закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» (1991), закон «О защите прав потребителя» (1992), а также ряд кодексов, включая ГК РФ (1994).

Также крайне важен Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который соответствует Конституции РФ. Им регламентированы основные принципы охраны здоровья граждан, включающие соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, доступность медико-социальной помощи, а также ответственность органов государственной власти, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Впервые в Федеральном законе РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» изложены права граждан РФ на охрану здоровья, в том числе на бесплатную медицинскую помощь и независимую медицинскую экспертизу, а также регламентированы права пациента при обращении за медицинской помощью и ее получении. В законе также перечислены гарантии осуществления медико-социальной помощи, которые предусматривают несколько видов медицинской экспертизы:

- 1) экспертизу временной нетрудоспособности;
- 2) медико-социальную экспертизу;
- 3) военно-врачебную экспертизу;
- 4) СМЭ;
- 5) судебно-психиатрическую экспертизу;
- 6) независимую экспертизу.

Гражданин или его законный представитель имеют право ходатайствовать перед органом, назначившим СМЭ, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия.

Особый раздел «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» посвящен ответственности за причинение вреда здоровью граждан. В случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть, виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством РФ. При этом возмещение ущерба не освобождает медицинских работников от привлечения к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством РФ, республик в составе РФ.

Установление факта ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей — один из основных

вопросов, который решает СМЭ. При этом решение данного вопроса, по существу, связано с определением соответствия объема и качества медицинской помощи (услуги) принятым стандартам.

Объектами СМЭ по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг являются материалы дела, включая письменные (медицинская документация) и вещественные¹ доказательства и связанные с ними факты (почему-то часто объекты экспертизы смешиваются с ее предметом). СМЭ потерпевших проводится для определения характера и степени тяжести телесных повреждений, степени утраты трудоспособности, установления состояния здоровья. Этот вид экспертизы может включать не только изучение медицинских документов, но и осмотр свидетельствуемого. Иногда необходимы лабораторные исследования и консультации специалистов.

Различия между качеством и безопасностью немедицинских представлений в потребительских отношениях не имеют существенного значения: то, что представляет собой потребительскую ценность и поэтому оплачивается, характеризует качество, а то, что влечет вредные для жизни, здоровья и имущества последствия, характеризует безопасность².

¹ В криминалистической литературе (Вандер М.Б., Майорова Г.В., 1997 и др.) считается не совсем точным отнесение к объектам экспертизы вещественных доказательств. Действительно, зачастую предметы или вещества приобретают соответствующий процессуальный статус и приобщаются к делу в качестве вещественных доказательств только после проведения специальных исследований и получения заключения эксперта, то есть когда установлено их юридическое значение. На экспертизу же обычно направляют объекты, являющиеся потенциальными вещественными доказательствами, на которые распространяется статус приложений к протоколам следственных и судебных действий, в ходе которых они были изъяты (конкретные предметы, вещества, материалы и др.).

² Несмотря на отказ москвички О. Кузнецовой от исковых требований, в связи с чем Бутырский суд Москвы 1 ноября 2006 г. прекратил производство по длившемуся более 2,5 года делу, ожог чашкой кофе в ресторане «Макдоналдс» послужил тем основанием, в связи с которым истица требовала взыскать с ответчика в качестве компенсации морального вреда 900 тыс. рублей, а также возместить ей расходы на лечение в размере около 800 рублей. В договорных отношениях обслуживания ответчиком истица сочла посягательством то, что чашка кофе была настолько горячей, что обжигала руки, не позволяя ее удерживать, в связи с чем ее содержимое пролилось на тело, вызвав термический ожог как вред здоровью (www.interfax.ru, 01.11.2006). В отношениях с участием потребителей деликт происходит из недостатков безопасности процесса извлечения полезных свойств товарного предоставления и имеет специфические особенности. В целом особенности потребительского деликта состоят в том, что внедоговорные обязательства возникают при нахождении их сторон в договорных отношениях. Внедоговорные обязательства по поводу нематериальных благ порождаются в договорных отношениях с участием потребителей по поводу товарных предоставлений.