



**А.И. Искандаров
Б.Е. Ешмуратов**



**Д.Р. Кулдашев
С.В. Горюнова**

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



Ташкент 2008

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО
СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**А.И. Искандаров, Д.Р. Кулдашев,
Б.Е.Ешмуротов, С.В.Горюнова**

**ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ
ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

(учебное пособие для студентов медицинских вузов)

Ташкент – 2008

Учебное пособие «Правовые основы врачебной деятельности», составленное профессором А.И.Искандаровым, профессором Д.Р.Кулдошевым, доцентом Б.Е.Ешмуратовым и юристом С.В.Горюновой утверждено приказом № 177 Министерства высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан от 28 августа 2007 года и на него Кабинетом Министров Республики Узбекистан выдана лицензия № 1264 для открытой печати

Рецензенты:

Заведующая кафедрой судебной медицины и патологической анатомии Андижанского медицинского института, доктор медицинских наук, профессор **А.С. Чурикова**.

Заведующий кафедрой патологической физиологии и патологической анатомии с курсом секционной биопсии Ташкентского педиатрического медицинского института, доктор медицинских наук, профессор **Ё.У. Закиров**.

Профессор кафедры патологической физиологии и патологической анатомии с курсом секционной биопсии Ташкентского педиатрического медицинского института, доктор медицинских наук **В.А.Алимов**.

Знание и четкое соблюдение правовых норм являются весомым подспорьем как в повышении качества оказания медицинской помощи населению, так и в предупреждении профессиональных правонарушений медицинских работников. В связи с этим, овладение знаниями и навыками в области юридических основ медицинской деятельности является необходимым для врачей всех специальностей. Данное пособие предназначено для студентов медицинских вузов и молодых врачей, приступивших к лечебно-профилактической деятельности. Кроме того, оно будет полезно юристам, занимающимся профессиональными правонарушениями медицинских работников и широкому кругу читателей, являющихся потенциальными пациентами, которые, переступая пороги больницы, поликлиник, диспансеров и других медицинских учреждений, должны знать свои права.

АННОТАЦИЯ

Данное учебное пособие подробно раскрывает все темы и разделы, обязательные для изучения в медицинских вузах по предмету «Правовые основы врачебной деятельности». Правовые основы врачебной деятельности – это наука и правовая регламентация деятельности медицинских работников в Республике Узбекистан.

Знание и четкое соблюдение правовых норм являются весомым подспорьем как в повышении качества оказания медицинской помощи населению, так и в упреждении профессиональных правонарушений медицинских работников.

В связи с этим, овладение знаниями и навыками в области юридических основ медицинской деятельности является необходимым для врачей всех специальностей, особенно, для начинающих врачей.

Проблема правовой регламентации медицинской деятельности, защиты прав и интересов граждан в сфере охраны здоровья, приобретает практическое и социальное значение.

Неправильные действия врачей и другого медперсонала нередко могут быть основанием не только для нравственного осуждения, но и для привлечения врачей к различным видам юридической ответственности. Знание этих прав, обязанностей и ответственности является исходной предпосылкой любой медицинской деятельности.

Учебное пособие по предмету «Правовые основы врачебной деятельности» предназначено для студентов медицинских институтов и молодых врачей, приступивших к лечебно-профилактической деятельности. Оно будет полезно юристам, занимающимся профессиональными правонарушениями медицинских работников и широкому кругу читателей, являющихся потенциальными пациентами, которые, переступая пороги больниц, поликлиник, диспансеров и других медицинских учреждений, должны знать свои права.

АННОТАЦИЯ

Ушбу ўқув қўлланма тиббиёт олий ўқув юртларида ўрганилиши зарур бўлган “Шифокор фаолиятини ҳуқуқий асослари” фани бўйича барча мавзу ва бўлимларни атрофлича ёритиб беради. Шифокор фаолиятининг ҳуқуқий асослари – бу Ўзбекисто Республикасидаги тиббиёт ходимларининг фаолиятини фан ва ҳуқуқий жиҳатдан аниқ белгилаб беришдир.

Ҳуқуқий меъёрни билиш ва унга аниқ риоя этиш, бу аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини оширишни ҳамда тиббиёт ходимларини касбий ҳуқуқбузирликларини олдини олишга бўлган кўмаклашишнинг асосидир. Шу муносабат билан тиббий фаолиятда ҳуқуқий асослар соҳасидаги билим ва кўникмаларни эгаллаш, барча мутахассисликлардаги шифокорларга, айниқса, энди иш бошловчи шифокорлар учун жуда зарурдир.

Тиббий фаолиятдаги ҳуқуқий асосларни белгилаш муаммолари, соғлиқни сақлаш соҳасида фуқароларни ҳуқуқ ва манфаатларини ҳимоя қилиш, амалий ҳамда ижтимоий аҳамият касб этмоқда.

Шифокорлар ва бошқа тиббий ходимларнинг нотўғри ҳатти-ҳаракатлари кўпинча, нафақат ахлоқий жиҳатдан муҳокама қилишга, балки шифокорларни турли турдаги ҳуқуқий жавобгарликка тортиш учун ҳам асос бўлиши мумкин. Ушбу ҳуқуқ, мажбурият ва маъсулиятни билиш, ҳар қандай тиббий фаолиятда асос бўлиб хизмат қилиши мумкин.

“Шифокор фаолиятини ҳуқуқий асослари” фани бўйича ушбу ўқув қўлланма тиббиёт институтларининг талабалари ҳамда шифокор фаолиятини энди бошлаган ёш врачлар учун мўлжалланган. Бундан ташқари, у тиббиёт ходимларини касбий ҳуқуқбузарликлари билан шуғулланувчи ҳуқуқшунослар ҳамда касалхона, поликлиника, диспансер ва бошқа тиббий муассасаларни оstonасига қадам қўйганда, ўз ҳақ-ҳуқуқларини билишлари зарур бўлган мижозлар ҳисобланмиш кенг доирадаги китобхонлар оmmasига ҳам фойдали бўлиши мумкин.

ANNOTATION

Given textbook opens in details all subjects and themes, necessary for study in medical institutes in subject "Principles of laws for physicians activity". A principle of laws for physicians' activity is a science and legal regulation of medical workers activity in the Republic of Uzbekistan.

Knowledge and clear observation of legal norms are pondering able help as in rise of medical aid for population as in foundation of professional law breaking for medical workers.

In connection with it, obtaining of knowledge and skills in juridical bases of medical activity, are necessary for doctors of all specialties, especially for yond doctors.

The problem of law regulation in medical activity, defense of rights and interests for citizens in health sphere, acquire practical and social significance.

Wrong physicians' actions and other medical personnel can rare are foundation not only for moral condemnation but for attraction of doctors for different kinds of juridical responsibility. Knowledge of these rights, duties and responsibilities are the initial predisposition of any medical activity.

The given textbook "Principles of laws for physicians' activity" is destined for students of medical institutes and yond doctors who started medical prophylactic activity. Expert that it would be useful for lowers, being engaged with professional law breaking of medical workers and wide circle of readers, who are the potantional patients, stepping over the threshold of hospitals, polyclinics, dispensaries and other medical offices, must know their rights.

ВВЕДЕНИЕ

Демократизация общества, формирование правового государства в Узбекистане, развитие здравоохранения и, в частности, реформа системы здравоохранения страны требуют чёткой правовой регламентации деятельности медицинских работников. При этом проблема правовой регламентации медицинской деятельности, защиты прав и интересов граждан в сфере охраны здоровья, приобретает исключительное политическое и социальное значение. Неправильные действия врачей и другого медицинского персонала нередко могут быть основанием не только для морального осуждения и общественного порицания, но и для привлечения врачей или иного медицинского персонала к различным видам юридической ответственности. Знание своих прав, обязанностей и ответственности является исходной предпосылкой любой медицинской деятельности.

Данное пособие предназначено молодым врачам и студентам медицинских вузов и призвано показать им их правовое место в социальной структуре общества. Опытные эксперты и юристы, занимающиеся профессиональными правонарушениями медицинских работников, могут найти в нём ответы на вопросы, возникающие при проведении судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам. Кроме того, данное издание может быть полезным любой категории читателей для ознакомления с основными законами, регулирующими деятельность медицинских работников.

Авторы с признательностью примут все конструктивные критические замечания и предложения, направленные на улучшение содержания пособия.

КОНСТИТУЦИОННЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Одной из важнейших задач государства является охрана здоровья граждан. Недочеты в этой работе, неправильные действия медицинского персонала могут быть основанием не только для морального осуждения и общественного порицания, но и для привлечения врача или иного медицинского работника к дисциплинарной и уголовной ответственности.

В Конституции заложен ряд кардинальных положений, связанных с этим вопросом:

- о равенстве всех граждан перед законом и судом;
- о праве на жизнь;
- об охране достоинства личности государством;
- о праве на личную неприкосновенность, личную и семейную тайну, защиту чести и достоинства;
- о запрещении распространения информации о частной жизни человека;
- о праве на частную собственность;
- о защите государством материнства, детства и семьи;
- о гарантиях социального обеспечения по возрасту, болезни и инвалидности;
- о праве на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- о государственной защите прав и свобод человека, о гарантиях их служебной защиты и праве на возмещение причинённого вреда.

В ведении государства также находятся регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина, установление основ политики в области экологического и социального развития, охрана окружающей среды, обеспечение экологической безопасности, координация вопросов здравоохранения, защита семьи, материнства, отцовства и детства, осуществление мер по борьбе с эпидемиями.

Основы взаимоотношений между каждым человеком и государством в области здравоохранения определяет ст. 40. В ней говорится о том, что «каждый имеет право на квалифицированное медицинское обслуживание». Эта статья провозглашает обязанность лечебных учреждений оказывать медицинскую помощь гражданам и, в то же время, предусматривает ответственность должностных лиц за сокрытие фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью людей.

Иначе говоря, взаимоотношения между пациентом и врачом в нашей стране определяются, с одной стороны, конституционным правом каждого человека на получение квалифицированной медицинской помощи, а с другой – конституционной обязанностью лечебных учреждений, оказывать такую помощь.

Основные принципы деятельности медицинских учреждений и медицинских работников по практической реализации упомянутого конституционного права граждан изложены в «Основах законодательства Республики Узбекистан об охране здоровья граждан» (1996). Это один из важнейших законов нашего государства.

ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Базовым законом, определяющим взаимоотношения государства, его органов, учреждений и граждан в нашей стране являются «Основы законодательства Республики Узбекистан об охране здоровья граждан» (1996). Этот закон должен рассматриваться как важнейший документ каждым медицинским работником, независимо от имущественной принадлежности того учреждения или той структуры, в которых он работает.

В законе 12 разделов.

В разделе I излагаются общие положения данного закона. Отмечается, что охрана здоровья граждан – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья каждого человека. При этом гарантируется охрана здоровья каждого человека в соответствии с конституционными нормами.

Здесь же изложены основные принципы охраны здоровья:

- необходимость соблюдения прав человека и гражданина;
- приоритет профилактических мер в вопросах охраны здоровья граждан;
- доступность медико-социальной помощи;
- социальная защищённость граждан при утрате здоровья;
- ответственность за обеспечение прав граждан по охране их здоровья со стороны органов государственной власти и управления предприятиями, учреждениями и организациями, независимо от формы собственности, а также должностных лиц.

Общие положения определяют следующие задачи по охране здоровья граждан: установление ответственности и компетентности органов государственного и местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан; правовое регулирование в структурах государственной и частной систем здравоохранения; определение прав граждан по охране их здоровья; установление гарантии соблюдения этих прав; определение профессиональных прав, обязанностей, ответственности и социальной защиты медицинских и фармацевтических работников.

Раздел II касается разграничения компетенции государственной и частной систем органов здравоохранения по охране здоровья граждан.

Раздел III определяет основные положения организации охраны здоровья в государстве. Они касаются финансирования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, организации государственной и частной систем здравоохранения, порядка и условий лицензирования медицинской деятельности, вопросов медицинской этики. Государственная система здравоохранения имеет традиционный характер, а частная система не была предусмотрена прежним законодательством.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, фармацевтические, научно-исследовательские и образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

На деятельность учреждений частной системы здравоохранения распространяются все нормативные акты, действующие в нашем государстве.

Раздел IV посвящён правам граждан в области охраны здоровья. Поскольку эти права должны обеспечиваться деятельностью медицинских предприятий учреждений и организаций, а также частнопрактикующими медицинскими работниками, мы сочли необходимым привести более подробные сведения из этого раздела.

Кардинальным положением является неотъемлемое право граждан на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окру-

жающей природной среды, созданием благоприятных условий для труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, доступной медико-социальной помощью.

Конституция разъясняет значение мер по оказанию социальной помощи, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами.

Медико-социальная помощь оказывается в учреждениях государственной и частной систем здравоохранения, в учреждениях социальной защиты населения. При этом бесплатная медицинская помощь оказывается только государственными медицинскими учреждениями. Гарантированный объём такой помощи должен соответствовать программам обязательного медицинского страхования.

Граждане могут получить дополнительные медицинские услуги за счёт личных средств, программ добровольного медицинского страхования, за счёт средств предприятий, учреждений и организаций.

Предусматривается комплекс мер по охране здоровья граждан, занятых отдельными видами профессиональной деятельности, сопряжёнными с вредными и опасными для здоровья условиями труда.

Раздел V разъясняет права определённых групп населения: беременных женщин и матерей, несовершеннолетних, граждан пожилого возраста, инвалидов, военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на воинскую службу и поступающих на службу по контракту, задержанных и заключённых в области охраны здоровья и семьи.

Кроме того, законодательство устанавливает права граждан, оказавшихся в чрезвычайных ситуациях и в экономически неблагоприятных районах.

Раздел VI представляется нам одним из наиболее важных, поскольку относится к каждодневной медицинской практике. В этом разделе перечисляются следующие права граждан при оказании медико-социальной помощи:

- на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- на выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учётом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

- на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- на проведение по просьбе больного консилиума и получение им консультаций других специалистов;
- на облегчение боли, связанной с заболеванием и медицинским вмешательством, всеми доступными средствами и способами;
- на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях;
- на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- на отказ от медицинского вмешательства;
- на получение информации о своих правах и обязанностях, а также о состоянии своего здоровья;
- на получение медицинских и других услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- на возмещение ущерба в случае причинении вреда здоровью при оказании медицинской помощи;
- на допуск к пациенту адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- на допуск к пациенту священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

– Несмотря на то, что перечень прав пациента достаточно велик, среди них нет значимых в большей или меньшей степени. Каждое из них является неотъемлемым правом пациента, гарантированным законом и подлежит обеспечению и государственной и частной системами здравоохранения. Невыполнение или ненадлежащее выполнение перечисленных прав влечёт за собой ответственность, предусмотренную законодательством, причём форма и мера ответственности могут быть разными, в зависимости от объёма и характера причинённого пациенту ущерба. В связи с этим, виновные лица могут привлекаться к уголовной, административной, дисциплинарной, материальной и моральной ответственности. При этом, в качестве наказания, как отдельные лица, так и учреждения в целом могут лишаться права заниматься медицинской деятельностью.

Перечисленные права необходимо рассматривать во взаимосвязи с моральными нравственно-этическими нормами, регулирующими деятельность медицинских работников. Было бы неправильно говорить о приоритете юридических или нравственных норм. Они должны находиться в гармоничном соотношении, не столько дополняя, сколько проникая друг в друга.

Есть все основания особо подчеркнуть, что врач, сделавший своим личным законом клятву Гиппократова, никогда не нарушит ни одно положение закона, касающееся соблюдения и обеспечения прав пациента.

К сожалению, не все медики достаточно глубоко осознают необходимость строгой юридической регламентации деятельности врача. Так, известный хирург, академик Н.М. Амосов пишет: «Нужно доверять совести врача, так как никакие юридические законы не могут её заменить».

В этом же VI разделе отдельно рассматриваются права граждан на информацию о состоянии здоровья. Эта информация касается сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе, прогнозе, методах лечения, о связанном с ними риске, о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. В законе особо подчеркивается, что информация должна быть доведена до пациента в доступной форме, лишённой сугубо специальных медицинских терминов и выражений. Предоставление информации является обязанностью лечащего врача, заведующего отделением лечебно-профилактического учреждения или другого специалиста, принимавшего или принимающего участие в обследовании и лечении.

Интересным представляется положение закона о том, что информация о состоянии здоровья не может быть представлена гражданину против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания, информация должна сообщаться в деликатной форме пациенту или членам его семьи, если он не запретил сообщать им об этом и не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданину предоставлено право ознакомления с медицинскими документами (историей болезни, амбулаторной картой, результатами амбулаторных и инструментальных исследований и др.). Исключение составляют медицинские документы, содержащие врачебную тайну.

По-новому в законе говорится о согласии пациента на медицинское вмешательство.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие гражданина, при условии его достаточной информированности о состоянии своего здоровья. Согласие на медицинское вмешательство в отношении детей и подростков до 15 лет, а также признанных по закону душевнобольными дают их законные представители – родители, опекуны, попечители. При их отсутствии решение о медицинском вмешательстве может принимать консилиум, а при невозможности созвать консилиум – лечащий (дежурный) врач. Если состояние гражданина не позволяет ему осознанно выразить свою волю, а медицинское вмешательство, по состоянию здоровья пациента, не терпит отлагательства, вопрос о проведении вмешательства решает консилиум, а при невозможности его созыва – лечащий (дежурный) врач.

Следует подчеркнуть, что согласие пациента на медицинское вмешательство не должно носить формального характера. Оно должно вытекать из его достаточной информированности и о состоянии своего здоровья, и о возможных негативных последствиях предлагаемого способа диагностики и лечения, и о характере и степени тяжести этих последствий, и о возможном риске этого вмешательства, и о существовании иных, менее рискованных методов оказания медицинской помощи, а также об их эффективности и о последствиях отказа от предлагаемого медицинского вмешательства. Всё это, в своей совокупности, и составляет понятие «достаточной информированности».

Во всех случаях, когда единоличное решение принимает лечащий (дежурный) врач, он должен поставить в известность должностных лиц медицинского учреждения и законных представителей пациента.

Пациент и его представители имеют право отказаться от медицинского вмешательства. При этом им, в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

Отказ оформляется записью в медицинском документе (истории болезни, медицинской карте и т.п.) и подписывается либо пациентом, либо его законным представителем и медицинским работником.

При отказе родителей или законных представителей детей до 15 лет или душевнобольных, в случаях, когда медицинская помощь направлена на спасение жизни, медицинское учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов пациентов.

Отдельно предусматривается оказание медицинской помощи определённой категории граждан без их согласия: лицам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лицам, страдающим тяжёлыми психическими заболеваниями и тем, кто совершил общественно опасные деяния. В таких случаях предусматриваются следующие виды медицинской помощи:

- медицинское освидетельствование;
- госпитализация;
- наблюдение;
- изоляция.

В разделе VII впервые регулируется законом медицинская деятельность по планированию семьи и в отношении репродуктивной функции человека. Допускается искусственное оплодотворение и имплантация эмбрионов – это является правом женщины детородного возраста. Такие вмешательства разрешаются только в медицинских учреждениях, получивших лицензию на данный вид деятельности, при наличии письменного согласия одинокой женщины или обоих супругов. При проведении искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, женщина имеет право на получение информации о самой процедуре, о медико-правовых аспектах её последствий, о результатах медико-генетического обследования, о внешних данных и национальности донора.

Эти данные предоставляются ей врачом, осуществляющим медицинское вмешательство. Сведения о данном медицинском вмешательстве составляют врачебную тайну, а незаконное его проведение влечёт за собой уголовную ответственность.

В разделе VIII излагаются гарантии осуществления медико-социальной помощи.

Закон предусматривает оказание первичной медико-санитарной, скорой и специализированной медицинской помощи, а также медико-социальной помощи некоторым категориям граждан.

Понятие «первичной медико-санитарной помощи» предусматривает: во-первых, лечение наиболее распространённых болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний; во-вторых, проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, профилактику важнейших заболеваний, включая санитарно-гигиеническое образование населения; в третьих, проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства. В законе говорится и о «других мероприятиях» по оказанию медико-санитарной помощи

«по месту жительства»), хотя содержание этих мероприятий не раскрывается.

Закон возлагает оказание первичной медико-санитарной помощи на учреждения системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы, допуская участие в этой работе государственных и местных учреждений на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

Скорая медицинская помощь оказывается в тех случаях, когда требуется неотлагательное медицинское вмешательство, без проведения которого создаётся реальная опасность для жизни больного или пострадавшего человека. Эту помощь оказывает специальная государственная служба скорой помощи. Кроме того, эту помощь обязаны осуществлять все медико-профилактические учреждения (независимо от ведомственной и территориальной подчинённости), медицинские работники, а также другие лица, обязанные её оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается бесплатно всем лицам, находящимся на территории Республики Узбекистан. При угрозе жизни человека медицинские работники имеют право использовать любой имеющийся вид транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение. За отказ от предоставления транспорта в подобной ситуации, должностные лица или владельцы транспортного средства несут ответственность по закону.

Специализированная медицинская помощь оказывается в тех случаях, когда требуются специальные методы диагностики и лечения или необходимо использование сложных медицинских технологий. Такая помощь осуществляется врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, имеющих лицензию на данный вид деятельности. Финансирование специализированной помощи производится из разных источников: от средств государственной системы здравоохранения до личных средств граждан. Гражданам, страдающим социально значимыми или опасными для окружающих заболеваниями, в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях оказывается медико-социальная помощь. Причём в первом случае помощь предоставляется бесплатно или на льготных условиях, а во втором – только бесплатно.

Биомедицинские исследования с привлечением человека допускаются исключительно в учреждениях государственной системы здравоохранения. При этом должны соблюдаться следующие усло-

вия: 1) проведение предварительных лабораторных экспериментов с положительным эффектом (в том числе и на животных); 2) предоставление гражданину информации о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования; 3) письменное согласие гражданина, который может отказаться от исследования на любом этапе его проведения. Нарушение хотя бы одного из этих условий преследуется по закону.

В ряде случаев тяжело страдающие неизлечимые больные обращаются к врачам с просьбой ускорить наступление смерти (эвтаназия). Закон запрещает медицинскому персоналу осуществление этой просьбы как какими-либо действиями или средствами, так и прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Нарушение этого положения влечёт за собой уголовную ответственность. Права человека на эвтаназию постоянно обсуждаются широкой общественностью: медицинскими работниками, психологами, богословами и др. При этом высказываются явно противоположные точки зрения: от категорического запрета до возможности осуществления эвтаназии по настоянию обречённого пациента, страдающего от неизлечимого заболевания. Однако, не следует путать дискуссии с необходимостью выполнения действующего закона.

Законодательство допускает изъятие у человека органов и тканей для трансплантации, при наличии прижизненного согласия на это умершего или согласования с его близкими родственниками. По этому поводу принят специальный закон. Отметим только, что в законодательстве однозначно указывается, что органы и ткани человека не могут быть предметом продажи и коммерческих сделок.

Нередко, в связи с предстоящим изъятием органов и тканей, требуется констатировать смерть человека. Это разрешается делать только врачу или фельдшеру в соответствии со специальным положением.

Для получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания может проводиться патологоанатомическое вскрытие трупа. При наличии письменного заявления родственников умершего и при отсутствии признаков насильственной смерти, вскрытие не производится. По требованию родственников, для участия во вскрытии может быть приглашён специалист (с его согласия), либо может быть назначена и проведена независимая экспертиза.

Раздел IX предусматривает несколько видов экспертиз: временной нетрудоспособности, медико-социальную, военно-врачебную,

судебно-медицинскую, судебно-психиатрическую и независимую медицинскую. Среди них именно судебно-медицинская экспертиза является составным элементом системы здравоохранения.

Раздел X рассматривает права медицинских и фармацевтических работников.

Право заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью имеют лица с высшим или средним медицинским или фармацевтическим образованием. Для занятия определёнными видами данной деятельности требуются сертификат специалиста и лицензия. Сертификат выдается либо после окончания магистратуры или ординатуры, либо после специализации или повышения квалификации, либо после проверочного испытания комиссиями профессиональных ассоциаций по теории и практике избранной специальности, а также законодательства в области охраны здоровья граждан.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность.

Установлен отдельный порядок получения права на занятие народной медициной.

В законе раскрываются понятия лечащего и семейного врача. Первым является врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении, второй – это врач, имеющий многопрофильную специальную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи.

Закон определяет статус лечащего врача:

- он назначается по выбору пациента или руководителя учреждения;
- при требовании пациентом замены лечащего врача, руководство учреждения содействует выбору другого врача;
- он организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента;
- он предоставляет информацию о состоянии здоровья пациента;
- по требованию пациента или его законного представителя, он приглашает консультантов или организует консилиум (реализация рекомендаций консультантов возможна только по согласованию с лечащим врачом, исключая экстренные случаи, угрожающие жизни больного);
- он единолично выдаёт листок нетрудоспособности сроком до 30 дней;

– при нарушении пациентом порядка, установленного в лечебно-профилактическом учреждении, лечащий врач может отказаться от наблюдения и лечения пациента (по согласованию с соответствующим должностным лицом), если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих.

– Лечащий врач несёт ответственность за невыполнение или недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с действующим законодательством.

– При получении диплома врачи дают клятву. Текст клятвы утверждается законодательными органами. Основные положения клятвы врача отражены в законе по охране здоровья граждан, поэтому за нарушение этой клятвы несут ответственность, предусмотренную законодательством Республики Узбекистан.

Закон предусматривает возможность создания профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций для защиты прав и совершенствования научно-практической деятельности входящих в них медицинских и фармацевтических работников.

Законодательством предусматривается социальная и правовая защита медицинских работников, а также условия оплаты труда и выплаты различных компенсаций.

В этом разделе достаточно подробно излагаются вопросы, связанные с врачебной тайной. Говорится о том, что врачебную тайну составляют сведения о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, о диагнозе, об обследовании и лечении гражданина. При этом ему должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности указанных сведений.

Сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть предоставлены без согласия гражданина или его законного представителя в следующих случаях:

- для определения порядка обследования и лечения гражданина, не способного выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу правоохранительных органов в связи с расследованием или судебным разбирательством;
- если вред здоровью гражданина мог быть причинён в результате противоправных действий;
- в случаях оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками, с учётом причинённого гражданину ущерба, несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с действующим законодательством.

Раздел XI посвящён международному сотрудничеству в области охраны здоровья граждан.

Раздел XII касается ответственности за причинение вреда здоровью граждан.

В нём рассматриваются основания возмещению вреда (в том числе морального), порядок возмещения затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья, а также право граждан на обжалование действий, ущемляющих их права в области охраны здоровья.

Сохранение здоровья граждан является приоритетным направлением политики нашего Государства, и оно гарантировано соответствующими законами и нормативными актами. Нарушение данных прав граждан приводит к правовой ответственности.

Развитие демократического государства, реформирование сферы здравоохранения, развитие правового государства, ставит перед медицинскими работниками определённые требования. В частности, важное социальное и политическое значение имеют правовые нормы врачебной деятельности, проблемы здравоохранения.

Неправильные действия врачей и других медицинских работников являются основанием не только для административных взысканий, но и для привлечения их к правовой ответственности. Отсутствие у врачей правовой подготовки или должного профессионального уровня приводит к нанесению вреда здоровью граждан и оказывает отрицательное действие на развитие и обеспечение законодательных норм. А это, в свою очередь, приводит к выражению недовольства деятельностью врачей со стороны граждан, а в некоторых случаях и к привлечению врачей к уголовной ответственности. Незнание врачами правовых основ их профессиональной деятельности не освобождает их от уголовной ответственности.

Правовая медицина – это совокупность нормативных материалов, которая включает в себя правовые нормы лечения, диагностики, проведения профилактических мероприятий, отношений между больным и медработником, а также совокупность законодательных актов, определяющих права, ответственность и обязанности медицинских работников. Основной целью обучения этому предмету является передача будущим врачам теоретических знаний и практических навыков по нормативно-правовой стороне медицинской деятельности.

Одной из основных задач здравоохранения нашей Республики является изучение основ медицинского законодательства. Основопологающим в этом законодательстве является Конституция Республики Узбекистан и «Закон Республики Узбекистан об охране здоровья граждан». В частности, в Конституции – основном законе Республики Узбекистан – в статье 18 указано, что, независимо от пола, национальности, языка, религии, расы и социального происхождения, все граждане имеют одинаковые права, свободы и все они равны перед законом. Граждане также имеют право на получение квалифицированной медицинской помощи (ст. 40).

Необходимо также отметить, что государством обеспечивается охрана прав и свобод граждан (ст. 43), защита прав и свобод граждан осуществляется судами (ст. 44).

Ранее уже отмечалось, что основой медицинского законодательства является «Закон Республики Узбекистан об охране здоровья граждан». Этот закон принят парламентом Республики Узбекистан 29 августа 1996 года, а в действие вступил 14 сентября 1996 года. Закон состоит из 6 разделов и 47 статей.

Этот закон, несомненно, намного лучше его предыдущих аналогов, так как в нём учтена мировая практика законодательства и отражены демократические принципы и международные нормы, касающиеся прав человека.

Те социальные, политические и экономические изменения, которые наблюдаются в последнее время в нашем Государстве, также должны быть отражены и в законодательстве.

В первом разделе закона («Общие правила») приведены 3 основные задачи законодательства по охране здоровья граждан:

- обеспечение гарантированных государством прав, касающихся здоровья граждан;
- формирование здорового образа жизни граждан;

– юридическое упорядочивание сферы охраны здоровья граждан в организациях, в государственных органах, на предприятиях.

Таким образом, охрана физического и психического здоровья граждан, а также обеспечение их активной долголетней деятельности и оказание квалифицированной медицинской помощи в случае потери здоровья являются совокупностью медицинских, культурных, правовых, социальных, экономических и политических мероприятий.

Считать, что охрана здоровья граждан является задачей только медицинских работников, было бы неправильно и необоснованно. К сожалению, до настоящего времени наиболее распространённой является именно такая точка зрения.

К числу определяющих здоровье факторов относятся: генетические особенности – 18-20%; экологические факторы – 18-20%; условия быта – 48-52 и, наконец, объём и качество медицинской помощи, которая может быть оказана – 8-10%.

Исходя из этого медицинские работники, и, в первую очередь, будущие врачи общей практики, должны повышать медицинскую культуру и медицинскую грамотность граждан до необходимого уровня путём основательного объяснения сути данной проблемы.

В законе приведены основные принципы охраны здоровья граждан:

- Полное соблюдение прав граждан.
- Доступность медицинской помощи для всех социальных слоёв населения.
- Приоритет профилактических мероприятий.
- Социальная помощь при потере здоровья.
- Единство практики с медицинской наукой.

В законодательстве отмечено, что те лечебно-профилактические учреждения, которые обеспечиваются государством, должны оказывать медицинскую помощь бесплатно. Объём и порядок оказания медицинской помощи должен определяться законодательством (ст. 8).

Во втором разделе закона освещены задачи правовой защиты здоровья граждан. В частности, в законе отмечено, что, независимо от вида или формы заболевания граждан, никто не имеет права подвергать их унижению, все граждане имеют одинаковые и равноценные права (ст. 13).

Особое место в законе отведено сохранению здоровья семьи. Каждая семья имеет право выбора семейного врача (ст. 18). Выполнение данных нормативов должно осуществляться поликлиниками и

сельскими медицинскими пунктами.

В законе также отмечено, что граждане имеют право на получение бесплатных консультаций по всем вопросам, касающимся семьи.

Отдельно освещены в законе привилегии, которыми обладают инвалиды, пенсионеры, призывники, служащие и несовершеннолетние (ст. 19-22).

Как и во всех развитых странах мира, права больных освещены в полном объеме и отвечают всем критериям международных требований (ст. 24):

- Право выбора врача и лечебно-профилактического учреждения.
- Право на добросовестное, уважительное отношение медработников и медперсонала.
- Право на получение медицинской помощи в лечебных учреждениях, отвечающих требованиям санитарно-гигиенических норм.
- Право на получение по собственной просьбе консультаций других специалистов в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.
- Право на сохранение врачебной тайны об обращении за медицинской помощью, о состоянии здоровья, о выставленном диагнозе и других данных, выявленных в ходе диагностики и лечения.
- Право на отказ от медицинского вмешательства или на согласие, на него, по собственному желанию.
- Право знать о своих правах и обязанностях, а также знать о состоянии своего здоровья.
- Право пользоваться медицинским и другими видами страхования.
- Право на получение в установленном законом порядке компенсации за вред, причиненный здоровью во время оказания медицинской помощи.
- Право нанимать адвоката или другого законного представителя для защиты своих прав.

В случае нарушения его прав больной или его законный представитель могут обратиться с жалобой к руководителю лечебно-профилактического учреждения или другому должностному лицу, в вышестоящий орган, в суд.

Однако приходится признать, что в настоящее время обеспечение всех вышеуказанных прав граждан во всех лечебно-

профилактических учреждениях является несколько проблематичным. В первую очередь необходимо, чтобы сам врач осуществлял или старался обеспечить данные права. Было бы полезно проводить среди врачей разъяснительную работу по этому вопросу.

В соответствии с законом, все медицинские манипуляции должны проводиться только с согласия больного. За лица, не достигшие 14 лет, и лица, не способные к самостоятельному общению, разрешение на оказание медицинских манипуляций выдаётся их законными представителями (родителями или опекуном).

В законе не указано, в какой форме (устно или письменно) должно даваться разрешение. Поэтому, по нашему мнению, указание в утверждённых медицинских документах (историях болезни, амбулаторных картах и др.) сведений о правах больных, для ознакомления последних с этими правами, намного облегчило бы работу врача.

По поводу отказа больного от получения медицинских манипуляций в законе указано, что он должен браться в письменной форме.

Наряду с этим, если у больного имеется какое-то заболевание, представляющее опасность для окружающих, медицинская помощь должна быть оказана и без его согласия.

Медицинская помощь подразделяется в законе на первичную медико-санитарную, экстренную, скорую и специализированную медицинскую помощь.

Первичная медико-санитарная помощь, являясь самым главным, удобным и бесплатным видом медицинской помощи, включает в себя следующее:

- лечение самых распространённых заболеваний, повреждений, отравлений и других состояний, требующих экстренной помощи;
- проведение профилактических мер для предупреждения самых опасных заболеваний, проведение противоэпидемических мер и мер по предупреждению нарушений санитарно-гигиенических норм;
- проведение мероприятий, направленных на защиту семьи, материнства и детства, оказание медико-санитарной помощи населению по месту проживания.

Первичная медико-санитарная помощь в частных и других сферах здравоохранения производится на основании договора.

Объём и порядок оказания медико-санитарной помощи устанавливает Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Граждане имеют право получать экстренную медицинскую помощь во всех лечебно-профилактических учреждениях.

Работники медицинской и фармацевтической служб обязаны оказывать экстренную медицинскую помощь гражданам.

При отказе от оказания экстренной медицинской помощи, а также при нанесении вреда здоровью они несут ответственность перед законом.

При опасном для жизни состоянии граждан медицинские работники имеют право отвезти их в лечебно-профилактические учреждения, пользуясь любыми транспортными средствами.

В четвертом разделе закона освещены задачи различных видов медицинской экспертизы: экспертизы на временную нетрудоспособность, медико-правовой, военно-медицинской, судебно-медицинской и судебно-психиатрической.

Впервые в законодательстве здравоохранения отражены задачи патологоанатомических исследований. Патологоанатомические исследования проводятся в учреждениях здравоохранения с целью установления причин смерти, с целью установления правильности проведенного в стационаре лечения, установления клинического диагноза, установления диагноза при жизни человека и после его смерти (биопсия и аутопсия).

Здесь необходимо подробнее осветить одну проблему. Во второй части 40-й статьи указано, что порядок «определения наступления смерти человека устанавливается Министерством здравоохранения Республики Узбекистан». К сожалению нельзя дать точную и правильную оценку правильности прекращения реанимационных мероприятий в связи с наступлением смерти. Это, в свою очередь, вызывает среди врачей, и особенно реаниматологов, различные дискуссии.

В тех случаях, когда врач, не имея на то серьезных оснований, не выполняет свои обязанности, или не полностью их выполняет, или оставляет больного в опасности – это является основанием для уголовной ответственности медицинских работников (УК Республики Узбекистан, ст. 116, 117).

Отдельный раздел закона посвящен правам и обязанностям медицинских работников. В этом разделе указывается, что медицинской и фармацевтической деятельностью имеют право заниматься лица, получившие диплом в высших или средних медицинских учебных заведениях. Для некоторых видов фармацевтической и медицинской деятельности необходимы лицензии.

Здесь надо остановиться на 3 задачах:

Лица, незаконно занимающиеся данными видами деятельности, должны нести уголовную ответственность в соответствии с законом. Однако, в Уголовном Кодексе Республики Узбекистан данный вид ответственности не предусмотрен.

Приведённые в главе 13 Уголовного Кодекса РУз «Преступления в сфере хозяйственной деятельности» (ст. 190 – «Занятие деятельностью без лицензии») не полностью отражают суть данного вопроса, в законе недостаточно освещены вопросы нетрадиционной и народной медицины и не отражены социальная и правовая защиты медицинских и фармацевтических работников.

Обеспечение и определение прав и обязанностей медицинских работников, обеспечение прав больных являются важными факторами в предотвращении должностных правонарушений.

Согласно 42 статье Закона, для того, чтобы заниматься частной медицинской деятельностью, необходимо иметь диплом и лицензию по виду выбранной деятельности. В данной статье четко и полностью отображены вопросы контроля качества оказанной медицинской помощи (орган, выдавший лицензию, профессиональные медицинские учреждения), приостановления разрешения (орган, выдавший лицензию, постановление суда).

Это, в свою очередь делает бесосновательными утверждения о том, что нельзя контролировать тех врачей, которые занимаются частным врачеванием.

В заключительной части Закона «Заключительные правила» приведены понятия о клятве врачей и врачебной тайне. Почему-то в тексте клятвы на русском языке принят во внимание только врач, а другие медицинские работники остались в стороне. Логичнее было бы считать, что такие понятия как клятва врача, врачебная тайна – относятся ко всем медицинским работникам.

Разглашать врачебную тайну без разрешения граждан или их законных представителей можно в следующих ситуациях:

- С целью обследования и лечения граждан, которые находятся в тяжёлом состоянии и не могут выразить свою волю.
- При опасности распространения инфекционных заболеваний, отравлений.
- На основании запроса прокуратуры, суда, следственных органов, органов дознания в связи с проведением судебно-следственных мероприятий.

– Для извещения родителей или законных представителей при оказании помощи лицам, не достигшим 14-ти летнего возраста.

– При наличии обоснованных подозрений на вред здоровью, при несчастных случаях или противозаконных действиях.

Закон предусматривает компенсацию вреда, нанесённого здоровью, в установленном порядке.

Компенсация вреда здоровью, нанесённого фармацевтическими и медицинскими работниками, не освобождает данных работников от административной, дисциплинарной и уголовной ответственности (ст. 46).

Необходимо отметить, что вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи, пересмотром материального вреда, предусмотрены не только в гражданском кодексе республики Узбекистан, но и в законе республики Узбекистан (от 26 апреля 1996 года), «О защите прав потребителей». В последнем случае, принято, что больной – потребитель, а медицинский работник создатель потребительской службы.

Таким образом, пересмотренные данные о правовых основах охраны здоровья в нашем государстве полностью отвечают нормам демократического государства, правового общества, открытого общества, которые направлены на защиту прав и интересов граждан.

По нашему мнению, предотвращение некоторых проблематичных ситуаций послужит дальнейшему совершенствованию и развитию законодательства в этой области.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

В практической деятельности врача встречаются различные ошибки и упущения, чаще всего связанные с несовершенством медицинских знаний, методов диагностики и лечения. Иногда такие допущения возникают при несоблюдении врачом необходимой в процессе работы осторожности или при халатном отношении к своим обязанностям.

Врачебные ошибки нередко приводят к жалобам больных или их родственников. Конкретные поводы и причины жалоб весьма разнообразны: неблагоприятный исход лечения или операции, ошибочный или несвоевременно поставленный диагноз, грубость и невнима-

тельность медработников и др. В большинстве случаев к жалобам приводит деятельность активно вмешивающихся в болезненный процесс врачей – хирургов и акушеров-гинекологов.

Большинство дел, возбуждённых по жалобам больных и их родственников, после предварительного расследования прекращается. Но если в процессе расследования будут выявлены недочёты и упущения в деятельности медработников, то они могут быть привлечены к уголовной ответственности.

Всё многообразие нарушений и дефектов в профессиональной деятельности медработников можно разделить на следующие группы (по И.Ф. Огаркову, 1966):

- Умышленные преступления.
- Преступления по неосторожности.
- Врачебные ошибки.
- Несчастные случаи в медицинской практике.

К уголовной ответственности медицинские работники привлекаются при совершении умышленных преступлений, а также при неосторожных действиях, если эти действия повлекли за собой существенный вред государственному и общественным интересам.

В других случаях врачи могут привлекаться к административной или дисциплинарной ответственности.

Умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью

Преступление признаётся совершённым умышленно, если лицо, его совершившее, сознавало общественно-опасный характер деяния и желало или сознательно допускало его совершение.

К умышленным преступлениям, связанным с медицинской деятельностью, относятся:

- неоказание помощи больному (ст. 116 УК РУз);
- преступный аборт (ст. 114 УК РУз);
- оставление больного в опасности (ст. 117 УК РУз);
- нарушение санитарного законодательства или правил борьбы с эпидемиями (ст. 257 УК РУз);
- незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка или сбыт наркотических и сильнодействующих ядовитых веществ (ст. 273 УК РУз);

- стерилизация женщин или мужчин без медицинских показаний (это ТПП - ст. 104 УК РУз);
- злоупотребление властью или служебным положением (ст. 205 УК РУз);
- халатность (ст. 207 УК РУз);
- должностной подлог (ст. 209 УК РУз);
- разглашение тайны усыновления (ст. 125 УК РУз).

1. Неоказание помощи больному (ст. 116 УК РУз) без уважительных причин лицом, обязанным её оказывать по закону или по специальному правилу. Таким лицом может быть не только врач, но и другие медработники: фельдшер, акушерка и медсестра.

В соответствии с «Основами законодательства о здравоохранении», медработники обязаны оказывать первую неотложную медицинскую помощь гражданам на дорогах, на улице, дома и т.п.

2. Незаконное производство аборта (преступный аборт - ст. 114 УК РУз).

Аборт, произведённый акушером или гинекологом вне лечебного учреждения или при наличии медицинских противопоказаний считается незаконным. Отягчают вину смерть потерпевшей или иные тяжкие последствия.

3. Оставление в опасности (ст. 117 УК РУз).

Оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению, если виновный был обязан и имел возможность оказать ему помощь.

4. Нарушение санитарного законодательства или правил борьбы с эпидемиями (ст. 257 УК РУз).

Уголовная ответственность наступает в том случае, если нарушение правил повлекло за собой распространение эпидемических заболеваний или возникла реальная угроза их распространения (в сокрытии острозаразных заболеваний, уклонении от профессиональных прививок, нарушении карантинного режима и т.д.).

5. Изготовление или сбыт наркотических и других сильнодействующих и ядовитых веществ (ст. 273 УК РУз).

Эта статья не имеет прямого отношения к медработникам. Это, в первую очередь, относится к фармацевтам, работникам медскладов и баз.

6. Стерилизация женщин и мужчин без медицинских показаний может рассматриваться как причинение умышленного тяжкого телесного повреждения (ст. 104 УК РУз).

7. Злоупотребление властью или должностными полномочиями, превышение власти (ст. 205 УК РУз), причинившее крупный ущерб либо существенный вред правам и интересам граждан.

8. Халатность медицинских работников выделяется в самостоятельную группу преступлений, связанных с небрежным или недобросовестным выполнением ими своих обязанностей (ст. 207 УК РУз).

9. Должностной подлог (ст. 209 УК РУз). Внесение должностными лицами в корыстных целях (например, с целью получения взятки) заведомо ложных сведений в официальные документы, подделка, подчистка или пометка другим числом.

По отношению к врачам речь может идти о таких медицинских документах как книга учёта амбулаторных больных, карточка травматического больного, листок временной нетрудоспособности, история болезни, операционный журнал, документы об инвалидности, свидетельства о болезни и др.

10. Разглашение тайны усыновления (ст. 125 УК РУз). Речь идёт о разглашении врачами или иными медицинскими работниками охраняемой законом тайны усыновления или удочерения детей-сирот либо детей, лишённых родительской опеки, совершённом вопреки воле усыновителей, или удочерителей, или органа опеки и попечительства.

11. Неосторожные действия медицинских работников

Под преступлением, совершённым по неосторожности, понимается действие или бездействие человека, который в конкретной ситуации предвидел возможность наступления общественно опасных последствий своего поведения, но легкомысленно рассчитывал на их предотвращение либо вообще их не предвидел, хотя мог и должен был их предвидеть.

Преступление по неосторожности может быть совершено или из-за самонадеянности, когда виновный предвидел возможность наступления общественно опасных последствий своего действия или бездействия, но легкомысленно рассчитывал на их предотвращение, или из-за небрежности, когда он не предвидел таких последствий, хотя должен был их предвидеть.

Неосторожные или небрежные действия врачей чаще всего рассматриваются как должностное преступление – халатность – предусмотренное статьёй 207 УК РУз.

Согласно этой статье халатностью называется «невыполнение или ненадлежащее выполнение должностным лицом своих обязанно-

стей, вследствие небрежного или недобросовестного к ним отношения, причинившее существенный вред государственным или общественным интересам.

К неосторожным действиям врачей, которые могут явиться причиной для привлечения их к ответственности по статье 207 УК РУз, за халатность, относятся:

1. Недостаточное обследование больного. Оно может выразиться в плохо собранном анамнезе жизни и болезни, в невыполнении элементарных диагностических действий (исследование пульса, измерение АД, анализ крови и мочи и др.). Эти первоначальные упущения могут привести к тому, что диагноз основного заболевания, осложнений и серьезного сопутствующего заболевания не будет установлен, или будет поставлен неверный диагноз, который может явиться причиной отказа от стационарного лечения, поздней госпитализации, запоздалого или неправильного лечения.

2. Дефекты лечения. Сюда нужно отнести неправильное, несвоевременное (раннее или позднее) назначение тех или иных вмешательств – чаще всего операций или медикаментов, завышение лечебных доз, назначение несовместимых лекарств, переливание иногруппной или непригодной для этого крови и др. К дефектам лечения относят и отсутствие систематического контроля состояния тяжело больных.

3. Типичными самонадеянными действиями хирурга могут быть: небрежная подготовка к операции, технически неправильное её проведение. Например, из-за невнимательности и небрежности во время операции по поводу фимоза, вместе с крайней плотью была отсечена часть головки полового члена.

Как самонадеянность обычно оценивают случаи самостоятельного производства операции, техническими приёмами которой хирург ещё не овладел. Так же, в большинстве случаев, расценивается оставление инородных тел в полостях и в операционных ранах.

4. Халатность может проявиться в небрежном ведении медицинской документации (истории болезни заполняются небрежно: далеко не все повреждения, имеющиеся у пострадавшего, описываются или хотя бы упоминаются). Описания повреждений нередко очень краткие и неполные.

Проявлением небрежности могут явиться: сокращённая запись диагноза, неправильное указание стороны тела (левая вместо правой и наоборот), краткий эпикриз на больных, переводящихся в другое лечебное учреждение или умерших и т.д.

Для признания медработника виновным в преступной неосторожности или халатности должна быть доказана причинная связь между его действиями (бездействием) и неблагоприятным исходом лечения. Плохой исход лечения может быть обусловлен: поздним обращением за медицинской помощью, тяжестью, опасностью и скоротечностью заболевания и др. Именно поэтому большинство врачебных дел, касающихся неосторожных действий врача, прекращается на стадии предварительного расследования, т.к. следствие не устанавливает прямой причинной связи между действиями врача и плохим результатом лечения.

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СЛУЧАЯХ ПРИВЛЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

При расследовании жалоб на медработников, в связи с их профессиональной деятельностью, у органов следствия и суда возникает ряд специальных вопросов, решить которые может только квалифицированная судебно-медицинская экспертная комиссия.

На разрешение комиссии обычно ставится большое количество вопросов, которые могут быть разделены на следующие группы:

- Вопросы о своевременности и правильности диагностики имевшихся у больного повреждений и заболеваний.
- Вопросы о своевременности полноте, правильности и эффективности применявшихся лечебных мероприятий.
- Вопросы в связи с произведённой больному операцией (показана ли она была, своевременно ли и технически правильно ли выполнена и т.п.).
- Вопросы о конкретном характере недостатков в обследовании, диагностике и лечении, допущенных всеми врачами, имевшими отношение к данному больному.
- Вопросы о правильности ведения медицинской документации
- Вопросы о возможных нарушениях в организации лечебного процесса в данном лечебном учреждении и т.д.

При профессиональных правонарушениях следствие по уголовным делам медработников ведётся только следователем прокуратуры.

Постановление о возбуждении уголовного дела выносится с

разрешения прокурора области, республики, а в больших городах (Ташкент) – прокурора города.

СМЭ по делам привлечения медработников к уголовной ответственности за профессиональные преступления является одной из самых трудных и сложных, поэтому она должна производиться комиссионно, с участием в качестве председателя республиканского, областного, краевого или главного городского судмедэксперта.

Членами комиссии бывают один или два судмедэксперта и обязательно специалисты – клиницисты необходимого профиля, имеющие большой стаж научно-практической работы.

СМЭ назначается постановлением следователя, в котором должны быть изложены обстоятельства дела, поименно упомянуты все члены комиссии и перечислены вопросы, поставленные на решение СМЭ.

Вместе с постановлением комиссии предоставляются материалы уголовного дела со всеми подлинными медицинскими документами: картой амбулаторного больного, историей болезни и др.

В случае смерти больного, кроме перечисленных документов, необходимо полное заключение (акт) судебно-медицинского исследования трупа или протокол патологоанатомического вскрытия и результаты всех лабораторных исследований (гистологического, судебно-химического, бактериологического, биологического и др.).

Судебно-медицинская экспертная комиссия должна также изучить протоколы заседаний лечебно-контрольных комиссий, клинко-анатомических и клинических конференций, служебные характеристики на медработников, привлекаемых к ответственности и протоколы их допросов.

Во время работы комиссия, в зависимости от необходимости, должна пользоваться ведомственными приказами, инструкциями, методическими письмами и другими официальными документами, регламентирующими конкретный вид деятельности медработников (например, переливание крови, производство профилактических прививок и др.) для того, чтобы выявить допущенные нарушения или отклонения.

После изучения всех материалов дела, комиссия экспертов составляет заключение, в котором даются научно-обоснованные объективные ответы на вопросы следователя.

Комиссия должна установить наличие или отсутствие упущений и дефектов в действиях медработников. При наличии дефектов она долж-

на указать, в чем конкретно они выразились, объяснить их причину и установить в какой степени они могли повлиять на исход лечения.

Решение вопросов об умысле, вине, уголовной ответственности не входит в компетенцию экспертов. Эти вопросы решает только суд.

ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ

При выполнении своих профессиональных обязанностей медицинский работник может совершить умышленное (как правило, с косвенным умыслом), либо неосторожное действие, либо бездействие, последствиями которых могут быть

вред здоровью или смерть пациента. В таких случаях наступает ответственность за причинение смерти по неосторожности (ст. 102), причинение умышленно или по неосторожности вреда здоровью.

Подросток 12 лет поступил на операцию с диагнозом «аппендицит». Во время наркоза он перестал дышать. Мероприятия по оживлению успеха не принесли. Оказалось, что, вместо баллона с кислородом, к аппарату был подключён баллон с углекислотой. Причиной смерти явилось отравление углекислым газом. Действия врача, дававшего наркоз, квалифицированы как причинение смерти по неосторожности.

Медицинская сестра должна была ввести больной внутривенно раствор брома. Взяв из медицинского шкафа, с того места, где обычно стоял бром, склянку с бесцветной жидкостью и, не обратив внимания на этикетку, она сделала инъекцию. У больной, сразу же после инъекции, начались судороги. Несмотря на принятые меры, больная через час погибла. Оказалось, что вместо брома медсестра ввела 10 мл дикаина. Её действия также были квалифицированы как причинение смерти по неосторожности.

Ответственность за преступления против жизни и здоровья может наступить в результате незаконного применения методов профилактики, диагностики, лечения, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований. Закон допускает исключение, согласно которому неразрешённые к применению, находящиеся на рассмотрении (в установленном порядке) методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в целях излечения пациента, но только после получения его добровольного письменного согласия, а для лиц моложе 15 лет – письменного согласия их родителей или законных представителей.

Медицинская деятельность немыслима без экспериментирования, как и любая другая наука. Однако, специфика медицинского эксперимента состоит в том, что он не всегда может быть завершён в искусственных условиях и требует окончательной проверки лишь на организме человека, что связано с риском наступления вредных последствий. В таких случаях медицинское действие, предпринятое в порядке новаторства, с юридической точки зрения должно удовлетворять двум обязательным условиям:

- оно должно быть осуществлено в интересах излечения больного;

- новаторские средства и методы должны пройти необходимую предварительную проверку на животных.

Такая проверка считается достаточной, если доказана возможность получения положительных результатов, что само по себе не исключает определённую степень риска. Риск во многом связан с состоянием здоровья конкретного пациента: чем тяжелее и опаснее состояние больного, не поддающееся лечению общепринятыми средствами, тем шире может быть диапазон оправданного риска, чем меньше опасности таит болезнь, тем большую вероятность благоприятного исхода должна показать апробация нового средства или метода на животных.

Понятие «риска» («врачебного риска», «риска в медицине») чётко определяется УК Республики Узбекистан, где говорится: «1. Не является преступлением причинение вреда при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели. 2. Риск признаётся обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, действующее рискованно, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда. 3. Риск признаётся необоснованным, если он заведомо был сопряжён с угрозой жизни многих людей».

Риск правомерен, если соблюден ряд вышеперечисленных условий. Отсутствие хотя бы одного из них даёт основание считать риск необоснованным, что, при наличии последствий в виде вреда здоровью, может повлечь уголовную ответственность.

Закон предусматривает ответственность за заражение венерической болезнью и ВИЧ-инфекцией (ст. 113). В отношении медицинского работника может быть возбуждено уголовное дело, если вследствие ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей произошло заражение ВИЧ-инфекцией. Примером может

служить уголовное дело в отношении врачей г. Элиста, действия которых привели к заражению ВИЧ-инфекцией большой группы детей. В отношении заражения венерической болезнью, которая приносит несомненный вред здоровью человека, медицинский работник, допустивший заражение, может быть привлечён к уголовной ответственности за неосторожное причинение вреда здоровью.

Ст. 114 УК Республики Узбекистан предусматривает уголовную ответственность за незаконное производство аборта. По закону выполнение аборта разрешается только лицу, имеющему высшее медицинское образование соответствующего профиля – акушеру-гинекологу. Производство аборта лицом, не имеющим такого образования, считается незаконным.

Закон уточняет ряд положений, касающихся законного производства аборта. В этой статье записано, что право решать вопрос о материнстве принадлежит исключительно женщине. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке до 12 недель, а по социальным показаниям (невозможность содержать будущего ребёнка из-за отсутствия материальных средств у одинокой и безработной женщины, отсутствие жилья у одинокой беженки, беременность несовершеннолетней и т.п.) – до 22 недель. При наличии медицинских показаний и согласия женщины аборт производится независимо от срока беременности. Закон уточняет, что аборт может быть проведён только в учреждениях, имеющих лицензию на этот вид медицинской деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку, т.е. акушерами-гинекологами, либо врачами, прошедшими соответствующую специализацию.

Повышенную уголовную ответственность несут лица, ранее судимые за незаконное производство аборта.

Наибольшее наказание может понести лицо, произведшее незаконный аборт, повлекший, по неосторожности, смерть потерпевшей или тяжкий вред её здоровью: инвалидность, неизлечимую болезнь, бесплодие и др.

Уголовная ответственность в таких случаях наступает только тогда, когда установлена прямая причинная связь между действиями лица, производившего аборт, и наступившими тяжкими последствиями.

Действия врача, производившего аборт в ненадлежащих условиях (даже в случае наступления тяжких последствий), будут уголовно ненаказуемы, если он действовал, руководствуясь крайней необходи-

мостью, то есть проводил операцию по жизненно важным показаниям. Это положение касается любых операций, проводимых во имя спасения больных или пострадавших, находящихся в критическом состоянии.

Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным оказывать её в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло за собой среднюю или тяжёлую степень телесных повреждений либо смерть больного по неосторожности, наказывается по соответствующей статье УК Республики Узбекистан.

Неоказание помощи больному может выразиться в том, что медицинский работник в конкретных условиях не выполняет действий, направленных на спасение жизни, излечение или облегчение страданий. Оказание медицинской помощи может выразиться как в действиях прямого (медицинского) характера (остановка кровотечения, трахеотомия, внутривенная инъекция лекарственного препарата и т.п.), так и опосредованного (доставка в лечебное учреждение, вызов специализированной медицинской бригады и др.).

Вопрос о том, является ли причина неоказания медицинской помощи уважительной, решается в каждом конкретном случае на основании оценки всех обстоятельств дела. Законом предусматриваются следующие уважительные причины:

- а) крайнее переутомление или болезнь медицинского работника, требующая постельного режима или изоляции (в случае заразного заболевания);
- б) занятость лечением другого, не менее тяжёлого пациента;
- в) отсутствие транспортных средств для выезда к далеко находящемуся больному.

В последнем случае суд, при определении вины, всегда ставит перед экспертами вопрос: сохранялась ли возможность оказания эффективной медицинской помощи, если бы врач добрался до пациента пешком?

Примеры. Поздно ночью в многопрофильную больницу машиной «скорой помощи» доставлен больной с двусторонним воспалением лёгких и тяжёлыми нарушениями внешнего дыхания. Дежурный врач, специалист-хирург, осмотрел больного и направил его в терапевтическое отделение, не сделав при этом никаких назначений и не предупредив персонал этого отделения. Больной был оставлен без оказания медицинской помощи. Рано утром медицинская сестра от-

деления обнаружила больного без сознания. Срочные реанимационные мероприятия к успеху не привели. Больной умер. Дежурный врач был привлечён к уголовной ответственности за неоказание помощи больному и халатность, выразившуюся в невыполнении обязанностей дежурного врача.

В приёмное отделение нейрохирургического стационара мать принесла ребёнка, находящегося в бессознательном состоянии. Врач отделения не принял ребёнка и отправил мать в соседнюю детскую больницу. Мать доставила ребёнка в больницу без признаков жизни. Смерть наступила от аспирации инородного тела. Врач нейрохирургического стационара был осуждён за неоказание помощи больному, повлекшее по неосторожности смерть.

Медицинские работники медико-социальных учреждений (домов престарелых, домов ребёнка и т.п.) могут быть привлечены к уголовной ответственности за оставление в опасности людей, находящихся в этих учреждениях (ст. 117 УК Республики Узбекистан). Ответственность наступает в том случае, когда виновный был обязан оказывать помощь, имел возможность её оказывать, однако, своим бездействием, довёл пострадавшего или беспомощного человека до опасного для жизни состояния.

ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

К уголовным преступлениям, включённым в эту группу, относят ряд криминальных действий, связанных с незаконным обращением с наркотическими веществами и психотропными средствами, незаконным занятием частной медицинской и фармакологической деятельностью, сокрытием информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни и здоровья людей, надругательством над телами умерших.

Незаконное распространение наркотических и психотропных веществ – острая социальная проблема.

В соответствии со статьями 273, 274, 275 и 276 УК Республики Узбекистан, незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, сбыт и хищение наркотических средств и психотропных веществ, а также незаконная выдача или подделка рецептов на такие вещества и средства, влекут за собой уголовную ответственность. Незаконным считается нарушение специальных правил и инструкций по

производству, изготовлению, переработке, хранению, учёту, отпуску, реализации, распределению, перевозке, пересылке, приобретению, использованию, ввозу, вывозу либо по уничтожению указанных веществ, а по порядку эксплуатации инструментов и оборудования, используемых при изготовлении наркотических средств и психотропных веществ. В целях охраны жизни и здоровья людей закон предусматривает производство таких средств и веществ только по специальному разрешению для удовлетворения научных и медицинских потребностей.

Незаконные действия с наркотическими веществами представляют высокую степень общественной опасности, способны причинить тяжкий, а нередко и непоправимый ущерб здоровью человека. Следовательно, установление уголовной ответственности за действия, способствующие распространению наркомании, обусловлены, в первую очередь, их высокой общественной опасностью. В то же время борьба с незаконным изготовлением и распространением наркотиков и психотропных веществ необходима не только потому, что такие действия могут причинить значительный вред здоровью человека, но и в связи с тем, что такие противоправные действия ведут к совершению других, более тяжких преступлений.

К ответственности по этим статьям могут привлекаться как частные лица, так и работники государственных учреждений. В первую очередь это относится к медицинским и фармацевтическим работникам, имеющим доступ к наркотическим и психотропным средствам.

Под наркотическими закон понимает вещества, которые либо оказывают одурманивающее действие, либо вызывают эйфорию, либо способны в ряде случаев привести к возникновению пристрастия к этим веществам (наркомании), либо вызывают тяжёлые душевные или иные заболевания. Наркотическими веществами, изготовление или сбыт которых преследуются по закону, являются опиум, морфин, пантопон, героин, гашиш и др.

Психотропными являются вещества, которые воздействуют на центральную нервную систему и нарушают психические функции мозга при длительном их применении в повышенных дозировках.

Для наступления уголовной ответственности не имеют значения сроки хранения наркотических или психотропных средств, способы их изготовления, приобретения, перевозки, а также формы сбыта: продажа обмен, дарение, дача взаймы и т.д. Наказание усиливается за незаконные действия с наркотическими и психотропными вещества-

ми в крупных размерах. «Крупный размер» наркотического вещества устанавливается в каждом случае отдельно, с учётом его массы, степени агрессивности и стоимости.

Необходимо знать, что лицами, которым наркотические вещества вверены в связи с их служебными обязанностями, являются медицинские работники, сотрудники аптек, медицинских складов и баз, где хранятся эти вещества.

Закон предусматривает ответственность за незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью. Незаконным считается занятие этими видами деятельности без лицензии, при наличии последствий в виде неосторожного причинения вреда здоровью или смерти.

Порядок обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения определяется специальным законом.

Под санитарно-эпидемиологическим благополучием населения закон понимает такое состояние общественного здоровья и среды обитания людей, при котором отсутствует опасное и вредное влияние на организм человека факторов окружающей среды, и имеются благоприятные условия для его жизнедеятельности.

Для достижения санитарно-эпидемиологического благополучия создаются санитарные правила. Они представляют собой нормативные акты, устанавливающие критерии безопасного или безвредного влияния на организм человека факторов среды его обитания, а также – санитарные и гигиенические требования к обеспечению благоприятных условий жизнедеятельности людей. Санитарные правила обязательны для всех государственных органов, общественных объединений, предприятий (независимо от ведомственной подчинённости), всех должностных лиц и отдельных граждан.

По закону граждане Республики Узбекистан имеют право на благоприятную среду обитания (окружающую природную среду, условия труда, проживания, быта, отдыха, воспитания и обучения, питание, потребляемую или используемую продукцию). При этом имеется в виду, что среда обитания не должна оказывать вредное влияние не только на ныне живущее население, но и на здоровье будущих поколений.

Если условия среды обитания нарушены и причиняют вред здоровью в результате массовых инфекционных или неинфекционных заболеваний, отравлений, профессиональных заболеваний, то граждане имеют право на возмещение ущерба здоровью в полном объёме.

Для воспрепятствования попаданию в неблагоприятные условия среды обитания, закон предоставляет гражданам право на своевременное получение от предприятий или организаций (в пределах их компетенции) полных и достоверных сведений:

- а) о состоянии среды обитания и здоровья населения, эпидемической обстановке, действующих санитарных правилах;
- б) о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия и их результатах;
- в) о качестве выпускаемых товаров, в том числе пищевых продуктов и питьевой воды.

Закон устанавливает ряд общих требований по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения:

- при планировании и застройке населённых пунктов должны создаваться условия для предупреждения и ликвидации вредного влияния факторов окружающей среды;
- любой вид продукции народного хозяйства (на всех этапах производства, транспортировки, хранения и применения) должен отвечать действующим санитарным правилам;
- новые технологии, материалы, вещества и изделия допускаются к применению лишь после разрешения государственной санитарно-эпидемиологической службы;
- любая продукция, закупаемая за рубежом должна соответствовать санитарным правилам и международным требованиям безопасности;
- качества питьевой воды и атмосферного воздуха должны соответствовать санитарным нормам, а количество воды должно быть достаточным не только для физиологических, но и для хозяйственных потребностей человека;
- в соответствии с санитарными нормами должны осуществляться захоронение, переработка, обезвреживание и утилизация производственных и бытовых отходов;
- требованиям санитарно-гигиенических правил должны соответствовать жилищные условия, обстановка производственной зоны, условия работы с радиоактивными веществами, с другими источниками ионизирующего и неионизирующего излучения, с шумом, вибрацией, электромагнитными полями радиочастот, ультразвуком и др.;
- обеспечение профилактических медицинских осмотров системой обязательного медицинского страхования;

– выполнение комплекса мер по предупреждению и ликвидации инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний и отравлений;

– проведение социальных экспертиз и консультаций по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Важным разделом закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» являются положения об ответственности за невыполнение его требований. Здесь, прежде всего, даётся понятие санитарного правонарушения, которым считается посягающее на права граждан и интересы общества противоправное, виновное (умышленное или неосторожное) деяние (действие или бездействие), связанное с несоблюдением санитарного законодательства. При этом предусматриваются разные виды ответственности: дисциплинарная, административная, уголовная и экономическая.

В целях обеспечения постоянного контроля соблюдения закона, устанавливается государственный и ведомственный надзор, производственный и общественный контроль.

Государственный надзор включает:

а) наблюдение, оценку и прогнозирование состояния здоровья населения в связи с состоянием среды обитания;

б) выявление и установление причин и условий возникновения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний и отравлений населения;

в) разработку обязательных для исполнения мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

г) осуществление комплекса контрольных гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

д) применение мер пресечения санитарных правонарушений и привлечение к ответственности виновных;

е) ведение государственного учёта инфекционных, профессиональных и массовых неинфекционных заболеваний и отравлений населения, возникающих в связи с неблагоприятным воздействием на здоровье человека факторов среды его обитания;

ж) ведение санитарной статистики.

В соответствии с законом, в стране образуется единая Государственная санитарно-эпидемиологическая служба, на которую возложена функция проведения в жизнь всех перечисленных положений закона.

В законе предусмотрены меры ответственности за «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление (ст. 2571 УК Республики Узбекистан). Статья подразумевает действующие правила и инструкции, направленные на предотвращение эпидемий или массовых отравлений. К их числу относятся:

- правила контроля водоснабжения и качества продовольственных продуктов;
- правила по обеспечению санитарного состояния общественных мест, транспорта и промышленных мероприятий;
- правила профилактической дезинфекции мест общественного пользования и истребления разносчиков инфекций;
- правила проведения предохранительных прививок;
- правила выявления больных и бациллоносителей;
- правила обязательной регистрации инфекционных заболеваний, изоляции и госпитализации больных;
- правила санитарной охраны границ и др.

В случае угрозы возникновения или распространения эпидемических инфекционных заболеваний на соответствующих территориях вводятся особые карантинные правила, направленные на предупреждение и ликвидацию эпидемических заболеваний. Нарушение этих правил также образует состав преступления, предусмотренного ст. 2571 УК Республики Узбекистан.

К сожалению, закон не даёт количественных критериев «массовости» заболеваний или отравлений.

Врач несёт уголовную ответственность как в случае ненадлежащего выполнения установленных санитарно-эпидемиологических правил, так и в случае их невыполнения.

В ряде случаев медицинские работники могут привлекаться к уголовной ответственности за сокрытие или искажение информации об обстоятельствах (событиях, фактах, явлениях), создающих опасность для жизни и здоровья людей. Такая ответственность может возникать при сокрытии или искажении информации о больных с венерическими, острозаразными инфекционными заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, радиационными поражениями и т.п. Опасность таких действий состоит в том, что упускается возможность или своевременность проведения мероприятий, направленных на предотвращение распространения таких поражений среди населения.

Нередко в медицинской практике необходимо с научной или учебной целью проводить посмертные опыты или хирургические манипуляции на трупах людей. Допускается также посмертная заготовка органов и тканей от трупов для целей последующей трансплантации. Такие действия предусматриваются законом Республики Узбекистан «О трансплантации органов или тканей человека» и специальными инструкциями о проведении посмертных операций на трупах людей. Однако, если действия медицинских работников, производивших соответствующие разрешённые законом мероприятия, приводят к обезображиванию тела, может встать вопрос об уголовной ответственности.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

В практических или научно-исследовательских учреждениях, в связи с профессиональной деятельностью сотрудников этих учреждений, могут появляться различные объекты или отходы, требующие их безопасного уничтожения или захоронения. Они могут иметь биологическое, бактериальное, вирусное, химическое и радиационное происхождение. Нарушение правил транспортировки, хранения, захоронения, использования данных веществ и отходов может создать угрозу причинения существенного вреда здоровью человека или повлечь за собой его смерть, а загрязнение, отравление или заражение окружающей среды может привести к массовым заболеваниям людей или массовой гибели животных. В таких случаях виновные несут уголовную ответственность. В тесной связи с описанными действиями находятся и деяния, выражающиеся в нарушении правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами. Как правило, такие действия (бездействие) могут совершаться в специализированных практических лабораториях. Уголовная ответственность наступает в случае, если указанные нарушения повлекли расстройство здоровья человека, либо его смерть, либо распространение эпидемии или эпизоотии, либо иные тяжкие последствия.

Наличие в целом ряде медицинских учреждений вивариев, в которых содержатся крупные, средние и мелкие лабораторные животные, требует соблюдения установленных ветеринарных правил, определяющих порядок работы с животными. Если нарушение этих правил приводит к возникновению и распространению эпизоотии, наступает уголовная ответственность.

ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ, ИНТЕРЕСОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ И СЛУЖБЫ В ОРГАНАХ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ

Наиболее частыми преступлениями, относящимися к этой группе и встречающимися среди медицинских работников, при выполнении ими своих профессиональных обязанностей, являются: злоупотребление должностными полномочиями, (ст. 205 УК РУз), превышение должностных полномочий (ст. 206 УК РУз), получение взятки (ст. 210 УК РУз), должностной подлог (ст. 209 УК РУз), должностная халатность (ст. 207 УК РУз).

Под злоупотреблением властью или должностными полномочиями понимается использование должностным лицом своих служебных полномочий вопреки интересам службы, если это было совершено с корыстной целью или в силу личной заинтересованности и повлекло за собой существенные нарушения прав и законных интересов граждан или организаций, либо охраняемых законом интересов общества или государства. Степень вины возрастает при наступлении тяжких последствий.

Должностными лицами в медицинских учреждениях являются сотрудники, постоянно, временно или по специальному полномочию выполняющие организационно-распорядительные или административно-хозяйственные функции.

Злоупотребление должностными полномочиями может иметь место при определении нетрудоспособности, инвалидности, годности к военной службе, при решении вопросов о госпитализации, при присвоении квалификационной категории специалиста, лицензировании, аккредитации и др.

Поскольку злоупотребление должностными полномочиями совершается из корыстных побуждений или иной личной заинтересованности (получение взятки, вымогательство), оно, как правило, содержит в себе дополнительный состав преступления.

Под превышением должностных полномочий понимается совершение должностным лицом действий, явно выходящих за пределы его полномочий и повлекших существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций, либо охраняемых законом интересов общества и государства. Превышение должностных полномочий, применительно к деятельности медицинского работника, обычно проявляется в следующих типичных формах:

а) действия, входящие в компетенцию вышестоящего должностного лица;

б) действия, которые должны совершаться только коллегиально;

в) действия, которые неправомерны для любого должностного лица.

Противоправные действия должностного лица медицинского учреждения, выходящие за пределы его прав и полномочий, наиболее часто связаны с причинением вреда здоровью человека.

Превышение должностных полномочий может иметь место и при проведении медицинскими работниками незаконных экспериментов на людях. Например, в случаях проведения биомедицинских экспериментов на заключённых.

В соответствии с законом любое биомедицинское исследование, с привлечением человека в качестве объекта исследования, может проводиться только после получения его письменного согласия. При этом подчёркивается, что гражданин не может быть принуждён к участию в биомедицинском исследовании. Нарушение любого из этих положений должностным лицом может рассматриваться как превышение им своих полномочий.

Другим примером превышения должностных полномочий может быть нарушение порядка медицинских вмешательств. Согласно закону, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является «информированное добровольное согласие» гражданина. Понятие «информированности» складывается из предоставления пациенту сведений о целях и методах, побочных последствиях, возможной степени риска, продолжительности послеоперационного лечения и его возможных результатах. Только всесторонняя оценка всей совокупности представленных данных может быть основанием для продуманного согласия. Сложности могут появиться в том случае, если больной отказывается от жизненно необходимой ему операции. В таких ситуациях перед врачом стоит сложная деонтологическая задача – убедить больного в необходимости операции. Однако, совершенно очевидно, что, при категорическом отказе пациента, скальпель не может быть применён. Игнорирование этого положения влечёт за собой и нравственную, и уголовную ответственность.

Превышение должностных полномочий может наступить и при нарушении порядка трансплантации органов и тканей человека, предусмотренного специальным законом Республики Узбекистан (ст.

139). Основные требования этого закона сводятся к следующему:

- трансплантация допускается только в тех случаях, когда другие медицинские средства не могут гарантировать сохранение жизни больному либо восстановление его здоровья;
- изъятие органов и тканей у живого донора возможно только после заключения консилиума врачей специалистов о том, что изъятием не будет причинён значительный вред здоровью донора;
- трансплантация возможна только с согласия реципиента;
- органы и ткани не могут быть предметом купли-продажи;
- изъятие органов и тканей для целей трансплантации не допускается у живого донора моложе 18 лет (за исключением пересадки костного мозга) или у душевнобольных;
- забор органов и тканей разрешается только в государственных учреждениях здравоохранения;
- трансплантация возможна только с письменного согласия реципиента (исключая операции по жизненным показаниям);
- не допускается изъятие органов и тканей от трупа, если на момент изъятия известно, что при жизни умерший человек, его близкие родственники или законные представители заявляли о несогласии с таким изъятием;
- разрешение на изъятие органов и тканей от трупа даёт главный врач учреждения здравоохранения, в котором производится изъятие, а при проведении судебно-медицинской экспертизы – и судебно-медицинский эксперт;
- у живого донора может быть изъят только парный орган (правильнее было бы – один из парных органов), часть органа или ткани, отсутствие которых не повлечёт необратимого расстройства здоровья.

Нарушение любого из этих положений влечёт за собой уголовную ответственность за превышение должностных полномочий.

Не решена в прямой постановке вопроса и проблема юридической регламентации реанимационных мероприятий. Речь идёт о прекращении реанимационных мероприятий по отношению к «безнадёжному больному». Этот вопрос является составной частью проблемы так называемых «неизлечимых больных». Кардинально-гуманистический подход медицины и уровень современных медицинских знаний определяют необходимость до конца бороться за жизнь больного. При этом следует всегда учитывать два основных положения, известных со времён Гиппократов:

- что неизлечимо сегодня, то может быть излечимо завтра;
- «неизлечимые больные» нередко, вопреки медицинским канонам, выздоравливают.

Превышение полномочий должностным лицом может проявляться и в других формах. Например, «Инструкция о порядке выполнения и выдачи «Врачебных свидетельств о смерти» предусматривает выдачу этих документов патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами только на основании вскрытия трупа. Нарушение этого порядка носит противоправный характер. Причём ответственность за это, помимо указанных лиц, несёт и руководитель учреждения, в котором нарушается соответствующий порядок (главный врач, заведующий структурным подразделением, наделённый административно-распорядительными функциями).

Считается преступлением незаконное участие в предпринимательской деятельности. В таких случаях речь идёт об учреждении должностным лицом (например, главным врачом больницы или другого лечебно-диагностического учреждения) организации, осуществляющей предпринимательскую деятельность (например, кооператива, центра платных диагностических или лечебных услуг), либо участии в управлении такой организацией лично, либо через доверенное лицо, вопреки запрету, установленному законом, если эти деяния связаны с предоставлением такой организации льгот и преимуществ или с покровительством в иной форме (например, перераспределением потока «выгодных» пациентов, первоочередным обеспечением созданной коммерческой организации современной диагностической аппаратурой, эффективными медикаментозными средствами и т.п.).

Служебным подлогом является внесение должностным лицом заведомо ложных сведений в официальные документы, а равно и внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности. Применительно к деятельности медицинских работников такими документами могут быть истории болезни, медицинская книжка, амбулаторная карта, амбулаторный журнал, медицинские справки и др.

Служебный подлог в большинстве случаев сочетается с другими преступлениями, в частности, с получением взятки. Состав преступления при получении взятки лично или через посредника в любой форме: деньгами, вещами, оказанием услуг и др.

В соответствии со статьёй 207 УК Республики Узбекистан, халатность – это “неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло за собой существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций, или охраняемых законом интересов общества либо государства”. Должностное лицо отвечает за халатность только в том случае, когда у него имелась реальная возможность действовать надлежащим образом, а оно пренебрегло ею.

Халатность предполагает наступление существенного вреда, что в медицинской деятельности прямо или косвенно связано с причинением вреда здоровью граждан. Поэтому халатность, допущенная медицинскими работниками, может быть дополнительно квалифицирована как преступление против жизни и здоровья.

Примеры халатности в медицинской деятельности весьма разнообразны:

а) недостаточное обследование больных и невыполнение специальных диагностических исследований (больной поступает в приёмное отделение с диагнозом аппендицит, достаточных исследований крови и температуры тела не производится, в тот же день больного отправляют домой, он поступает вновь через 10 часов с явлениями гангренозного аппендицита и перитонита – смерть на 7-е сутки);

б) небрежный уход и наблюдение за детьми (ребёнку назначена тепловая процедура, врач подключил прибор в сеть с напряжением 220 В, ребёнок получил ожоги III-ей степени 10% поверхности тела и умер);

в) несвоевременная госпитализация или преждевременная выписка (ребёнок выписан через 4 дня после торакотомии, смерть через сутки);

г) недостаточная подготовка и небрежное выполнение хирургических операций и других лечебных мероприятий (хирург произвёл полостную операцию единолично, в ходе операции возникло смертельное кровотечение, с которым хирург не справился; оставленные инструменты и салфетки, что приводит к возникновению инфекционных-гнояных осложнений и к смерти или к тяжёлым последствиям);

д) недостаточная организация лечебного процесса (больной шизофренией содержался в лечебном отделении общего типа без специального наблюдения, выбросился из окна 4-го этажа и погиб);

е) несоблюдение и нарушение различных медицинских инструкций и правил (неприменение противостолбнячной сыворотки при ранениях, невыполнение пробы на индивидуальную совместимость крови перед гемотрансфузией и др.);

ж) небрежное применение лекарственных веществ (больного подключили к баллону с «кислородом», в котором оказался углекислый газ, исход – смерть);

з) небрежное ведение истории болезни и другой медицинской документации (здесь речь может идти об уголовной ответственности за халатность, если причиняется существенный вред, заключающийся в невозможности провести расследование преступления по материалам медицинских документов);

и) невежество (у больного огнестрельное, сквозное, проникающее в брюшную полость ранение живота, хирург, не проводя лапаротомии, ушил входное и выходное огнестрельные отверстия – смерть через 3-е суток от калового перитонита).

ВРАЧЕБНАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ.

Специфика деятельности медицинского работника, основанная на доверии пациента к врачу, на желании врача облегчить страдания больного, породила особые моральные нормы поведения врача, врачебную этику и деонтологию.

Под медицинской деонтологией (от греческого *deon* – должное) следует понимать принципы поведения медицинских работников, направленные на максимальное повышение полезности лечения и устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы. Медицинская деонтология является частью врачебной этики, врачебной морали.

Врачебная этика (от греческого *ethos* – обычай, нрав, характер) рассматривает вопросы о нравственности врача, включая совокупность норм его поведения и морали, чувство профессионального долга и чести, совести и достоинства врача. Врачебная этика охватывает не только группу вопросов о взаимоотношениях врачей с больными, их родственниками, с другими медицинскими работниками, коллективом, обществом, но и определённые нормы поведения врача в быту, его высокую культуру, человеколюбие, физическую и моральную чистоплотность, внешнюю опрятность и т.д. Многие прогрессивные черты врачебной этики возникли ещё на заре развития медицины.

Уже тогда некоторые врачи, своим бескорыстным и самоотверженным трудом, снискали заслуженную любовь своих сограждан.

Врачебная этика основывается на общих этических нормах, т.е. на правилах поведения личности в обществе, на взаимоотношениях двух или нескольких лиц между собой и в коллективе, на высоких моральных качествах каждого человека.

Вместе с тем, каждая профессия накладывает определённый отпечаток на нравственные качества и психологию людей в процессе их производственной деятельности. Поэтому, «каждая профессия имеет свою собственную мораль». Врачебная мораль предусматривает отдельные отступления от некоторых общих этических норм во имя интересов больного. Например, моральная норма правдивости не исключает в медицине целительной «лжи во благо» больного, а требования искренности и честности не предполагают разглашения врачебной тайны.

Врачебная этика, как и этика вообще, является отражением общественных, классовых отношений. Правда, во врачебной этике классовые отношения менее заметны. Этому способствуют требования врачебной этики, например, отражённые в «клятве Гиппократова» и «факультетском обещании», которые сами по себе не носят классового характера. Не усвоив этих элементарных общеврачебных норм поведения, выработанных на протяжении всей истории медицины, нельзя стать полноценным в моральном отношении врачом.

Мораль врача, в силу создавшихся социально-экономических условий и, в первую очередь, ввиду создания общедоступной государственной медицинской помощи, становится одним из важнейших свойств его личности. Высокие моральные качества врача приобретают особенно большое значение в период современных «технизации» и «специализации» медицины. С одной стороны, процесс интенсивного деления отраслей медицины на ряд узких специальностей, стремительное внедрение в лечебные учреждения новой техники, бесспорно, помогают улучшению диагностики и лечения. С другой стороны, это не способствует установлению более близких душевных отношений между несколькими лечащими врачами и больным.

Вопросы медицинской деонтологии тесно связаны с прогрессом медицинской науки, популяризацией её достижений, с ростом культурного и образовательного уровня населения. Быстрый рост медицинской науки открывает перед практической медициной значительные перспективы, о которых, благодаря газетам, радио, журналам, те-

левизионным передачам, сразу же становится известно больным. Они оказываются в курсе новейших методов диагностики и лечения многих заболеваний.

При оказании медицинской помощи, врач обязан исходить из основного принципа, завещанного Гиппократом: «Не вредить больному», а при выборе средств и методов лечения – назначать те, которые он назначил бы самому себе или самому близкому для него человеку. Для врача должно быть правилом всегда применять средства, успокаивающие боли. Аккуратность лечения и забота медицинского персонала будут поддерживать надежду пациента на исцеление. «Надежда выздороветь – половина выздоровления», - говорил Вольтер.

Сообщая неизлечимому больному менее опасный диагноз, врач не только утешает и успокаивает его, даёт ему возможность умереть в более спокойной обстановке, но и поддерживает в нём огонь жизни и даже трудоспособность. «Не страшно умереть, а страшно умирать», - сказал великий русский поэт Н.А. Некрасов, узнав перед смертью о своей неизлечимой болезни.

При тяжёлых страданиях неизлечимые больные иногда просят врачей ускорить наступление рокового исхода и, тем самым, прекратить их мучения.

В таких случаях врач обязан использовать весь арсенал лечебных средств, для уменьшения страданий, но не имеет морального и юридического права способствовать наступлению смерти. При этом следует иметь в виду, что просьбы таких больных обычно вынуждены и неискренни, а диагнозы неизлечимых заболеваний могут быть иногда ошибочными.

Врач должен быть исключительно доброжелательным человеком. Сердечность – наилучшее средство профилактики формализма, который, к сожалению, ещё встречается в медицинской среде («больной не моего участка», «я занят, придите в следующий раз» и т.д.)

По нашему мнению, студента следует отчислять из медицинского института не только за отсутствие знаний, но и за отсутствие моральных качеств, необходимых будущему врачу. Студент-медик, врач, каждый медицинский работник, наряду с определённым уровнем знаний и высокими моральными качествами, должен иметь призвание к избранной специальности.

Принято считать, что не каждый выпускник средней школы может стать художником, музыкантом, артистом, математиком. Для этого нужны определённые способности и призвание, которые, при

поступлении в соответствующие Вузы, должным образом проверяются. К сожалению, до сих пор не найдены критерии для определения призвания и способностей, необходимых будущему врачу. Хочется надеяться, что скоро приём в медицинский институт будет производиться с учётом психологических особенностей поступающих, с выявлением не только общеобразовательных знаний, но и истинного призвания абитуриента.

Наряду с высокими моральными качествами, врач не должен забывать о своём внешнем виде и физическом состоянии. Внешний вид врача оказывает большое влияние на больного. Речь идёт не столько о физической красоте врача, сколько об аккуратности, опрятности, чистоте рук, ногтей, одежды и даже здоровом виде.

Создание системы общедоступной медицинской помощи в нашей стране устранило всякую конкуренцию врачей и сделало их отношения дружественными. Эти взаимоотношения направлены на благо интересов больных, подчинены высоким идеалам служения обществу и развития медицинской науки.

Следует обратить особое внимание на создание спокойной обстановки в операционных, где нередко, в процессе операции, ведущие хирурги позволяют себе кричать на ассистентов и операционных сестёр. Такое поведение ведущего хирурга нарушает слаженность операции и ложится тенью не на помощников, а на самого хирурга, отнюдь не способствуя повышению его авторитета. Подобные факты не отвечают высоким моральным требованиям врача и, как антидеонтологические, должны быть изжиты.

Каждый врач хорошо знает как велико значение медицинской сестры, няни, санитарки в лечении и уходе за больным. Поэтому он должен относиться с большим уважением к их тяжёлому и благородному труду, воспитывать такое же отношение к ним со стороны больных и их родственников.

ПРАВОВАЯ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ В МЕДИЦИНЕ

Врачебные ошибки

В очень сложной и ответственной профессиональной врачебной деятельности могут наблюдаться случаи неблагоприятных исходов медицинского вмешательства. Чаще всего они обуславливаются тя-

жестью самого заболевания или травмы, индивидуальными особенностями организма, поздней (по независимым от врача причинам) диагностикой и, отсюда, запоздалым началом лечения. Но иногда неблагоприятные исходы медицинского вмешательства оказываются следствием неправильной оценки клинической симптоматики или неправильных лечебных действий. В таких случаях речь идёт о врачебных ошибках.

Большая медицинская энциклопедия определяет врачебные ошибки как «ошибки врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступков».

Следовательно, основным содержанием понятия «врачебные ошибки» является добросовестное заблуждение врача в своих суждениях и действиях. Это означает, что в конкретном случае врач убеждён, что он прав. При этом он делает всё так, как требуется, делает добросовестно. И всё-таки ошибается. Почему?

Объективные и субъективные причины врачебных ошибок

Объективные причины не зависят от уровня подготовки и квалификации врача. При их наличии врачебная ошибка может возникнуть и тогда, когда врач использует все имеющиеся возможности для её предупреждения. К объективным причинам появления врачебных ошибок относятся: недостаточное развитие самой медицины как науки (имеется ввиду недостаточная изученность этиологии, патогенеза и клинического течения ряда заболеваний, непостоянство отдельных поступков и принципов в области теоретической и практической медицины) и объективные трудности диагностики (необычное течение заболевания или патологического процесса, наличие у одного больного нескольких конкурирующих заболеваний, тяжёлое бессознательное состояние больного и отсутствие времени для обследования, отсутствие требующейся диагностической аппаратуры).

К субъективным причинам врачебных ошибок, зависящим от личности врача и степени его профессиональной подготовки, относятся недостаточный практический опыт и связанные с этим недооценка или переоценка анамнестических данных, результатов клинического наблюдения, лабораторных и инструментальных методов исследования, переоценка врачом своих знаний и возможностей.

Практика показывает, что опытные квалифицированные врачи ошибаются в очень сложных ситуациях, а молодые врачи иногда ошибаются и в тех случаях, которые следует считать типичными.

Врачебная ошибка – категория не юридическая. В действиях врача, приведших к врачебной ошибке, не содержится признаков преступления или проступка, т.е. общественно опасных деяний в форме действия или бездействия, причинивших существенный (для преступления) или несущественный (для проступка) вред охраняемым законом правам и интересам личности, в частности здоровью и жизни. Поэтому, за ошибку врач не может быть привлечён ни к уголовной, ни к дисциплинарной ответственности. В полной мере, однако, это относится лишь к врачебным ошибкам, имеющим в своей основе объективные причины. Если же причины являются субъективными, т.е. связанными с профессиональными или личностными качествами врача, то, прежде чем признать его неправильные суждения или действия врачебной ошибкой, необходимо исключить в этих суждениях или действиях элементы небрежности, халатности или таких недостаточных знаний, которые могут считаться медицинским невежеством. Нельзя называть врачебной ошибкой дефекты медицинской деятельности, вызванные недобросовестными действиями врача или неиспользованием им своих возможностей и возможностей лечебного учреждения.

Все врачебные ошибки можно разделить на следующие группы:

- Диагностические ошибки.
- Ошибки в выборе метода и проведении лечения.
- Ошибки в организации медицинской помощи.
- Ошибки в ведении медицинской документации.

Н.И.Краковский и Ю.Я.Грицман предлагают выделить ещё один вид врачебных ошибок, который они назвали “Ошибками в поведении медицинского персонала”. Ошибки этого вида целиком относятся к области медицинской деонтологии. Они возникают тогда, когда нарушается положение о состоянии психики больного.

Говоря о проблеме врачебных ошибок в целом, И.А.Кассирский пишет: «Врачебные ошибки – неизбежные и печальные издержки врачебной деятельности, ошибки – это всегда плохо, и единственное оптимальное, что вытекает из трагедии врачебных ошибок, это то, что они в диалектике вещей учат и помогают тому, чтобы их не было». Из сказанного можно выделить два важных положения. Во-первых, признание того, что врачебные ошибки неизбежны в меди-

цинской деятельности, поскольку они вызываются не только субъективными, но и объективными, не зависящими от врача причинами. Во-вторых, каждая врачебная ошибка обязательно должна анализироваться, изучаться с тем, чтобы сама она стала источником предупреждения подобных ошибок.

Практика показывает, что, в значительном проценте случаев, претензии к врачам и средним медицинским работникам обусловлены, прежде всего, неправильным поведением медицинского персонала по отношению к больным, нарушением им деонтологических норм и правил.

Проанализируем отмеченные выше группы врачебных ошибок.

1. Диагностические ошибки – являются самыми частыми, им посвящено много специальной литературы.

Формирование клинического диагноза – весьма сложная и многокомпонентная задача, решение которой основывается, с одной стороны, на знании врачом этиологии, патогенеза, клинических и патоморфологических процессов и, с другой стороны, на учёте индивидуальных особенностей их течения у данного конкретного больного. Наиболее частой причиной диагностических ошибок являются объективные трудности, а иногда и невозможность ранней диагностики заболевания.

Многие болезненные процессы имеют длительное течение со значительным по времени латентным периодом и, практически, бессимптомным течением. Это относится к злокачественным новообразованиям (в молодом возрасте), хроническим отравлениям, внематочной беременности и др. Большие диагностические трудности возникают и в случаях молниеносного течения некоторых заболеваний. Как уже указывалось, объективными причинами врачебных ошибок могут быть: атипичное течение заболевания, комбинация двух или нескольких заболеваний у одного человека, тяжёлое бессознательное состояние больного и краткое время, имеющееся в распоряжении врача для установления диагноза. Значительно затрудняет диагностику наличие у больного состояния алкогольного опьянения, которое нередко маскирует или извращает симптомы заболевания или травмы.

Причинами диагностических ошибок могут быть недооценка или переоценка анамнестических данных, жалоб больного, результатов лабораторных и инструментальных исследований. Однако, эти причины нельзя рассматривать как объективные, ибо они упираются в недостаток квалификации и опыта врача.

Приведём примеры некоторых диагностических ошибок.

У мальчика 10 лет появились боли в животе, тошнота, повторяющаяся рвота, жидкий водянистый стул. На другой день в каловых массах отмечена примесь слизи, температура повысилась до 38⁰С. Начало заболевания мальчик и его родители связывали с приёмом пищи.

Через два дня больной был госпитализирован в детское отделение стационара. Предъявлял жалобы на разлитые боли в животе. При осмотре отмечено: живот несколько напряжён и болезненен во всех отделах, признаки раздражения брюшины отсутствуют. После стула живот стал мягче, боли локализовались по ходу восходящего и нисходящего отделов кишечника. В крови – лейкоцитов 16500, СОЭ – 15 мм/час.

Установлен диагноз: “Острый гастроэнтерит”. Назначено консервативное лечение.

В дальнейшем состояние мальчика не улучшилось. На третий день стационарного лечения его осмотрел хирург, который исключил острые хирургические заболевания, однако, на следующий день предложил перевести больного в хирургическое отделение.

Состояние ребёнка ухудшалось, появились признаки развивающегося перитонита. Произведена лапаротомия. В брюшной полости обнаружен жидкий гной. Источником перитонита оказался гангренозно изменённый аппендикс, расположенный в полости малого таза, в инфильтрате между слепой и сигмовидной кишками.

Спасти мальчика не удалось. Он умер от разлитого перитонита, вызвавшего общую интоксикацию организма.

По заключению судебно-медицинской экспертной комиссии причиной поздней диагностики аппендицита явилось его атипичное течение, обусловленное необычным расположением отростка – в полости малого таза.

В другом случае, у женщины 76 лет флегмонозный аппендицит с разлитой инфильтрацией окружающих тканей был ошибочно принят за раковую опухоль слепой кишки. Этому во многом способствовали атипичное подострое течение заболевания, повторяющиеся рвоты, похудание больной, отсутствие характерных для аппендицита симптомов (Ровзинча, Ситковского и др.) при наличии чётко определяемого пальпаторно опухолевидного образования в правой подвздошной области и явлений кишечной непроходимости.

Женщину оперировали дважды. Первая операция была паллиативной (сформирована илеостома), вторая – радикальной (резекция части толстой кишки в области опухоли). Правильный диагноз был установлен при исследовании биопсийного материала и, в дальнейшем, при секции (больная погибла от разлитого гнойного перитонита, развившегося после второй, крайне травматичной операции).

2. Ошибки в выборе метода и проведении лечения

Эти ошибки встречаются в несколько раз реже, чем диагностические. В ряде случаев они вызваны неправильной или запоздалой диагностикой. Но и при правильном и своевременно поставленном диагнозе могут встречаться ошибки в лечении (например, неправильный выбор метода лечения при наличии нескольких возможных: несвоевременное начало лечения, неправильный выбор метода и объёма оперативного вмешательства и др.). Может случиться и так, что, при своевременном начале лечения и правильном выборе его метода, допускаются ошибки в технике проведения лечения. Это относится, прежде всего, к хирургическим операциям.

Приведём примеры ошибок в назначении и осуществлении лечения.

Мужчина 63 лет поступил в урологический стационар по поводу острой задержки мочи на протяжении 8 часов и появившейся в этот период макрогематурии. Состояние в момент поступления удовлетворительное. А/Д 130/80 мм рт.ст. При произведённой срочно кистоскопии на задней стенке мочевого пузыря отмечена кровоточащая опухоль размерами 3х4 см. Через неделю на кистограмме выявлен дефект наполнения и новообразование размерами 1,0х1,0 см. На основании этих данных установлен диагноз рака задней стенки мочевого пузыря, осложнённого кровотечением. Однако, при операции новообразования не обнаружено. Послеоперационный период осложнился пиелонефритом с генерализацией инфекции, что привело больного к смерти.

По материалам проверки медицинской документации, в связи с жалобой родственников на неправильное лечение, произведена судебно-медицинская экспертиза. В заключении экспертная комиссия указала, что ошибочный диагноз рака мочевого пузыря был обусловлен неполным обследованием больного. Однократной кистоскопии и кистографии, результаты которых не полностью соответствуют один

другому, для диагностики такого заболевания как рак мочевого пузыря, недостаточно. За опухоль, видимо, были приняты сгустки крови, прилипшие к слизистой пузыря. Ошибочный диагноз повлек за собой неправильный выбор метода лечения – оперативное вмешательство, в котором больной не нуждался.

В другом случае у женщины 24 лет во время медицинского аборта произошло прободение матки, осложнившееся гематомой параметрия с последующим нагноением. В связи с этим произведена операция – надвлагалищная ампутация матки с удалением воспалённой правой фаллопиевой трубы и дренированием брюшной полости. Женщина погибла через 1,5 месяца от развившегося сепсиса. При анализе описанного случая экспертной комиссией отмечено, что операция женщине произведена не в полном объёме. Наличие в параметрии нагноившейся гематомы требовало более радикального вмешательства – экстирпации матки с последующим дренированием не только брюшной полости, но и параметрия. Это способствовало бы оттоку гноя из воспалённого параметрия и предотвратило бы генерализацию инфекции.

3. Ошибки в организации медицинской помощи

Само обозначение этих ошибок указывает на то, что их возникновение связано с неправильной или недостаточно продуманной организацией медицинской помощи. Причиной таких ошибок является либо недостаточно высокий уровень руководителей отдельных звеньев здравоохранения, либо создающиеся неблагоприятные условия для работы какого-то определённого лечебно-профилактического учреждения.

В результате ошибок в организации медицинской помощи страдают и дело оказания этой помощи в отдельных регионах и сами больные, несмотря на то, что врачи лечебно-профилактических учреждений, по вине руководителей которых возникают ошибки, могут вполне добросовестно выполнять свои обязанности.

Можно указать на некоторые условия, при которых возникают ошибки в организации медицинской помощи. Если театр, как говорят, начинается с вешалки, то работа лечебного учреждения начинается с приёмного отделения. От состояния этой работы во многом зависит своевременное оказание медицинской помощи, особенно в urgentных случаях, при заболеваниях травмах и отравлениях, требую-

щих неотложных действий. Поэтому работа приёмного отделения должна быть тщательно продумана и организована, она требует пристального внимания к себе со стороны руководителей лечебного учреждения. В деятельности персонала приёмного отделения недопустимы грубость и равнодушие, которые крайне отрицательно действуют на больных, вызывая предубеждение и негативное отношение к лечебному учреждению и его персоналу. Это, в конечном итоге, отрицательно сказывается на результатах лечения.

Приведём некоторые примеры.

Гражданке К. 66 лет, остро заболела после приёма в пищу грибов и консервов. Появились слабость, рвота, затем – боли в животе, более выраженные в левой паховой области. Самостоятельно пришла в приёмное отделение ЦРБ. Дежурный фельдшер, не осмотрев больную, предложил ей обратиться в поликлинику. Больная отправилась туда, но время было позднее, и поликлиника оказалась закрытой. Женщина снова пришла в приёмное отделение, просила вызвать врача, но фельдшер ответил ей, что дежурный врач занят с тяжёлым больным, освободится нескоро, и посоветовал больной явиться утром в поликлинику. Женщина ушла домой, а утром машина скорой помощи доставила её в то же приёмное отделение с ущемлённой бедренной грыжей и начинающимся перитонитом. В экстренном порядке была произведена операция, но спасти женщину не удалось, она умерла через 8 дней от разлитого гнойного перитонита.

Этот случай наглядно иллюстрирует проявленное дежурным персоналом приёмного отделения бездушное отношение к больным, отсутствие воспитательной работы в коллективе отделения, нечёткую организацию его работы.

Одним из источников ошибок может явиться недостаточно продуманная система работы дежурного медицинского персонала в выходные и праздничные дни, в вечернее и ночное время. От этого могут пострадать как больные, лечась в стационаре, так и вновь поступающие, особенно те, которым требуется неотложная помощь.

Девочка А. 8 лет находилась на стационарном лечении в связи с острым аппендицитом. Она была прооперированна, рана зажила первичным натяжением, но в течение четырёх дней после операции больная температурила (37,3-37,7). На пятый, воскресный день, дежурный хирург, поверхностно осмотрев девочку, выписал её из стационара по настоянию матери. Но уже на следующее утро она вновь была доставлена в больницу с высокой температурой и резко ухуд-

шившемся состоянием. Диагностирован постаппендикулярный инфильтрат. В дальнейшем он нагноился, развился разлитой гнойный перитонит, от которого больная скончалась.

Совершенно очевидно, что, не будучи лечащим врачом девочки и не представляя всесторонне, во всех деталях характер и тяжесть её заболевания, дежурный врач явно превысил свои права. Решение о выписке он должен был согласовать с лечащим врачом или заведующим отделением.

Как выяснилось позже, в больнице, о которой идёт речь, не было разработанного и утверждённого администрацией положения о правах и обязанностях дежурного персонала в рабочее и в нерабочее время.

В другом случае у девочки 2,5 лет после тонзилэктомии, произведённой днём в плановом порядке, вечером началось кровотечение из операционного поля. Оперировавшего девочку отоларинголога в больнице уже не было, а дежурного хирурга мать девочки и дежурный педиатр не могли найти в течение трёх часов. Вызванный позже отоларинголог уже ничего не смог сделать, девочка погибла от острого кровотечения.

Расследованием установлено, что дежурный хирург, с разрешения главного врача, оставил свой пост и отлучился по личным делам из больницы на столь долгий срок, не проинформировав об этом остальных дежурных и не оставив замены на случай необходимости.

Ошибки в организации медицинской помощи могут возникать также в связи с неправильной или непродуманной профилизацией коек в лечебных учреждениях, вследствие чего одни отделения работают с недогрузкой, а другие значительно перегружены, что приводит к ухудшению качества медицинской помощи. Подобное положение может создаваться и при вынужденном развёртывании коек сверх установленных нормативов.

Недостаточно продуманная организация работы по снабжению лечебных учреждений приборами, реактивами и медикаментами также может обусловить дефекты диагностики и лечения.

В участковую больницу экстренно был доставлен гражданин Г., 19 лет, с повреждением головы, которое ему было нанесено ударом тупого предмета. Врач диагностировал ушибленную рану в правой лобно-височной области и сотрясение мозга. Единственный рентгеновский аппарат, бывший в больнице, за несколько дней до этого вышел из строя, его собирались ремонтировать, поэтому рентгено-

графия черепа пострадавшего не была произведена.

Больной был госпитализирован, кожная рана в лобно-височной области головы обработана. На протяжении последующих дней он жаловался на усиливающуюся головную боль, головокружение, рвоту после приёма пищи. Состояние прогрессивно ухудшалось, на пятые сутки стало угрожающим.

В сопровождении врача скорой помощи больной был доставлен в ЦРБ, где, при рентгенографии у него обнаружили оскольчатый перелом лобной кости. Экстренно произведена декомпрессионная трепанация черепа, но спасти пострадавшего не удалось.

В ответах на вопросы следователя судебно-медицинская экспертная комиссия указала, что диагноз, установленный гражданину Г. в участковой больнице, был неправильным, причиной этого явилось недостаточное обследование, не была произведена совершенно необходимая в таких случаях рентгенография черепа. В связи с ошибочным диагнозом пострадавшему не была своевременно оказана соответствующая хирургическая помощь, а применённая консервативная терапия не могла обеспечить должного положительного эффекта.

4. Ошибки в ведении медицинской документации

Эти ошибки могут приводить к неправильным выводам о диагностике заболевания, к неверным решениям ВТЭК, к недостаточно обоснованным реабилитационным мероприятиям.

Анализ всех видов врачебных ошибок играет очень важную роль в их предупреждении, в повышении квалификации врачей. Этот анализ проводится, в основном, на клинико-анатомических конференциях. Клинико-анатомические конференции стали в наших лечебных учреждениях давней и хорошей традицией. Впервые они были введены в практику работы нашим крупнейшим патологоанатомом И.В. Давыдовским в 1930 году, а в 1935 году стали обязательными для всех лечебных учреждений.

В приложении № 7 к приказу Министерства здравоохранения СССР от 4 февраля 1983 года за № 375 сформулированы основные задачи клинико-анатомических конференций. Ими являются:

Повышение квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений и улучшение качества клинической диагностики и лечения больных путём совместного обсуждения и анализа клинических и секционных данных

Выявление причин и источников ошибок в диагностике и лечении больных на всех этапах медицинской помощи; выявление причин несвоевременности госпитализаций: недостатков в работе вспомогательных служб (рентгенологической, лабораторной, функциональной диагностики и т.д.).

В задачу клинико-анатомических конференций входит обсуждение: всех случаев расхождения клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов; всех наблюдений, представляющих научно-практический интерес; редких наблюдений и необычно протекающих заболеваний; случаев лекарственных болезней и лекарственного патоморфоза заболеваний; случаев смерти больных после хирургических и терапевтических вмешательств, особенно тех больных, которые были госпитализированы по экстренным показаниям; острых инфекционных заболеваний, неясных случаев, требующих совместного обсуждения.

И.А. Кассирский справедливо обращает внимание на важность соблюдения деонтологических норм в системе «врач-врач» при проведении клинико-анатомических конференций: «Они, прежде всего, не должны превращаться в судилище патологоанатома над клиницистами. Он (патологоанатом) не должен выступать ни в роли «прокурора», ни в роли «суперарбитра». Не всё видно патологоанатому, не всё объясняет патологическая анатомия; функциональная патология, приводящая иногда к летальному исходу, не может быть констатирована на патологоанатомическом столе. Вместе с тем клиницисты должны строго научно, объективно и самокритично освещать клинику прижизненных данных, открыто признавать происшествие ошибки в диагнозе и лечении больного, выявить причину и указать, как можно было избежать её. Это не унижает клинициста, а возвышает его».

Анализ врачебных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи является одной из прямых обязанностей не только патологоанатома, но и судебно-медицинского эксперта. Такой анализ является одной из важных форм совместной работы бюро судебно-медицинской экспертизы и лечебно-профилактических учреждений.

Заканчивая разбор врачебных ошибок, отметим, что поскольку при них в действиях врача не усматривается признаков умышленной или неосторожной вины, т.е. они не содержат признаков преступления или проступка, то за такие ошибки врач не несёт уголовной ответственности. За врачебные ошибки врача наказывает его врачебная и человеческая совесть, заставляя ещё и ещё раз анализировать об-

стоятельства, при которых возникла ошибка, и делать всё, чтобы не повторить подобной в будущем.

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

В некоторых случаях исходы неблагоприятного медицинского вмешательства могут возникнуть и при правильно и своевременно поставленном диагнозе и надлежащем лечении. Это так называемые несчастные случаи в медицинской практике.

Несчастливыми случаями в медицинской практике называют такие неудачные исходы диагностических или лечебных процедур, или вмешательств, при которых, на основании современных данных медицинской науки, объективно невозможно было их предупредить. Неудачные исходы медицинских вмешательств в этих случаях не зависят от чьих-либо ошибок, они связаны со случайными обстоятельствами, которых врач не мог предвидеть. Это означает, что в действиях врача в подобных случаях отсутствуют признаки противоправности.

К типичным несчастным случаям в медицинской практике могут быть отнесены, например, смерть больного от непереносимости лекарственных средств (чаще антибиотиков) при первом их применении, смерть от жировой эмболии при операции металлоостеосинтеза, смерть на операционном столе при показанном и правильно проводимом наркозе; разрыв операционного рубца через много дней после операции и выписки больного из стационара, рефлекторная остановка сердца во время операции и другие подобные случаи. Несчастливые случаи в медицинской практике отличаются от врачебных ошибок тем, что их нельзя было предвидеть даже при самой добросовестной работе врачей и среднего медицинского персонала.

Приводим пример такого несчастного случая.

Гражданин П., 30 лет, поступил в хирургический стационар с диагнозом «острый аппендицит» на второй день заболевания. Через 12 часов после клинического наблюдения и необходимых лабораторных исследований, при общем вполне удовлетворительном состоянии, больному была произведена операция лапаротомии с удалением флегманозно изменённого червеобразного отростка. В связи с выраженной эмоциональной лабильностью больного, операция производилась при общей внутривенной анестезии (фентанил-тиопентал-дитилиновый наркоз). Операция продолжалась 40 минут, после нар-

коза больной проснулся, сказал несколько фраз, но очень быстро потерял сознание, пульс исчез. Сразу же были начаты активные реанимационные мероприятия, которые продолжались на протяжении 20 часов, но оказались безуспешными. Больной умер.

Как выяснилось, за год до операции П. Перенёс тяжёлую черепно-мозговую травму в виде ушиба головного мозга и субдуральной гематомы с оперативным вмешательством по её удалению. После этой травмы у него и развилась отмеченная выше эмоциональная лабильность.

При вскрытии трупа и гистологическом исследовании в головном мозге констатированы явления, постановкической энцефалопатии вследствие остановки дыхания в ранний послеоперационный период, а также глубокие расстройства кровообращения: престазы, стазы, кровоизлияния, отёки и дислокация мозга с ущемлением миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии, резкие дистрофические изменения и некроз клеток, полнокровие.

Судебно-медицинская экспертная комиссия пришла к выводу, что указанные значительные изменения головного мозга посттравматического характера обусловили повышенную чувствительность гражданина П. к веществам, применяемым при внутривенном наркозе, и спровоцировали депрессию дыхания с последующей остановкой его.

Относя описанное наблюдение к категории «несчастных случаев в медицинской практике», нельзя, вместе с тем, не отметить, что, получив от больного сведения о перенесённой за год до поступления в стационар тяжёлой черепно-мозговой травме с оперативным вмешательством по удалению гематомы, врачам хирургам и анестезиологу следовало бы иметь ввиду этот факт как возможный неблагоприятный фон для наркоза.

ЗАКОН О ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Впервые высшим законодательным органом нашей страны был принят закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека», который стал важнейшим нормативным документом, регламентирующим эту деятельность на всей территории Республики Узбекистан. При составлении закона учитывались рекомендации Всемирной организации здравоохранения, общие гуманные принципы, провозглашённые международным сообществом, а также законодательство

Республики Узбекистан о защите прав и свобод человека и граждан.

Основная направленность закона сформулирована следующим образом: «Трансплантация (пересадка органов и (или) тканей человека) является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан». И хотя здесь не уточняется, какие конкретные граждане подразумеваются, речь, несомненно идёт, прежде всего, о гражданах Республики Узбекистан.

Закон определяет условия и порядок трансплантации, опираясь на современные достижения науки и медицинской практики. Трансплантация рассматривается как особая медицинская операция, которая может быть применена только в том случае, если другие средства не могут гарантировать сохранение жизни или восстановление здоровья реципиента. Человеку могут быть пересажены органы и (или) ткани, взятые либо у живого человека, либо у трупа.

У живого донора органы или ткани могут быть изъяты только в том случае, если это действие не причинит значительный вред его здоровью. К сожалению, закон не определяет понятие «значительного вреда». Вполне очевидно, что, например, взятие у живого донора не только такого важного органа, как почка, но и лоскутов кожи сопряжено со значительным вредом его здоровью. Однако такие процедуры проводятся и не запрещены. Закон подразумевает другое: операция по изъятию органа и (или) ткани у живого донора должна быть произведена с наименьшим риском полной гибели или инвалидизации донора. Ясно, что трансплантация возможна только с согласия как донора, так и реципиента. Показания к изъятию органов или тканей у живого донора определяет консилиум врачей.

В законе приводится перечень органов и тканей, могущих быть объектами трансплантации: сердце, лёгкое, почка, печень. Вместе с тем, допускается отнесение к объектам трансплантации «других органов», перечень которых определяется Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Действие закона не распространяется на органы, их части и ткани, имеющие отношение к процессу воспроизводства (яйцеклетку, сперму, яичники, яички или эмбрионы), а также на кровь и её компоненты. На первый взгляд может показаться, что это положение недостаточно определённо и может восприниматься двояко: с одной стороны как запрещение использования для трансплантации перечисленных органов, их частей или тканей; с другой стороны, как отсутствие запрещения, так как закон не распространяется на эти объекты в со-

ответствии с ныне действующим общим принципом законодательства: что законом не запрещено, то – разрешено. Включение репродуктивных тканей в один ряд с широко распространённым переливанием крови и её заменителей позволяет склониться ко второму варианту трактовки этой части закона.

Органы и ткани не могут быть взяты у любого человека. Ограничения касаются следующих категорий людей:

а) не достигших восемнадцатилетнего возраста (при этом дословно записано: «за исключением случаев пересадки костного мозга»; данное положение сформулировано нечётко, т.к. в нём говорится об ограничениях «по изъятию», а исключение делается по «пересадке»);

б) признанных в установленном законом порядке душевнобольными;

в) страдающих болезнью, представляющей опасность для жизни и здоровья реципиента (заразные инфекционные заболевания, венерические болезни, ВИЧ-инфекция, онкологические заболевания и т.п.);

г) находящихся в служебной зависимости от реципиента.

Принуждение живого донора к согласию на изъятие у него органов или тканей для трансплантации влечёт за собой уголовную ответственность.

Изъятие органов и тканей разрешается исключительно в государственных учреждениях здравоохранения. Круг учреждений, где может осуществляться трансплантация, ещё более ограничен. Это могут быть только специализированные учреждения здравоохранения. Перечень учреждений, которым разрешается производить изъятие, заготовку и трансплантацию органов и тканей человека, а также и правила работы устанавливаются Министерством здравоохранения.

Одним из таких правил является обязательное медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей конкретному человеку. Такое заключение может быть дано консилиумом врачей после всестороннего обследования предполагаемого реципиента, при исчерпании иных возможностей сохранения жизни больного или восстановления его здоровья. В состав консилиума в обязательном порядке включаются лечащий врач, хирург и анестезиолог. При необходимости привлекаются и другие специалисты.

Другим обязательным правилом является согласие реципиента на трансплантацию ему органов и (или) тканей. Согласию должно

предшествовать подробное информирование пациента обо всех возможных осложнениях, связанных с предстоящей трансплантацией. Согласие должно быть дано только в письменной форме. Для передачи органов и (или) тканей в возрасте менее восемнадцати лет либо реципиентам, признанным в установленном законом порядке душевнобольными, необходимо письменное согласие их родителей или законных представителей. В исключительных случаях трансплантация может быть осуществлена без согласия реципиента. Исключительность ситуации определяется двумя основными моментами:

- а) промедление с проведением операции угрожает жизни реципиента;
- б) получить согласие в реально существующее время технически невозможно.

Закон устанавливает специальные положения, касающиеся изъятия органов и (или) тканей у трупов и живых доноров.

При изъятии органов и (или) живых тканей у трупов важнейшим является положение о презумпции согласия на изъятие органов и (или) тканей. Уместно привести полный текст статьи: «Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо, либо его близкий родственник, либо законный представитель заявили о своём несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту». С самого начала заметим, что установленный законом порядок подлежит исполнению. Однако приведённое содержание презумпции согласия не может не вызывать вопросов как морального, так и юридического характера.

Во-первых, часто ли в своей жизни, особенно в относительно короткой, молодой и желанной, человек задумывается о посмертной судьбе своих глаз, кожи, печени и т.п.? Как он распорядился бы своими органами, если бы вопрос об этом был задан ему при жизни? Кто может предсказать этот ответ? Изложенная в законе «презумпция», фигурально говоря, злоупотребляет неведением человека. Между тем, хотя эта проблема необычна, в ряде стран всё-таки делаются попытки её решить.

Во-вторых, очень неопределённо звучит возможное вето на изъятие органов и (или) тканей у погибшего человека со стороны его близких родственников (муж, жена, отец, мать, дети, братья, сёстры, дедушка, бабушка, внуки) или законных представителей. В тексте го-

ворится, что «Изъятие... не допускается, если при жизни данное лицо, либо его близкие родственники, либо законные представители заявили о своём несогласии...». То, что сам он может заявить о своём несогласии только при жизни, очевидно. Но из текста закона можно понять, что «несогласие» близких родственников или законного представителя тоже должно быть высказано при жизни умершего. Иначе говоря, после того, как человек умер, родственники и законный представитель теряют право на «несогласие».

В-третьих, закон, и это естественно, не является сводом этических норм. Однако, любой закон не должен вступать в противоречие с ними или игнорировать их. А в этом конкретном случае закон с полнейшим безразличием относится к тому сложному и тяжёлому психологическому состоянию, в котором находятся близкие родственники умершего.

Важнейшим положением, допускающим изъятие органов и (или) тканей) у трупа, является констатация смерти, т.е. совокупность бесспорных доказательств факта смерти, зафиксированная консилиумом врачей-специалистов. При этом специально оговаривается, что в диагностике смерти предполагаемого донора не разрешается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачивающих её. Последнее требование очевидно и не нуждается в каком-либо обосновании. Процесс вынесения консилиумом заключения о факте наступившей смерти должен происходить в точном соответствии с процедурой, утверждённой Минздравом Республики Узбекистан. Так требует закон. Однако, в законе имеется нюанс, на котором следует акцентировать внимание. Это – понятие самой смерти. В общебиологическом плане, смерть - это исход жизни, который наступает с последним сокращением сердца, т.е. тогда, когда перестают функционировать основные жизненно важные системы организма: сердечно-сосудистая, дыхательная и центральная нервная. Между тем, в законе говорится не о такой смерти, а о «смерти головного мозга», т.е. о состоянии обречённости организма, о невозможности восстановления функции головного мозга, о том, что, без проведения специальных медицинских мероприятий по искусственному поддержанию функций сердца и лёгких, сохранение жизни невозможно. Именно о такой «смерти» и идёт речь в законе.

Закон определяет порядок выдачи разрешения на изъятие органов и (или) тканей у трупа: право давать его предоставлено главному врачу учреждения здравоохранения, исключая случаи, когда назнача-

ется судебно-медицинская экспертиза. В последнем случае, кроме главного врача, разрешение должно быть дано и судебно-медицинским экспертом с обязательным уведомлением прокурора.

При выдаче разрешения на изъятие органов и (или) тканей у живого донора следует соблюдать три обязательных условия:

а) донор должен быть предупрежден о возможных осложнениях в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и (или) тканей;

б) донор должен свободно и сознательно, причём в письменной форме, выразить согласие на изъятие у него органов и (или) тканей;

в) донор должен быть подвергнут всестороннему медицинскому обследованию консилиумом врачей и должен получить заключение консилиума о возможности изъятия у него органов и (или) тканей в целях трансплантации.

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора допускается, если он находится в генетической связи (кровном родстве) с реципиентом. Живой донор имеет право не только на полную информацию о возможных осложнениях, для его здоровья в результате операций по изъятию органов и (или) тканей, но и на бесплатное лечение, в том числе и медикаментозное, в связи с проведённой операцией.

В законе имеется ещё одно не вполне чёткое положение, осуществить которое практически невозможно. Закон говорит о том, что у живого донора может быть изъят для трансплантации парный орган, часть органа или ткань, отсутствие которых не влечёт за собой «необратимого расстройства здоровья». Парным органом, например, являются почки. Обе почки изъять нельзя, т.к. донор умрёт. Поэтому речь должна идти об изъятии лишь одного из двух входящих в пару органов. Второй, практически абсурдной частью этого положения является требование изъятия органа (или части органа) без необратимого расстройства здоровья. Изъятый орган и (или) ткань (кроме крови, костного мозга и небольших участков кожи) не восстанавливается, не вырастает вновь, он необратимо утрачивается, что влечёт за собой необратимое расстройство здоровья.

Закон устанавливает ответственность врачей и иных сотрудников учреждения здравоохранения за разглашение сведений о доноре и реципиенте, за продажу изъятых органов и (или) тканей, за вред, нанесённый здоровью донора или реципиента в результате нарушений условий и порядка трансплантации. В законе, с одной стороны, говорится о том, что органы и (или) ткани человека не могут быть пред-

метом «купли-продажи», с другой стороны, в законе указано, что «действие закона не распространяется на препараты и пересадочные материалы, для приготовления которых были использованы тканевые компоненты». Следовательно, предметом «купли-продажи» не могут быть органы и (или) их части, а также необработанные тканевые компоненты.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ МОРАЛЬНОГО УЩЕРБА

Каждый гражданин с рождения, в соответствии с законом, обладает рядом личных (неотчуждаемых и непередаваемых) немущественных (нематериальных) прав. В их числе: жизнь, здоровье и достоинство личности, личная моральная и телесная неприкосновенность, честь, деловая и личная репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна, право свободного передвижения, выбора места временного и постоянного проживания, авторское право и т.п. Эти права охраняются законом. Ответственность за нарушение личных немущественных прав, в основном, предусматривается Гражданским кодексом (ГК) Республики Узбекистан. При этом одним из видов ответственности за нарушение упомянутых прав является компенсация нанесённого морального ущерба в денежной или иной материальной форме.

Ст. 1022 ГК Республики Узбекистан определяет способ и размер компенсации морального вреда: ответственность за причинение морального вреда (физических и нравственных страданий) наступает в том случае, если нарушаются личные немущественные либо другие нематериальные права гражданина (ответственность за причинение морального вреда может наступить и в иных, предусмотренных законом, ситуациях).

Для привлечения к ответственности за причинение морального вреда необходимо сочетание следующих обязательных условий:

- установление факта противоправного действия конкретного лица;
- наличие реального ущерба (физических или нравственных страданий либо и того, и другого);
- наличие причинной связи между противоправным действием (бездействием) и причинённым вредом;
- наличие вины лица, причинившего вред.

Иск потерпевшего рассматривается в ходе гражданского судопроизводства. Причем обязанностью потерпевшего является предъявление доказательств по первым трем позициям. Ответчик обязан доказать обратное. Если он не опровергнет претензий в свой адрес, суд вправе считать его виновным в причинении морального вреда и может своим судебным решением обязать его возместить моральный вред в полном объеме.

Определяя размер денежной или иной компенсации морального вреда, суд учитывает степень вины ответчика, обстоятельства и условия, при которых был причинен вред, а также степень физических и (или) нравственных страданий с учётом индивидуальных особенностей и социального положения пострадавшего.

Ответственность за причинение морального вреда может наступить не только при умышленном или неосторожном совершении деяния, но и в результате случайного причинения ущерба и даже при правомерных действиях.

В медицинской практике физические и нравственные страдания чаще всего причиняются пациенту при невыполнении или ненадлежащем выполнении своих обязанностей персоналом лечебного или лечебно-профилактического учреждения. Такие деяния (действия или бездействие) могут подпадать и под действие ст. 207 УК Республики Узбекистан, предусматривающей уголовную ответственность за халатность. В этом случае пострадавшее лицо может предъявить иск о возмещении морального ущерба. Если же действия персонала ограничиваются дисциплинарной ответственностью, то и в этом случае может быть предъявлен иск о компенсации морального вреда.

Можно привести несколько наиболее типичных примеров, касающихся предъявления претензий за причинение морального вреда:

- поздняя диагностика и неоправданно затянувшийся диагностический процесс, повлекшие за собой позднее начало патогенетической терапии и, как следствие, запоздалое излечение больного, что оказалось связанным с удлинением сроков физических и нравственных страданий пациента;
- неправильная диагностика заболевания, повлекшая за собой неадекватное лечение, удлинение сроков лечения, развитие возможных осложнений и, как следствие, причинение дополнительных физических и нравственных страданий;
- ошибочный выбор способа хирургического вмешательства, вида медицинской процедуры или лекарственной терапии, повлек-

ший за собой утяжеление состояния больного, развитие осложнений, удлинение сроков лечения, возможную инвалидизацию;

- ошибки при выполнении хирургических операций, медицинских процедур и медикаментозной терапии с последствиями, перечисленными в предыдущей позиции;

- поздняя госпитализация, сопровождающаяся утяжелением состояния больного или пострадавшего и повлекшая за собой дополнительные физические и нравственные страдания;

- нарушение правил транспортировки пострадавшего или больного, приведшее к развитию острых осложнений, критического состояния здоровья и т.п.;

- нарушение преемственности в лечении, выражающееся в неполучении информации о лечебно-диагностических мероприятиях, выполнявшихся на предыдущих этапах диагностики, и лечение, вследствие которого ухудшается состояние здоровья пациента;

- ошибочное врачебно-экспертное решение, поставившее инвалида в равные со здоровыми людьми условия;

- неоправданно ранняя выписка больного из стационара, преждевременное прекращение амбулаторного или стационарного лечения;

- ошибки или небрежность при ведении медицинской документации, повлекшие за собой ошибочную или позднюю диагностику, нарушение преемственности в лечении, ошибочное врачебно-экспертное решение и, как следствие, причинение пациенту морального ущерба;

- ненадлежащие санитарно-гигиенические условия, приводящие не только к ухудшению физического здоровья, но и к нравственной неудовлетворённости больного человека;

- грубое, бестактное, неуважительное, негуманное отношение медицинского персонала к человеку, обратившемуся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью; к пациенту, находящемуся в стационаре в беспомощном состоянии; к больному, которому проводятся медицинские процедуры в порядке лечения или реабилитации.

Иски о причинении морального вреда могут подаваться в суд как непосредственно пострадавшим, так и через страховые компании, представляющие интересы пациента.

Пациент может предъявить иск в связи с разглашением медицинскими работниками врачебной тайны, если это затронуло его честь, достоинство или деловую репутацию.

Наряду со всем вышеизложенным, необходимо акцентировать внимание на том, что в целом ряде случаев в защите чести, достоинства и деловой репутации нуждается сам медицинский работник, о котором распространяются клеветнические измышления, который подвергается оскорблениям, бестактности, грубому отношению со стороны пациента или его родственников, и т.п. Он, в свою очередь, может обращаться в суд с иском о возмещении причинённого ему морального ущерба. Для суда оценка таких ситуаций наиболее сложна, поскольку приходится учитывать не только сам факт причинения врачу или иному медицинскому работнику нравственных страданий, но и психологическое состояние пациента, которое во многом определяется характером и тяжестью имеющихся у него заболеваний или травмы, хотя последнее и не исключает ответственности за причинённый ему вред.

ПРАВОВАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Среди социальных задач в нашем государстве нет более важной, чем забота о здоровье людей. Закономерно поэтому, что правительство уделяет постоянное внимание совершенствованию и развитию здравоохранения.

Основными принципами здравоохранения являются: государственный характер; социально-гигиеническое и профилактическое направление; единство и плановость; общедоступность медицинской помощи; неразрывная связь науки с практикой; широкое участие трудящихся в организации здравоохранения.

Право на охрану здоровья людей законодательно закреплено в конституции Республики Узбекистан. «Это право обеспечивается квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактических мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды; особой заботой о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развёртыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активности жизни граждан».

Реализуя эти права трудящихся, наше государство непосредственно организует охрану здоровья народа и руководит системой органов здравоохранения.

Деятельность органов, практически осуществляющих мероприятия по охране здоровья населения нашей страны, протекает в соответствии с законодательством о здравоохранении, представляющим собой совокупность законов, правовых актов и норм, издаваемых государством по вопросам здравоохранения, которые регулируют общественные отношения в области охраны здоровья населения. Сюда относятся законы, устанавливающие требования и нормативы по организации здравоохранения, санитарно-гигиенической охраны труда и быта населения, по борьбе с инфекционными и другими заболеваниями. Законодательство о здравоохранении отражает современный уровень состояния системы здравоохранения в стране, воплощает в себе весь накопленный в этом отношении правовой опыт и провозглашает ряд новых прогрессивных положений.

Одной из основных задач здравоохранения по улучшению охраны здоровья населения является поэтапное введение ежегодной диспансеризации всего населения страны. Для обеспечения права граждан на квалифицированную помощь большое значение имеет законодательство о здравоохранении, в котором четко регламентируется порядок оказания гражданской лечебно-профилактической помощи, применения методов диагностики, специальных мер профилактики.

В законе отмечается: «Лицам, пострадавшим от несчастных случаев или оказавшимся вследствие внезапного заболевания в состоянии, требующем срочной медицинской помощи, эта помощь оказывается безотлагательно ближайшим лечебно-профилактическим учреждением, независимо от ведомственной принадлежности».

Медицинские и фармацевтические работники обязаны оказывать первую неотложную медицинскую помощь гражданам в дороге, на улице, в общественных местах и на дому.

Медики нашей страны в своей деятельности руководствуются морально-этическими нормами, принципами медицинской деонтологии и врачебной этики. Но эти нормы и принципы могут рассматриваться лишь в точном соответствии с законами, на которых они базируются. А законы предусматривают юридическую ответственность врача (как и иного медицинского работника) за невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязанностей, т.е. за профессиональные правонарушения.

Законодательством предусмотрена уголовная ответственность за неоказание медицинской помощи без уважительных причин.

Ст. 116 Уголовного кодекса Республики Узбекистан гласит: «Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным её оказывать по закону или по специальному правилу, – наказывается исправительными работами на срок от двух до трёх лет либо арестом до трёх месяцев с лишением определённого права от 3-х до 5 лет.

То же деяние, если оно повлекло или могло повлечь смерть больного, – наказывается арестом от 3 до 6 месяцев или лишением свободы на срок до пяти лет, а повлекшее тяжкие последствия – наказывается лишением свободы на срок от пяти до восьми лет.

Поскольку по закону медицинская помощь должна оказываться врачами, фельдшерами, акушерами, провизорами и другими медицинскими и фармацевтическими работниками, эти люди, в случае неисполнения ими указанных обязанностей, могут быть субъектами преступления и привлекаются к уголовной ответственности. Вопрос о том, являлись причины неоказания медицинской помощи уважительными или нет, решается в каждом конкретном случае на основе оценки всей совокупности обстоятельств дела. Так, уважительными причинами могут быть: оказанием медицинским работником в то же самое время помощи другому нуждающемуся в ней больному; физическая несостоятельность или болезнь самого медицинского работника; объективная невозможность вступить в контакт с больным, нуждающимся в медицинской помощи (например, в связи с отсутствием транспортных средств для выезда к находящемуся далеко больному).

Закон устанавливает права и обязанности врачей по применению новейших методов диагностики, лечения и использования новых лекарственных средств. Закон гласит: «В медицинской практике врачи применяют методы диагностики, профилактики и лечения, лекарственные средства, разрешённые Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. В интересах больного и с его согласия, а в отношении больных, не достигших шестнадцатилетнего возраста или психически больных – с согласия их родителей, опекунов или попечителей, врач может применять новые, научно-обоснованные, но ещё не допущенные ко всеобщему применению методы диагностики, профилактики, лечения и лекарственные средства. Порядок применения указанных методов диагностики, профилактики, лечения и лекарственных средств устанавливается Министерством здравоохранения

Республики Узбекистан.

Многие лечебные медицинские вмешательства, прежде всего хирургические, а в настоящее время и некоторые терапевтические, сами по себе являются далеко не безразличными для организма, причиняют ему определённый вред, а иногда сопряжены даже с риском опасности для жизни. Некоторые диагностические процедуры, такие как эндоскопические исследования, аорто- и артериография, пункция грудины и т.п., также связаны с риском опасности для здоровья и жизни.

Любые принципиально новые медицинские вмешательства, особенно сопряжённые с риском для здоровья или жизни могут быть допущены к применению только после тщательной экспериментальной и клинической проверки, после разрешения Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Из этого правила могут быть сделаны единичные исключения, о которых будет сказано ниже («действия врача в условиях крайней необходимости»).

При производстве сложных диагностических процедур, представляющих опасность для здоровья и жизни, следует руководствоваться следующим правилом; такие процедуры могут производиться только тогда, когда ожидаемая от них информация жизненно необходима для постановки диагноза, и её невозможно получить никаким другим путём.

Вопрос о необходимости (показанности) хирургического вмешательства и сложных, диагностических процедур решается лечащим врачом (или, если случай недостаточно ясен, несколькими врачами). Практика показывает, что иногда больные отказываются от операции, несмотря на её необходимость. В таких случаях врач должен доказать больному неизбежность оперативного вмешательства, побороть его страх перед ним, терпеливо разъясняя самому больному и его родственникам, что операция – это единственный путь к излечению.

В законе не содержится указаний о том, каким образом следует оформлять согласие больного или его законных представителей на операцию: нужно ли брать подписку или достаточно записи в истории болезни о согласии на операцию.

В некоторых лечебных учреждениях больному предлагается оформить расписку о согласии на операцию. Большинство крупных хирургов, активно оперирующих и работающих в области медицинской деонтологии, считает, что этого нельзя делать, т.к. фактически

такая расписка означает, что от больного получено согласие не только на операцию, но и на возможные неблагоприятные последствия. Расписка удручающе действует на больного, он начинает думать, что хирург не уверен в благополучном исходе операции (или даже убеждён в её неблагоприятном исходе) и «страхует» себя. Расписка весьма отрицательно влияет на взаимоотношения больного и врача, подрывает взаимное доверие. Ведь основной довод в пользу получения согласия на операцию в форме расписки – это предполагаемая возможность гибели больного на операционном столе или в послеоперационном периоде и, поскольку расписка есть, значит хирург не виновен в смерти больного. На самом деле никакая расписка не исключает возможности вины врача в смерти больного, если, например, операция не была показана или была произведена технически неправильно.

Получение согласия больного на операцию является осуществлением его конституционного права на неприкосновенность личности и, если больной даёт такое согласие, то это означает, что он сам сознательно решил, что операция необходима для сохранения его здоровья или жизни. Следует считать, что согласие больного на операцию может быть оформлено в виде записи лечащего врача (хирурга) в истории болезни после предоперационного эпикриза, в котором обосновывается необходимость хирургического вмешательства и его предполагаемый объём. Такая запись, произведённая в присутствии заведующего отделением или другого врача и заверенная их подписями, будет иметь юридическую силу.

В связи с подозрением на раковую опухоль поджелудочной железы, гражданке Ш., 58 лет, в условиях онкологического стационара с диагностической целью была проведена мезентериоицекалиграфия по способу Сельдингера. Сама манипуляция прошла без осложнений, но уже через три часа появились признаки тромбоза бедренной артерии, в которую вводилось контрастное вещество. В связи с безуспешностью консервативной терапии ногу пришлось ампутировать, а через несколько дней, из-за прогрессирующего тромбоза, была ампутирована и вторая нижняя конечность.

Диагноз рака поджелудочной железы не подтвердился.

По материалам расследования жалобы больной на неправильную диагностику и лечение проведена судебно-медицинская экспертиза. Эксперты в своём заключении отметили, что в истории болезни гражданки Ш. Не приводились обоснования необходимости (в смысле неизбежности) такой серьёзной диагностической процедуры, какой

является ангиографическое исследование. С учётом возраста больной этому исследованию должны были предшествовать функциональные пробы, направленные на исключение болезненных изменений сосудистой системы. Такие пробы не проводились, в связи с чем не были выявлены те противопоказания для ангиографии, которые, как позже выяснилось, имелись у конкретной больной (склероз сосудов, повышенная свёртываемость крови).

И, наконец, в истории болезни не содержалось записи о согласии женщины на диагностическую ангиографию, что является нарушением законодательства о здравоохранении, т.к. эта процедура связана с риском опасности для здоровья и жизни.

Как быть, если согласия больного на операцию получить не удаётся? В таких случаях лечащий врач, заведующий отделением, главный врач лечебного учреждения, его консультант и другие авторитетные специалисты должны прежде всего использовать все возможные способы для того, чтобы убедить больного или его законных представителей в необходимости операции. При категорическом отказе, зафиксированном с истории болезни, оперировать, конечно, нельзя.

Если оперативное вмешательство является единственным способом спасения жизни больного, т.е. необходимым по жизненным показаниям (кровотечение в брюшную полость вследствие нарушенной внематочной беременности, заворот кишечника, травма с повреждением внутренних органов и т.п.), а получить согласие больного или его законных представителей на операцию не представляется возможным, то ответ на вопрос о том, как следует поступить, даёт вторая часть «Основ законодательства о здравоохранении». Она гласит: «Неотложные хирургические операции производятся, и сложные методы диагностики применяются врачами без согласия самих больных либо их родителей, опекунов или попечителей только в тех случаях, когда промедление в установлении диагноза или проведении операции угрожает жизни больного, а получить согласие указанных лиц не представляется возможным».

Прежде всего, закон разрешает врачу производить хирургические операции и применять сложные методы диагностики и без согласия самих больных или их законных представителей, но только в исключительных случаях, когда промедление в установлении диагноза или проведении операции угрожает жизни больного. Здесь речь идёт только о так называемых жизненных показаниях для сложных

диагностических процедур (которые сами по себе могут представлять опасность для жизни) и для проведения хирургических операций.

О таких показаниях для сложных хирургических процедур мы уже говорили: проведение их правомерно только тогда, когда ожидаемая при этом информация жизненно необходима для постановки правильного диагноза, а получить её другим путём не представляется возможным. Как правило, это случаи, в которых для подтверждения предполагаемого диагноза необходимо срочное хирургическое вмешательство.

В законе не содержится перечня исключительных экстремальных состояний, представляющих реальную опасность для жизни, которые дают врачу право оперировать без согласия больного или его законных представителей. Практика показывает, что подобные случаи охватываются неотложной (ургентной) хирургией.

Неотложная хирургия... Это значит, что её нельзя отложить, что хирургическое вмешательство производится по витальным, жизненным, абсолютным показаниям, что без операции неминуемо наступит смерть больного, а операция даёт шанс на спасение, особенно, когда она произведена своевременно.

Каждый случай ургентного хирургического вмешательства – это сложный и однозначный экзамен, который жизнь устраивает врачу, экзамен на профессиональную зрелость, на чувство ответственности за порученное дело. Каждая ургентная операция – это бой за жизнь больного, и другой альтернативы нет и не может быть.

Неотложные хирургические операции производятся либо при заболеваниях, (чаще всего это группа заболеваний, обозначаемых общим термином «острый живот»; заболевания сердечно-сосудистой системы, например, тромбозы крупных артериальных и венозных стволов, некоторые другие), либо при различных воздействиях факторов внешней среды, чаще всего механических (повреждениях причинённых тупыми, острыми предметами, огнестрельных ранениях), т.е. при механической травме. Как правило, это повреждения, опасные для жизни, т.е. такие, которые при обычном течении процесса, без медицинской помощи, заканчиваются смертью.

Диагностика указанных повреждений и сами хирургические вмешательства при них имеют определённые особенности.

Так, «фоном», на котором производится оперативное вмешательство, является опасное для жизни состояние, обусловленное травмой или заболеванием (шок, острая кровопотеря, кома и т.п.). На

это состояние наслаивается операционная травма, что ещё более усиливает тяжесть состояния больного. Нередко в подобных случаях возникают диагностические трудности, вызванные бессознательным состоянием больного, отсутствием анамнеза.

В ряде случаев больные и пострадавшие, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи, находятся в состоянии алкогольного опьянения, которое затушёвывает клиническую картину, затрудняет диагностику заболевания или травмы. Кроме того, пьяный не может достаточно критично отнестись к своему состоянию, часто недооценивает его опасность и, в ряде случаев не даёт согласия на необходимую операцию. Всё это обуславливает высокий процент летальности при urgentных хирургических вмешательствах.

Действия хирурга в urgentных случаях являются действиями в условиях крайней необходимости.

Следует иметь в виду, что каждое хирургическое вмешательство, сопровождающееся вскрытием полости черепа, грудной или брюшной полости, а также операции на крупных магистральных сосудах, сами по себе являются опасными для жизни и, следовательно, по этому признаку могут быть квалифицированы как тяжкие телесные повреждения. Хирург совершает такие операции умышленно, то есть сознательно.

Уголовным кодексом предусмотрена ответственность за умышленное причинение тяжкого телесного повреждения (ст. 104 УК Республики Узбекистан). Но, хотя действия хирурга в этих случаях формально подходят под признаки уголовно наказуемых, они, тем не менее являются правомерными, поскольку совершаются в условиях крайней необходимости.

В urgentных случаях речь всегда идёт о крайней необходимости хирургического вмешательства, которая возникает ввиду наличия реальной опасности, угрожающей жизни больного или пострадавшего при травме, и эта опасность не может быть устранена никакими другими средствами, кроме операции. Ясно, что состояние крайней необходимости имеет место только тогда, когда опасность для жизни человека действительно является реальной, а не гипотетической, возможной. Таким образом, если, например, предпринимается так называемая «плановая» операция, как метод выбора, как один из возможных методов лечения, то в подобном случае состояния крайней необходимости нет. Это обуславливается тем, что одним из условий, относящихся к устранению опасности, является невозможность ликви-

дации её другими средствами. Следовательно, вред здоровью, причинённый при предотвращении опасности для жизни операционной травмой, (которая сама по себе является опасной для жизни), лишь тогда будет считаться правомерным, когда действия хирурга (оперативное вмешательство) были единственным средством предотвращения опасности для жизни, вызванной заболеванием или травмой. Вторым обязательным условием, которое делает действия хирурга в urgentных случаях правомерными, является то, что причиняемый операцией вред здоровью должен быть менее значительным, чем предотвращённый ею вред. Другими словами, сам характер и объём хирургического вмешательства должны быть менее опасными для больного, чем патологический процесс или травма, по поводу которых производится хирургическое вмешательство. Кстати, это положение, как уже указывалось, полностью относится не только к urgentным, но и ко всем лечебным и диагностическим действиям хирургов и врачей других специальностей.

Если хирургом не были приняты все необходимые меры для обеспечения успешного исхода операции или в его действиях имели место элементы преступной халатности (невыполнение или небрежное выполнение своих служебных обязанностей, преступная самонадеянность или медицинское невежество), то в этих случаях состояние крайней необходимости учитываться не будет, и, при неблагоприятном исходе операции, хирург будет нести ответственность за свои неправомерные действия.

Приводим примеры халатных действий при urgentных операциях:

Гражданин И., 53 лет, длительное время страдал язвенной болезнью желудка. В хирургический стационар он был доставлен скорой помощью с сильным желудочным кровотечением. Остановить кровотечение консервативными мероприятиями не удалось. Больному была предложена операция, на которую он дал согласие.

При операции в кардиальном отделе желудка была обнаружена обширная язва, по внешнему виду похожая на злокачественное новообразование (в дальнейшем, при гистологическом исследовании констатирован переход язвы в рак). Произведена типичная резекция 2/3 желудка с образованием трубки из большой кривизны и наложением анастомоза с двенадцатиперстной кишкой.

Послеоперационный период протекал без особых осложнений, но рана на животе, к моменту выписки больного из стационара, полностью не зажила.

После недельного пребывания дома, когда состояние было удовлетворительным, гражданин И. почувствовал резкие боли в животе, экстренно был доставлен в стационар, где, рентгенографически, в брюшной полости обнаружены четыре инородных тела. При срочно произведённой операции они были извлечены. Оказалось, что это кровоостанавливающие зажимы Бильрота, оставленные при первой операции. Больной умер от разлитого перитонита с абсцедированием внутренних органов через три недели после второй операции.

Хотя принципиально, после операции на желудке, такой перитонит мог развиваться и без инородных тел в брюшной полости, совершенно очевидно, что в этом случае налицо как преступная халатность врача, так и дефект организации работы в хирургическом стационаре (отсутствие надлежащего учёта операционного материала и инструментов в момент и после операции).

В другом случае в родильное отделение больницы поступила гражданка С., 25 лет, со срочными родами. Установив ягодичное предлежание плода, дежурная санитарка вызвала из дома врача. Он прибыл через 40 минут, произвёл внутреннее исследование, при этом вскрыл пузырь, в результате чего выпала ножка. Через 20-25 минут при сильных потугах и лёгком потягивании появилась вторая ножка и ягодички, затем плечики и ручки.

Для выведения головки из полости матки производилось подтягивание плода за плечики с одновременным давлением на головку снаружи. Во время этой манипуляции произошёл разрыв позвоночника в шейном отделе, головка держалась на мягких тканях. Тогда врач применил инструменты (крючки, перфоратор), были рассечены мягкие ткани шейки плода, головка полностью отторжена, однако из полости матки не извлечена. Развилось сильное маточное кровотечение, от которого, через три часа после поступления в родильное отделение, женщина скончалась.

При исследовании трупа установлены резкое обескровливание, перфорация передней стенки матки, наличие в её полости отторженной головки плода, повреждённой хирургическими инструментами.

Судебно-медицинская экспертная комиссия в своём заключении указала, что ведение родового процесса врачом было неправильным. Необоснованным явилось преждевременное активное вмешательство в ход родов, закончившееся отрывом головки плода. Операция перфорации головки технически произведена неправильно, во время этой

операции произошло прободение стенки матки и наступило смертельное кровотечение.

Как видно, в этом случае врач проявил своё медицинское невежество.

Высшей ступенью ургентной хирургии являются реанимационные мероприятия при терминальных состояниях. Они всегда подпадают под действия в условиях крайней необходимости.

Реанимация при различных экстренных состояниях, вызванных действием внешних факторов (механическая травма, электротравма, механическая асфиксия, отравления), а также при заболеваниях нередко начинается вне стационара, при отсутствии необходимых условий, приборов и инструментов и, к тому же, иногда производится неподготовленными людьми. Это может приводить к возникновению дополнительной травмы у пострадавших и больных. Но, кстати, следует заметить, что и в условиях стационара, проведение реанимационных мероприятий не исключает вероятности образования таких повреждений.

Реанимационные повреждения связаны с нарушением техники проведения реанимационных манипуляций, либо с применением чрезмерных усилий, например, при прямом или непрямом массаже сердца, либо, наконец, с нервозностью или спешкой медицинского персонала, в особенности недостаточно подготовленного. В результате чего развиваются ятрогенные заболевания (повреждения).

Повреждения при реанимации могут носить различный характер. Так, например, при непрямом массаже сердца могут возникать переломы рёбер, иногда множественные, возможны ранения перикарда и лёгкого отломками рёбер. При грубом прямом массаже сердца в мышце его, а также под эпикардом могут образоваться обширные кровоизлияния. Большая часть указанных повреждений возникает в период клинической смерти или даже при наступившей биологической смерти.

ЮРИДИЧЕСКОЕ, НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ.

Медицинская документация представляет собой систему учётно-отчётных документов, предназначенных для записи и анализа данных, характеризующих состояние здоровья отдельных лиц и

групп населения, объём, содержание и качество оказываемой медицинской помощи, а также деятельность лечебно-профилактических учреждений.

В нашем государстве медицинская документация является единой, универсальной, обеспечивающей учёт не только количественных показателей диагностической, лечебной и профилактической работы учреждений здравоохранения. Медицинская документация включает в себя документы первичного учёта, (история болезни, индивидуальная карта амбулаторного больного, листок нетрудоспособности, история развития ребёнка и т.п.) и отчётные документы (карты профилактических прививок, обменная карта поликлиники, экстренное извещение и др.).

Формы медицинских документов едины, каждый из них имеет свой порядковый номер и вводится в действие приказом Минздрава Республики Узбекистан.

Из всех первичных учётных медицинских документов наиболее важным является история болезни (при амбулаторном лечении – индивидуальная карта амбулаторного больного). Она предназначена для фиксации наблюдений за состоянием больного во время его стационарного (амбулаторного) лечения. Это система записей, документирующих результаты диагностических исследований и сам диагноз, лечебные мероприятия, течение и исход заболевания. История болезни является основой для дальнейших, после выписки из стационара, врачебных действий, для решения вопросов реабилитации больного, его трудовой деятельности.

Если заболевание кончается смертью, то в истории болезни отмечаются результаты патологоанатомического или судебно-медицинского исследования трупа.

Схема истории болезни впервые была предложена замечательным клиницистом-терапевтом М.Я. Мудровым (1776-1831), который детально разработал учение об анамнезе, внедрил в клинику методы пальпации, перкуссии и аускультации, лабораторные исследования. История болезни, прежде чем приобрести современную форму, вбирала в себя практические рекомендации виднейших русских и советских учёных - Г.А.Захарьина, А.А.Остроумова, С.П.Боткина, М.В.Чернокруцкого и др. - по построению научно-обоснованных схем клинического обследования больного, по этиопатогенетическому обоснованию диагноза, по комплексному подходу к лечению.

История болезни имеет важное лечебно-диагностическое, научно-практическое, воспитательное и юридическое значение.

Лечебно-диагностическое значение истории болезни проявляется в том, что по записям в ней осуществляются диагностические и лечебные мероприятия.

В настоящее время и постановка диагноза, и лечение больного осуществляются, нередко, не одним, а несколькими врачами. В этих случаях записи в истории болезни позволяют интегрировать усилия многих врачей в процессе диагностики и обеспечить преемственность в ходе лечения больного.

Научно-практическое значение историй болезни заключается в том, что они являются незаменимым источником получения научной информации о причинах и условиях возникновения различных заболеваний, их клиническом течении и исходах. Анализ большого количества историй болезни даёт возможность выработать рекомендации для правильной диагностики, рационального лечения и профилактики болезней. Внедряющиеся в настоящее время способы формализации записей о клинических проявлениях различных заболеваний позволяют применять методы кибернетики в целях диагностики, определения факторов риска, показаний для применения тех или иных методов лечения, в том числе оперативного прогнозирования заболеваний.

Велико воспитательное значение истории болезни. М.В.Черноруцкий отмечал, что у постели больного, с историей болезни в руках формируется настоящий врач.

Прививая студентам-медикам и молодым врачам навыки правильного осмысленного заполнения и ведения историй болезни, педагоги и старшие товарищи воспитывают у них клиническое мышление, способность должным образом оценить наблюдаемую симптоматику и поставить диагноз, определить тактику лечения, развивают и повышают чувство ответственности за жизнь и здоровье больного.

Истории болезни, заполняемые в том или ином лечебном учреждении, объективно характеризуют «лицо» этого учреждения, уровень лечебно-диагностической работы в нём. В каждый стационар или поликлинику, время от времени, приходят новые молодые врачи, формирование и становление которых, как специалистов, осуществляет коллектив. И от того, как поставлена здесь работа с медицинской документацией, зависит многое в воспитании врача.

История болезни нередко фигурирует в роли юридического документа и, поэтому, имеет очень важное юридическое значение.

История болезни является медицинским документом, а любой медицинский документ – это, прежде всего, юридический документ, т.е. он в любую минуту может стать предметом судебно-следственного разбора. Само слово «документ» на русский язык переводится как «способ доказательства».

«Доказательствами по уголовному делу являются любые фактические данные, на основе которых, в определённом законом порядке, органы дознания, следователь и суд устанавливают наличие или отсутствие общественно опасного деяния, виновность лица, совершившего это деяние, и иные обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела.

Эти данные устанавливаются: показаниями свидетеля, показаниями потерпевшего, заключением эксперта, вещественными доказательствами, протоколами следственных и судебных действий и иными документами».

Оказание медицинской помощи гражданам Республики является установленной законом юридической обязанностью лечебно-профилактических учреждений и их работников: врачей, среднего медицинского персонала, которые реализуют конституционное право больных на получение этой помощи.

История болезни (карта стационарного больного, индивидуальная карта амбулаторного больного) протоколирует все действия медицинских работников по оказанию больным лечебно-профилактической помощи. Именно по истории болезни можно судить о необходимости, своевременности и, следовательно, правильности всех лечебно-диагностических мероприятий. В этом состоит, прежде всего, юридическая значимость истории болезни.

Таким образом, описывая в истории болезни (как и в ином медицинском документе) состояние больного и назначенное ему лечение, врач всегда должен иметь в виду правовое значение составляемого им документа, ибо записи в нём, особенно в случаях травмы, в самом широком толковании этого понятия, могут представлять существенный интерес для следствия. В связи с отмеченным, такие записи необходимо производить с учётом требований, предъявляемых к ним как к источникам доказательства.

Чем полнее и объективнее содержание истории болезни, тем легче установить по нему тот или иной интересующий следствие факт.

Так, в истории болезни фиксируется точное время поступления больного (пострадавшего) в стационар. Со слов его или сопровождающих его лиц указывается время и место получения повреждений и обстоятельства или условия, при которых они были причинены. Соответствующие сведения, важные для расследования преступления, могут содержаться также в сопроводительном документе станции скорой помощи, с которым пострадавший поступает в стационар.

Наибольшее значение для расследования преступления против жизни и здоровья имеют данные истории болезни, относящиеся к описанию повреждений. Характер объективных изменений, обнаруженных у пострадавшего, является для лечащего врача основанием и для установления диагноза, и для выбора рациональных методов лечения.

Лечащий врач, исследуя повреждения, устанавливает их морфологические проявления: ссадины, кровоподтёки, раны, вывихи, переломы и т.п.; анализируя свойства повреждений, решает вопрос об их происхождении (от действия тупого или острого предмета, от огнестрельного снаряда и т.п.). Все объективные данные должны фиксироваться в истории болезни. При этом нельзя заменять описание особенностей повреждения (например: «прямолинейная рана, длиной 3 см с ровными, неосаждёнными краями и остроугольными концами, с кровоизлияниями в окружающих мягких тканях») диагнозом «резаная рана». По каждому из обнаруженных повреждений требуется отметить размеры, морфологические свойства, точную локализацию (с указанием анатомической области, опознавательных точек и линий, а при транспортных травмах, огнестрельных и других ранениях, ещё и расстояние от подошвы соответствующей стопы). Описываются формы ран до и после сведения краёв, характер и особенности последних, концов и дна, состояние окружающих тканей (прежде всего наличие или отсутствие кровоизлияний в них).

Содержащиеся в истории болезни данные о повреждениях являются во многих случаях единственным источником сведений о них, т.к., в связи с последующим врачебным вмешательством (первичная обработка ран, иммобилизация переломов и др.), первоначальный вид травмы изменяется (например, ушибленная рана или входные и выходные пулевые отверстия в коже вследствие хирургической обработки превращаются в резаные раны). В дальнейшем сказываются развивающиеся процессы заживления.

Для определения характера телесных повреждений обязательно назначается судебно-медицинская экспертиза. Но судебно-медицинский эксперт редко имеет возможность освидетельствовать пострадавшего сразу после травмы. Чаще это производится спустя то или иное время, обычно через несколько дней, когда, под воздействием лечения и времени, вид повреждений значительно изменяется. Поэтому выводы эксперта по интересующим следствие вопросам, а именно – о характере повреждений, механизмах их возникновения, орудиях травмы, степени тяжести, давности (времени причинения) в значительной степени, а иногда и полностью, базируются на данных, содержащихся в истории болезни. Если эти данные неполные или повреждение описано небрежно, с нарушением установленных правил, то эксперт либо вообще не сможет разрешить стоящие перед ним вопросы, либо может дать ошибочное заключение.

В отмеченном аспекте существенное значение имеет описание в истории болезни и сохранение для передачи следователю инородных включений, обнаруженных в повреждениях (огнестрельного снаряда, пыжа, части клинка ножа или иного орудия, частиц различных материалов и веществ), а также описание иссечённых краёв ран, при судебно-медицинском исследовании которых может быть получена информация, важная для характеристики орудия травмы и механизма его действия.

При экспертизе повреждений обязательно должен быть разрешён вопрос о степени их тяжести (являются ли повреждения тяжкими, менее тяжкими или лёгкими, а последние – с кратковременным расстройством здоровья или незначительной стойкой утратой работоспособности, или без кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты трудоспособности).

Значительное место в истории болезни отводится диагнозу.

Диагноз (от греч. *diagnosis* – распознавание) представляет собой краткое врачебное заключение о сущности заболевания или травмы (этиологии, патогенезе, клинических и морфологических проявлениях), выраженное в терминах, принятых современной наукой.

Диагноз, выставленный лечащим врачом в истории болезни и являющийся итогом клинических, инструментальных и лабораторных исследований больного, определяет не только тактику и методику лечения, но и, в значительной степени, заключение судебно-медицинского эксперта о характере и степени тяжести повреждений, имеющихся у пострадав-

шего. Диагноз обязательно должен обосновываться объективными данными и записями о них в истории болезни.

В случаях, когда пострадавший госпитализирован по поводу причинённых ему повреждений, для судебно-медицинской экспертизы важно, чтобы в истории болезни были указаны: вид повреждения (например: «закрытая тупая черепно-мозговая травма»), его характер и особенности (например: колото-резаное ранение передней брюшной стенки, проникающее в брюшную полость со сквозным повреждением стенки тощей кишки»). В диагнозе должны найти отражение не только ведущие повреждения, но и все остальные (ссадины, кровоподтёки и т.п.), имеющиеся у пострадавшего. Если развились явления шока, то необходимо указать его стадию. При наличии кровопотери даётся её характеристика.

Относительно диагноза схема истории болезни предусматривает заполнение следующих граф:

- диагноз направившего учреждения;
- диагноз при поступлении;
- клинический диагноз;
- заключительный клинический диагноз.

Это связано с тем, что диагностика заболевания или травмы, в ряде случаев, может быть затруднена (из-за отсутствия анамнеза, бессознательного состояния больного, смазанности клинической картины и т.п.). Заполнение всех граф обязательно.

Но и окончательный (заключительный) клинический диагноз не всегда является истинным. При анализе историй болезни лечебно-контрольными комиссиями, патологоанатомами или судебными медиками иногда устанавливается либо ошибочность диагноза в целом, либо нераспознанные осложнения или сопутствующие заболевания, а также необоснованность диагноза, неправильности и ошибки в его построении и формулировке (например, вместо основного заболевания или травмы указывается его осложнение – шок или проявление – кровопотеря).

Нередко недостаточно обоснованно, на основании одних жалоб больного, выставляется диагноз сотрясения головного мозга, в связи с чем возникают трудности при квалификации повреждения по степени тяжести. В соответствии с инструктивными «Правилами судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений» неподтверждённый объективными данными диагноз «сотрясение мозга», при оценке степени тяжести травмы, не принимается во внимание.

Необходимо остановиться на важности записей в истории болезни об алкогольном опьянении пострадавших при поступлении в стационар.

Согласно действующим нормативным актам, лицам, получившим травму в состоянии алкогольного опьянения, листки временной нетрудоспособности не оплачиваются. Когда такие лица поступают в стационар для оказания необходимой медицинской помощи, во многих случаях единственным основанием для суждения о том, находился ли пострадавший в состоянии алкогольного опьянения, являются врачебные записи в истории болезни. Недопустимо, чтобы лечащий врач решал вопрос об алкогольном опьянении только на основании запаха алкоголя, исходящего изо рта или предварительных проб на этиловый алкоголь в выдыхаемом воздухе (проба Раппопорта, реакция с трубками Мохова-Шинкоренко). Эти пробы широко распространены, но они не являются специфическими (т.е. могут быть положительными при наличии в выдыхаемом воздухе не только алкоголя, но и других окисляющих веществ).

Заключение о наличии и степени алкогольного опьянения выносится на основании клинического обследования, результатов качественных проб и количественного определения алкоголя в крови и моче, которое в настоящее время производится методом газожидкостной хроматографии.

Важной составной и весьма ответственной частью истории болезни является клинический эпикриз, т.е. заключение врача о характере и клиническом течении заболевания (травмы), о состоянии больного или пострадавшего к моменту выписки из стационара, о проявлении и лечении, о прогнозе, рекомендации по реабилитации и дальнейшему режиму.

Особое значение истории болезни и записи в них приобретают при расследовании дел о профессиональных нарушениях медицинских работников, при рассмотрении в различных инстанциях жалоб больных и родственников на несвоевременное или недостаточное лечение, когда возникают основания думать о неправильных действиях, а также халатности врача. Это, обычно, наблюдается при резком ухудшении состояния больного, при его смерти.

Анализ материалов на клинико-анатомических кафедрах, ведомственные проверки при расследовании показывают, что в большинстве подобных случаев обвинения против врачей оказываются необоснованными, т.к. расстройство здоровья больных или их смерть обу-

словлены тяжестью заболевания или травмы. Но иногда выясняется, что претензии к врачам в неблагоприятном исходе лечения являются в той или иной степени справедливыми.

В любом варианте решающее значение для выяснения правомерности действий медицинских работников принадлежит, наряду с результатами судебно-медицинских или патологоанатомических исследований, истории болезни. По записям в ней судят о правильности диагностики и лечения, о необходимости, сроках, технике оперативных вмешательств и других врачебных действиях.

Тщательному анализу подвергается вся история болезни и, в особенности, те её части, в которых отражено исходное состояние больного (пострадавшего), обоснование диагноза, данные о хирургических и других лечебных мероприятиях.

Небрежное заполнение истории болезни, стандартные общие фразы в дневнике, при которых трудно сделать конкретные выводы о течении заболевания или повреждения, подчистки или исправления, отсутствие записей о согласии больного на оперативное вмешательство или сложную диагностическую процедуру, о результатах осмотра приглашёнными консультантами и т.д. уже сами по себе могут создавать представление о недобросовестном отношении врача к своим обязанностям, о недостаточном чувстве моральной ответственности при выполнении должностных действий. Крайне неубедительно звучат в таких случаях ссылки на служебную занятость, в связи с чем мало времени остаётся на работу с медицинской документацией, на неразборчивый почерк и т.д., которые приходится слышать от допрашиваемого следователем врача. История болезни является источником важных доказательств при расследовании уголовных дел о симуляции, агравации и членовредительстве с целью уклонения от исполнения обязанностей, предусмотренных законом, прежде всего – от военной службы.

Судебно-медицинская экспертиза, как правило, назначается и производится спустя какое-то время после поступления подозреваемого в стационар. За этот период, под влиянием оперативного или терапевтического лечения, картина имевшихся повреждений (например, огнестрельного ранения) весьма значительно изменяется, в связи с чем эксперт обосновывает свои выводы данными, содержащимися в истории болезни.

Данные истории болезни, как и иной медицинской документации, могут иметь определённое значение и для идентификации лич-

ности в некоторых уголовных делах, прежде всего при обнаружении трупов неизвестных лиц. При сравнительном исследовании, произведённом с целью установления тождества покойного или пропавшего без вести определённого человека, информативным источником доказательств нередко оказывается история болезни, как и другой медицинский документ, составленный на конкретное лицо. Здесь могут содержаться записи о локализации и размерах рубцов на месте бывших травм или хирургических вмешательств, о родимых пятнах, татуировках и других особых приметах, имеющих существенное идентификационное значение. То же относится и к данным о стоматологическом статусе и лечебных мероприятиях на зубах (их экстракции, пломбировании, протезировании).

Всё сказанное свидетельствует о большом лечебно-диагностическом, научно-практическом, воспитательном и юридическом значении медицинской документации, в частности – истории болезни. Поэтому к качеству этой документации всегда должны предъявляться высокие требования. Работу в этом направлении следует считать неотъемлемой частью мероприятий, проводимых органами здравоохранения с целью повышения уровня деятельности медицинских учреждений.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

СУДОПРОИЗВОДСТВО, ЭКСПЕРТИЗА, ЭКСПЕРТЫ.

Задачами уголовного судопроизводства являются быстрое и полное раскрытие преступлений, изобличение виновных и обеспечение правильного применения закона с тем, чтобы каждый, совершивший преступление, был подвергнут справедливому наказанию и не один невиновный не был привлечён к уголовной ответственности и осуждён.

Раскрытие преступлений и изобличение виновных проводят органы предварительного следствия, органы дознания и суд.

Предварительное следствие ведут следователи прокуратуры, органов внутренних дел и национальной службы безопасности.

Дознанием занимаются органы милиции, командиры воинских частей, соединений и начальники военных учреждений (по делам всех преступлений, совершённых подчинёнными или военнослужа-

щими, военнообязанными и гражданскими работниками в связи с исполнением ими служебных обязанностей в расположении части или военного учреждения), капитаны морских судов, находящихся в дальнем плавании, начальники зимовок, в период отсутствия транспортных связей с Центром. По отдельным, предусмотренным законом, делам дознание проводят органы национальной службы безопасности, пограничной охраны и государственного пожарного надзора, а также начальники исправительно-трудовых учреждений.

Судебными органами являются суды, в том числе и военные.

Основополагающей чертой уголовного судопроизводства является презумпция невиновности. Это правовой принцип, гарантирующий реальное соблюдение законности. Он исходит из положения, согласно которому подозреваемый считается невиновным до тех пор, пока его вина не будет доказана в установленном законом порядке. Иначе говоря, обязанность доказывания вины лежит на органах расследования.

Доказательствами по уголовному делу являются любые факты, на основании которых органы дознания, следователь и суд устанавливают наличие или отсутствие преступного деяния (действия или бездействия), виновность совершившего его человека, а также другие обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела.

Фактические данные устанавливают различными способами, в том числе и с помощью экспертизы. Экспертизу назначают в случаях, когда при производстве дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства возникает необходимость в специальных познаниях в науке, технике, искусстве или ремесле. Экспертом является специалист, обладающий такими познаниями.

Судебно-медицинская экспертиза – это предусмотренное и регламентированное законом, проводимое врачом научно-практическое исследование конкретных медицинских и медико-биологических вопросов, возникающих при проведении конкретного дознания, предварительного следствия и в ходе судебного разбирательства. В обязательном порядке судебно-медицинскую экспертизу проводят для установления причины смерти, характера повреждений, возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего, а также для определения психического состояния свидетеля или потерпевшего, обвиняемого и подозреваемого, если возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства и давать о них правильные показа-

ния. Решение других частных вопросов определяется особенностями обстоятельств конкретного расследуемого дела.

Любой врач становится судебно-медицинским экспертом по определённому уголовному делу только тогда, когда он назначается экспертом в соответствии с постановлением следователя или определением суда (имеются в виду врачи любой специальности, включая штатных сотрудников судебно-медицинских учреждений). Поэтому следует различать судебно-медицинского эксперта как процессуальную фигуру и судебно-медицинского эксперта как штатного сотрудника судебно-медицинского учреждения. Несмотря на это, при проведении судебно-медицинской экспертизы их деятельность регламентируется одинаковыми правами, обязанностями и ответственностью.

ПРОЦЕССУАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЭКСПЕРТА.

Процессуальное положение эксперта определяется его обязанностями, правами и юридической ответственностью.

По закону любой врач, независимо от его специальности и должности, обязан явиться по вызову органов дознания, следователя, прокурора, суда и дать объективное заключение по поставленным перед ним вопросам.

Эксперт обязан давать заключение только в пределах своей компетенции. Заключение считается выходящим за пределы экспертной компетенции только в двух случаях:

а) если врач, отвечая на вопрос, вторгается в сферу немедицинских наук – литературы, психологии, юриспруденции, технических наук и др.;

б) если для решения поставленного вопроса вообще не требуется специальных знаний, если для его решения достаточно субъективных суждений, основанных на «жизненном опыте», «здравом смысле» и др.

Эксперт имеет следующие права:

- знакомиться с материалами дела имеющими отношение к предмету экспертизы;
- подавать ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения;
- с разрешения органа дознания, следователя, прокурора и суда, присутствовать при допросах и другие следственных и судебных действиях и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к

предмету экспертизы;

– заявлять в письменной форме лицу, назначившему экспертизу, о невозможности дачи заключения ввиду недостаточности представленных эксперту материалов, а также если поставленные вопросы выходят за пределы его компетенции.

За заведомо ложное заключение эксперт, в соответствии с законом, наказывается в уголовном порядке, вплоть до лишения свободы. Если такое заключение связано с обвинением того или иного лица в совершении тяжкого или особо тяжкого преступления, то действия эксперта наказываются лишением свободы на длительные сроки. Эксперт освобождается от уголовной ответственности, если он добровольно, в ходе дознания, предварительного следствия или судебного разбирательства, до вынесения приговора суда и решения суда, заявит о ложности данного им заключения. В таких случаях эксперт, как правило, наказывается в дисциплинарном порядке.

Эксперт обязан хранить тайну предварительного следствия. За её разглашение без согласия прокурора, следователя или лица, производящего дознание, эксперт несёт уголовную ответственность.

ПРЕДМЕТ, ОБЪЕКТЫ И ВИДЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.

Предметом судебно-медицинской экспертизы являются медицинские и медико-биологические вопросы, возникающие при проведении дознания, предварительного следствия и в ходе судебного разбирательства.

Объектами судебно-медицинской экспертизы являются трупы, живые лица, вещественные доказательства и материалы дела. Эксперт либо исследует эти объекты непосредственно, либо изучает имеющиеся о них записи в материалах дела.

Первичная экспертиза – это первоначальное исследование объекта с составлением заключения эксперта. В подавляющем большинстве случаев первичная экспертиза даёт такие ответы, которые вполне удовлетворяют следствие. Как правило, первичную экспертизу проводит один эксперт. Однако, в особо сложных и ответственных случаях, первичная экспертиза может выполняться группой специалистов.

Дополнительную экспертизу проводят, если первичное заключение составлено недостаточно ясно и полно, если в ходе предвари-

тельного или судебного следствия выявляются новые сведения, требующие специального экспертного исследования. Дополнительную экспертизу может проводить эксперт, выполнявший первичную экспертизу, другой эксперт или группа других экспертов.

Повторную экспертизу назначают при необоснованности или сомнении в правильности первичного или дополнительного экспертного заключения. Её поручают другому эксперту или, что бывает чаще, нескольким другим экспертам.

В комиссионной судебно-медицинской экспертизе участвуют несколько врачей одной или различных специальностей. Эксперты образуют комиссию, все члены которой обладают равными правами, обязанностями и несут равную уголовную ответственность.

При необходимости практикуется комплексное исследование одного и того же объекта экспертами разных профессий и специальностей: врачами, криминалистами, специалистами в различных видах спорта, пожарном деле и др. В таких случаях все назначенные эксперты сначала собираются на координационное совещание и определяют такую оптимальную последовательность исследования объекта разными специалистами, которая гарантирует сохранение информации на каждом последующем этапе экспертного исследования после предыдущих. По результатам лично проведённых исследований каждый специалист должен составить самостоятельное заключение. Этот порядок представляется наиболее целесообразным и юридически правильным. Следует избегать составления одного общего заключения, т.к., подписывая его, каждый эксперт невольно подтверждает не только результаты своих исследований, но и результаты исследований, проведённых представителями других профессий, для оценки которых он не имеет специальных знаний.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ

Признав необходимым проведение экспертизы, следователь составляет специальный юридический документ – постановление. В нём указываются основания для назначения экспертизы, фамилия эксперта или наименование учреждения, в котором должна быть проведена экспертиза, вопросы, подлежащие экспертному решению, а также материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта. Следователь вправе присутствовать при проведении всех этапов экспертизы. В случаях тяжких преступлений, например, убийств, присутствие

следователя при проведении экспертизы является весьма желательным.

Если возникает необходимость исследовать специальные вопросы в суде, то на судебное заседание приглашают одного или нескольких экспертов. Чаще всего это тот эксперт или же эксперты, которые давали заключение в ходе дознания или предварительного следствия.

Суд выясняет специальность и компетентность приглашённого эксперта (или экспертов). После этого суд выносит специальное определение, узаконивающее участие эксперта в данном судебном заседании. Эксперт присутствует на судебных заседаниях и имеет право задавать всем допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. В конце судебного следствия суд выносит определение, в котором ставит перед экспертом вопросы. Для дачи заключения эксперт обязан изучить необходимые материалы дела и, если это требуется, провести непосредственное исследование объектов: вещественного доказательства, живого человека, в исключительных случаях — эксгумированного трупа. Время, необходимое для проведения экспертизы в суде, определяет эксперт. Выполнив все необходимые исследования, эксперт даёт письменное заключение, которое оглащается им на судебном заседании. В целях уточнения положений письменного заключения участники судебного разбирательства вправе задавать эксперту устные вопросы, на которые он даёт устные ответы. Эти вопросы и ответы заносят в протокол судебного заседания. Если эксперту, кроме заданных, предлагают ответить на новые вопросы, то на них целесообразно давать письменные ответы.

Если экспертизы проводят в специальном экспертном учреждении, то дознаватель, следователь или суд направляют постановление (или определение) о назначении экспертизы и необходимые для экспертизы материалы руководителю этого учреждения, который поручает проведение экспертизы одному или нескольким сотрудникам учреждения. Руководитель учреждения объясняет экспертам их права, обязанности и ответственность, берёт у них об этом подписку, которую, вместе с заключением экспертов, отправляет следователю.

Если экспертизу проводят вне экспертного учреждения, то дознаватель, следователь или суд вызывают специалиста, которому поручается проведение экспертизы, и, удостоверившись в его личности и компетентности, вручают ему постановление (или определение) о назначении экспертизы, разъясняют ему права, обязанности и уголовную ответственность, которую он несёт как эксперт. Обо всех

этих действиях следователь делает отметку в постановлении о назначении экспертизы и скрепляет её подписью эксперта. Своё заключение эксперт направляет только тому органу, который назначил экспертизу.

Общая схема проведения судебно-медицинской экспертизы включает следующие этапы:

- изучение постановления следователя или определения суда о назначении экспертизы;
- уяснение обстоятельств происшествия, повода к проведению экспертизы и вопросов, подлежащих экспертному решению;
- оценка достаточности и качества материалов, представленных следователем для экспертного исследования и ответов на поставленные вопросы; при необходимости заявление ходатайства следователю о предоставлении необходимых дополнительных материалов дела;
- составление плана проведения экспертизы в виде оптимальной последовательности экспертных задач и рационального применения необходимого комплекса методов исследования;
- собственно исследование объекта или объектов экспертизы;
- анализ и синтез результатов всех проведённых исследований;
- составление заключения эксперта.

Единство и преемственность в проведении судебно-медицинских экспертиз на всей территории Республики Узбекистан обеспечиваются едиными инструктивно-методическими документами. Основными из них являются:

Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы.

Правила работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия).

Правила судебно-медицинской экспертизы трупов.

Правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений.

Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы.

Правила производства судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел.

Правила производства судебно-гистологической экспертизы.

Правила судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств и установления родства в судебно-биологических отделах.

ниях лабораторий бюро судебно-медицинской экспертизы.

Правила производства судебно-медицинских экспертиз в медико-криминалистических отделениях лабораторий бюро судебно-медицинской экспертизы.

Правила судебно-химической экспертизы вещественных доказательств в судебно-химических отделениях лабораторий бюро судебно-медицинской экспертизы.

ДОКУМЕНТАЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Получив постановление следователя, изучив поставленные в нём вопросы и проведя необходимые для ответа на них исследования, эксперт, на основании результатов исследований, даёт заключение от своего имени и в соответствии со своими специальными познаниями. За свое заключение он несёт личную уголовную ответственность. При проведении комиссионной экспертизы участвующие в ней эксперты совещаются между собой и, приходя к единому мнению, составляют общее заключение, которое подписывают все эксперты. В случае разногласий между экспертами, каждый из них даёт своё заключение отдельно.

Заключение эксперта является единственной юридической формой, в которой эксперт доводит свои выводы до органа, назначившего экспертизу. Заключение даётся только в письменном виде.

Содержание заключения эксперта определяется законом, который предусматривает следующие обязательные положения. Заключение состоит из трёх частей: вводной, исследовательской и выводов.

Во введении указывают: когда, где, кем (фамилия, имя и отчество, образование, специальность, учёная степень и звание, занимаемая должность), на каком основании (по постановлению следователя или по определению суда) была проведена экспертиза, кто присутствовал при её проведении, какие вопросы были поставлены эксперту, какие материалы он использовал, в каком виде представлены материалы (упакованном или неупакованном, опечатанном или неопечатанном, каково состояние упаковки, какова маркировка упаковки, печати и самих материалов). Основное требование к вводной части – точное изложение всех данных, предусмотренных законом.

Исследовательская часть является источником обоснования выводов. В исследовательской части заключения судебно-медицинского

эксперта содержится описание всех проведённых исследований: непосредственного исследования объектов судебно-медицинской экспертизы (живого человека, трупа, вещественного доказательства и материалов дела), исследования документов, содержащих сведения об объектах судебно-медицинской экспертизы (истории болезни, амбулаторной карты, медицинских справок, свидетельств о состоянии здоровья и др.). Основное требование к исследовательской части – всестороннее, полное и объективное изложение результатов всех проведённых исследований.

Выводы должны содержать ответы на все вопросы, поставленные перед экспертом следователем или судом. Если эксперт не может решить тот или иной вопрос, то он в выводах указывает причины, делающие невозможным ответ на поставленный вопрос: недостаточность научных знаний в медицине вообще и у конкретного эксперта в частности, некомпетентность эксперта и др. Если в процессе исследований эксперт выявит имеющие значение для дела факты, по которым ему не были поставлены вопросы, он должен их отметить в выводах по собственной инициативе. Основные требования к выводам:

- а) полнота (дача ответов на все поставленные вопросы);
- б) обоснованность каждого сформулированного положения;
- в) обоснование каждого положения данными, полученными при экспертном исследовании объекта и включенными в исследовательскую часть заключения;
- г) объективность;
- д) научность;
- е) изложение общепонятным языком без использования специальной терминологии.

Суд и следствие в наибольшей степени удовлетворяют обоснованные категорические (положительные или отрицательные) выводы. Однако, особенно при проведении оперативно-розыскных мероприятий, для органов дознания и предварительного следствия имеют значение и предположительные, вероятностные суждения, позволяющие расширить или сузить круг версий, подлежащих расследованию.

Заключение эксперта должно быть документировано. В первую очередь документируют все основные положения выводов. Главное требование к документации – отображение установленных фактов в точном соответствии с действительностью. Выполнению этого требования способствуют фотографии, рентгенограммы, слепки, препараты костей и внутренних органов, гистологические препараты и др.

Всё это является приложением к заключению эксперта. Некоторые биологические объекты (например, изъятые у трупа внутренние органы и ткани, костные и микроскопические препараты и др.), по указанию следователя, могут храниться в судебно-медицинском учреждении. В приложение включают и различные схематические изображения, хотя их значение не выходит за рамки пояснительной функции.

В случаях, не терпящих отлагательства (начинающееся разложение трупа, опасность утраты части информации о повреждениях в результате их заживления у пострадавшего, опасность разрушения чужеродных клеточных элементов на половых органах насильника и потерпевшей и др.), экспертное исследование объекта может быть проведено по должностному указанию вышестоящего начальника до возбуждения уголовного дела. В таких случаях составляют «Акт судебно-медицинской исследования». Его основное содержание ничем не отличается от «Заключения эксперта».

ОРГАНИЗАЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Судебно-медицинская экспертиза в Республике Узбекистан представляет собой единую государственную службу в системе здравоохранения. Судебно-медицинскую службу образуют Главное бюро судебно-медицинской экспертизы, городское (г.Ташкент) и областные бюро судебно-медицинской экспертизы. Последние имеют в своём составе межрайонные и районные отделения судебно-медицинской экспертизы.

В административно-хозяйственном отношении судебно-медицинские учреждения подчиняются Минздраву, управлениям и отделам здравоохранения. Методическое и научно практическое руководство осуществляют судебно-медицинские учреждения в следующей соподчинённости: Главное бюро судебно-медицинской экспертизы, областные, городские (г. Ташкент) бюро судебно-медицинской экспертизы, межрайонные, районные отделения судебно-медицинской экспертизы.

В бюро судебно-медицинской экспертизы проводят все основные виды судебно-медицинских экспертиз. Экспертизу живых лиц и трупов проводят специалисты самостоятельных отделов, в один из которых (танатологический) обычно включается судебно-гистологическая лаборатория. Кроме того, в составе бюро имеются

отделы: судебно-химических, судебно-биологических и медико-криминалистических (физико-технических) исследований. В судебно-химическом отделе эксперты – судебные химики – выполняют исследования по выявлению и определению количественного содержания в биологических средах разнообразных веществ, послуживших причиной интоксикации, а также по другим вопросам, требующим специальных знаний в области судебной химии. В составе этого отдела может быть образована судебно-биологическая лаборатория.

В судебно-биологическом отделе определяют свойства крови, волос, спермы и других выделений, частиц органов и тканей, обнаруживаемых на различных вещественных доказательствах. В состав этого отдела желательно включать лаборатории цитологических и молекулярно-генетических исследований.

В медико-криминалистическом отделе исследуют поврежденные ткани методами стереомикроскопии, спектрографии, рентгенографии, фотографии и др. Выполняют исследования костных останков в целях идентификации личности. В составе этого отдела, при необходимости, организуются остеологические, судебно-баллистические и другие лаборатории.

Штаты судебно-медицинских учреждений определяются специальным приказом министра здравоохранения и зависят от реальной экспертной нагрузки в регионе.

Одним из важнейших элементов в настоящее время является финансово-экономическое управление судебно-медицинской службой, которое включает:

а) систему бюджетного финансирования плановых, текущих и долгосрочных программ;

б) систему внебюджетного финансирования, включающую оплату специальных экспертных исследований, подготовки внешних кадров, возмещение стоимости экспертных исследований, проводимых на судебном заседании, оплату ритуальных услуг;

в) систему финансово-экономического управления качеством экспертной работы.

Деятельность судебно-медицинских учреждений не исчерпывается процессуальными задачами. Специалисты судебно-медицинских учреждений всех уровней выполняют значительную ведомственную работу, направленную на совершенствование медицинского обеспечения. Это – выявление и изучение причин различных видов смертельного травматизма и дефектов медицинской помощи, профилак-

тические мероприятия по снижению числа отравлений техническими жидкостями, случаев алкогольного опьянения и утоплений, выявление причин скоропостижной смерти, изучение и установление причин недостатков в работе по адаптации и акклиматизации и др.

УЧАСТИЕ ВРАЧА В СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЯХ

В производстве различных следственных действий врач участвует не как эксперт, а как специалист в области судебной медицины. Наиболее часто врача привлекают к осмотру трупа и следов человека на месте происшествия, к участию в следственном эксперименте, в освидетельствовании следователем живых лиц, в допросах, к изъятию образцов (кровь, слюна и др.) для последующего сравнительного исследования, к участию в обыске и др. Специалист оказывает содействие следователю в обнаружении, закреплении и изъятии вещественных доказательств, обращает его внимание на обстоятельства, сопровождающие эти действия, и даёт необходимые пояснения. Отказ и уклонение специалиста от участия в следственных действиях влечёт за собой уголовную ответственность.

ОСМОТР МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ И ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ

Местом происшествия называется участок местности или помещение, где произошло расследуемое событие.

Осмотр места происшествия – это одно из первичных и неотложных следственных действий. Следователь проводит осмотр места происшествия в целях обнаружения следов преступления, выявления фактических данных, характеризующих личность преступника, а также – других сведений, имеющих значение для раскрытия преступления и изобличения виновных.

Следователь осматривает место происшествия в присутствии понятых. Он может привлечь к участию в осмотре обвиняемых, подозреваемых, потерпевших, свидетелей и специалистов. Когда на месте происшествия необходимо осмотреть труп, выявить, описать, зафиксировать, сохранить и оценить следы биологического происхождения на вещественных доказательствах, следователь вправе привлечь специалиста в области судебной медицины, а при его отсутствии – любого врача.

Деятельность врача определяется специальными «Правилами работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия)».

Труп обычно осматривают на месте его обнаружения. В исключительных случаях, когда на месте обнаружения трупа нет условий для осмотра, труп отправляют в морг, где и проводят его осмотр.

Результаты осмотра места происшествия и трупа, время начала и окончания этого действия фиксируют в протоколе осмотра места происшествия, составляемом следователем. В протоколе описывают все действия следователя в процессе осмотра и всё обнаруженное в той последовательности, в которой проводился осмотр, и в том виде, в каком обнаруженное наблюдалось в момент осмотра. Кроме того, описывают всё, что изъято с места происшествия при осмотре. Записи, относящиеся к описанию трупа и биологических следов на вещественных доказательствах, по поручению следователя, формирует врач. По окончании осмотра текст протокола следователь зачитывает участникам осмотра (в том числе и врачу), которые имеют право внести замечания и дополнения в протокол. Следователь, понятые, врач и все другие участники осмотра подписывают протокол.

По прибытии на место обнаружения трупа врач, прежде всего, должен убедиться – имеются ли у пострадавшего признаки жизни. При отсутствии достоверных признаков смерти, врач, с помощью следователя вызывает «скорую помощь» и немедленно приступает к восстановлению основных жизненных функций организма. Если эти меры оказываются безуспешными, в протоколе осмотра указывают действия, предпринятые в целях оживления, время их начала и окончания.

Задачи врача при осмотре места происшествия:

- выявить признаки, позволяющие судить о времени и причине смерти, характере и механизме возникновения повреждений, а также другие данные, имеющие значение для установления обстоятельств происшествия;
- оказывать следователю помощь в обнаружении, изъятии и сохранении биологических следов на вещественных доказательствах;
- содействовать следователю при описании в протоколе состояния трупа и биологических следов на вещественных доказательствах;
- обращать внимание следователя на все особенности, имеющие значение для расследования данного случая;

– давать пояснения по поводу выполняемых врачом действий.

На основании осмотра трупа и места его происшествия врач может устно ответить следователю на следующие вопросы: какова давность смерти, не менялось ли положение трупа, имеются ли наружные повреждения, каким предметом они причинены, нанесены ли повреждения там, где был обнаружен труп, какова возможная причина смерти. Врач может дать устные ответы и на другие вопросы, если они находятся в пределах его компетенции и не требуют специальных дополнительных исследований.

Высказывания врача, основанные только на данных наружного осмотра трупа, являются чаще всего предположениями и не должны рассматриваться как экспертное заключение.

Осмотр, как правило, должен начинаться с центра места происшествия. Центр определяется наибольшим сосредоточением предметов и следов, имеющих значение для расследования. При наличии на месте происшествия трупа, он определяет центр места происшествия. Осмотр начинается с периферии при опасности утраты следов, находящихся по периметру места происшествия, и только при полной уверенности в смерти пострадавшего.

В осмотре трупа на месте происшествия выделяют две стадии: статическую и динамическую.

Статическая стадия осмотра состоит в исследовании трупа без изменения его положения. Она имеет целью запечатлеть место нахождения и позу трупа, состояние его одежды и его расположение по отношению к окружающим объектам.

Динамическая стадия осмотра допускает изменение первоначального места и позы трупа.

По результатам осмотра трупа в протокол осмотра места происшествия должны быть занесены следующие сведения:

- положение трупа по отношению к окружающим предметам;
- поза трупа, положение головы и конечностей, следы и предметы на трупе, рядом с ним и под ним;
- положение одежды, наличие и характер повреждений и загрязнений на ней, состояние и целостность застёжек, петель и пуговиц, наличие следов, похожих на кровь и выделения;
- пол, приблизительный возраст и рост, телосложение, цвет кожных покровов, индивидуальные признаки: наличие физических

недостатков, рубцов, татуировок, родимых пятен и др.;

– состояние зрачков, роговиц, слизистых оболочек глаз, наличие выделений и постороннего содержимого в естественных отверстиях;

– данные, касающиеся давности смерти (с обязательным указанием на время исследования):

а) степень охлаждения открытых и прикрытых одеждой участков поверхности тела;

б) температура тела в прямой кишке и температура окружающего воздуха;

в) наличие, расположение и цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и время восстановления первоначальной окраски;

г) наличие и степень выраженности трупного окоченения в различных группах скелетных мышц;

д) характер реакции двуглавой мышцы плеча на ударное механическое воздействие;

е) характер ответной реакции на электрическое возбуждение мимических мышц лица;

ж) характер реакции зрачков на введение в переднюю камеру глаза растворов атропина и пилокарпина;

з) наличие и степень выраженности поздних трупных явлений;

и) наличие на трупе насекомых и характер их жизнедеятельности (часть особей, находящихся на различных стадиях развития, должна быть помещена в пробирку и залита спиртом или формалином, другая часть должна быть высажена в биологический садок, где в дальнейшем проводят наблюдение за временем и стадиями развития насекомого);

к) наличие следов посмертного воздействия трупных животных;

– наличие зажатых в кистях волос и других предметов, состояние подногтевого содержимого;

– наличие и характер повреждений на трупе, состояние кожи вокруг повреждений, другие особенности;

– наличие на трупе и около него следов, похожих на кровь, выделения и др.;

– наличие посторонних запахов изо рта при надавливании на грудную клетку.

Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения не должен ограничиваться только фиксацией следов.

Осмотр должен носить характер исследования, в ходе которого выдвигаются, подтверждаются или опровергаются различные версии. Большое значение в этом отношении имеют так называемые «негативные обстоятельства» – факты, противоречащие обычному ходу событий. Негативные обстоятельства многообразны, их выявление требует внимательности, сосредоточенности, наблюдательности и постоянной оценки каждого выявляемого и фиксируемого факта. Вот несколько примеров негативных обстоятельств: отсутствие лужи крови рядом с трупом, на шее которого глубокая резаная рана с пересечением магистральных артерий и вен; горизонтальные потёки крови на одежде трупа, обнаруженного в положении сидя, длина раны значительно короче ширины клинка ножа, лежащего рядом с трупом, чистые подошвы обуви трупа, лежащего на полу, обильно испачканном кровью и грязью; рубленые раны на голове в сочетании с опасной бритвой, лежащей рядом с трупом; отсутствие оружия на месте происшествия при огнестрельном ранении от выстрела в упор; отсутствие следов пули на предметах окружающей обстановки при обнаружении в помещении трупа со сквозным огнестрельным повреждением и др.

Творчески, активно и инициативно осуществляют поиск орудий преступления, следов крови, спермы и других выделений. Поиск должен носить целенаправленный характер и проводиться с учётом фактов, добываемых в процессе осмотра места происшествия.

При отыскании следов, которые могли бы образоваться от кровотечения, обращают внимание на возможность сохранения следов крови в «скрытых местах» (в подногтевом пространстве рук трупа, на краях карманов и рукавов, в швах и под подкладкой одежды; в щелях пола, под плинтусами, в углублениях и местах соединения деталей мебели, дверных ручек, водопроводных кранов, возможных орудий преступления, транспортных средств и др.); на возможность изменения цвета пятен крови, которые могут приобретать черноватый, зеленоватый, розоватый, желтоватый цвет и др.

Большое судебно-медицинское значение имеют характер, форма и размеры следов крови. Различают формы пятен в виде капель, брызг, подтёков, отпечатков, мазков и помарок, лужи крови, замывные воды.

Пятна от капель крови образуются при их попадании на горизонтальную (круглые пятна) или наклонную поверхность (пятна в виде вытянутых овалов, имеющих вид «восклицательных знаков»). В

зависимости от высоты падения, капля разбивается о поверхность, и у её краёв образуются мелкие радиальные лучи и дополнительные мелкие брызги. Число и длина лучей, количество мелких брызг указывают на высоту падения капель. Если капли падают во время движения человека, то радиальные лучи и мелкие брызги имеют одностороннее расположение и указывают на направление его движения.

Пятна от брызг обычно множественные, мелкие и имеют преимущественно форму «восклицательного знака». Они возникают при повреждении артериальных сосудов, при ударе по окровавленной поверхности, при ударе о предмет окровавленной поверхностью, при резких взмахах окровавленным предметом. В зависимости от механизма образования, пятна от брызг располагаются в виде одной или нескольких «цепочек», либо в виде множественных мелких «восклицательных знаков», радиально расходящихся от центра, образованного сплошным пятном крови. Пятна от брызг указывают на характер источника кровотечения, число ударов окровавленной поверхностью или ударов о такую поверхность, число и направление взмахов окровавленным предметом.

Пятна от подтёков крови могут возникать в виде нескольких параллельных полос с концентрацией крови в конце полосы. Если такие следы образовались на одежде, то можно установить, в каком положении находился пострадавший после начала кровотечения, а также определить, что положение тела в процессе кровотечения не менялось. Если «полосы» перекрещиваются, то это свидетельствует о первоначальном положении пострадавшего после начала кровотечения, о факте изменения исходного положения и последующем положении пострадавшего.

Следы крови в виде отпечатков возникают от статического контакта с окровавленной поверхностью и могут отображать отпечатки пальцев, ладоней и стоп, орудий преступления, формы и размеров наружных повреждений. Такие следы нередко помогают в розыске и изобличении преступника.

Помарки крови образуются от динамического контакта с окровавленной поверхностью. Они указывают на место первичного контакта и на направление последующего смещения окровавленного предмета.

Пропитывание кровью одежды может быть сплошным и прерывистым. Эти следы косвенно указывают на положение одежды на теле после начала кровотечения и дают приблизительное представление

об объёме кровопотери. На месте происшествия могут быть обнаружены более или менее обширные скопления крови – «лужи крови». Они указывают на место, где находилось тело после начала кровотечения. Место расположения больших луж крови обычно совпадает с местом наступления смерти.

Иногда на месте происшествия находят ёмкости с водой и другими жидкостями, содержащими примесь крови. Их называют «замывными водами». Они образуются при попытках уничтожить следы кровотечения.

Если следы крови не видны при естественном или искусственном освещении, то в случае, если предполагается их присутствие, прибегают к осмотру в косовосходящем свете, с помощью лупы или в ультрафиолетовых лучах. Пятна крови поглощают ультрафиолетовые лучи и выглядят бархатистыми темно-коричневыми участками. Для отыскания следов крови можно применять неспецифические пробы с перекисью водорода (положительный результат – вспенивание), бензидином (положительный результат – посинение) или люминолом (положительный результат – голубоватая люминесценция в темноте). К этим пробам надо прибегать в исключительных случаях, т.к. они негативно сказываются на результатах последующего серологического исследования.

При отыскании следов, которые могли бы образоваться от спермы, обращают внимание на извилистые контуры, плотноватую консистенцию, беловатый, желтоватый или светло-серый цвет пятен на хорошо всасывающих тканях, а также на белесоватые или светло-серые волоски на ворсистых тканях. При применении источника ультрафиолетовых лучей пятна спермы дают голубоватое свечение. Способность люминесцировать в ультрафиолетовых лучах имеют и слюна, моча и другие выделения.

Поиск волос ведут на предполагаемых орудиях преступления, одежде, теле человека, транспортных средствах и др. Волосы могут быть легко утрачены, поэтому при их обнаружении надо сразу принимать меры к сохранению этих объектов.

С места происшествия практически всегда надо изымать окурки, расчёски, головные уборы, обувь и тому подобные предметы, т.к. на них могут оказаться потожировые следы, слюна и другие следы, отражающие антигенные свойства их владельца. То же касается частиц органов и тканей, которые могут быть обнаружены на орудии преступления, транспортных средствах, предметах окружающей обста-

новки и др. Эти объекты предпочтительно высушивать, т.к. помещение их в консервирующие растворы может помешать выявлению группоспецифических свойств тканей.

Перед врачом стоит задача помочь следователю в изъятии вещественных доказательств с биологическими следами для их последующего судебно-медицинского специального исследования. При этом надо иметь в виду следующие рекомендации:

а) одежду и иные, небольшие по размерам, вещественные доказательства изымают целиком;

б) из громоздких предметов делают выемку (выпиливают, вырезают и др.) части участка с подозрительными следами так, чтобы сохранить весь след;

в) если невозможно изъять вещественное доказательство полностью или частично, подозрительное пятно, после его фотографирования с масштабом, соскабливают либо смывают влажной марлей, которую высушивают при комнатной температуре вне досягаемости солнечных лучей;

г) следы крови на снегу изымают на марлю с наименьшим количеством снега, после того как он растает – марлю высушивают;

д) обязательно в отдельные пакеты берут контрольные участки предмета-носителя вне подозрительных пятен, а также – контрольные куски марли, которая использовалась для смыва следа;

е) влажные вещественные доказательства высушивают при комнатной температуре в аккуратно развешанном состоянии.

Каждое вещественное доказательство по возможности должно быть помещено в отдельный пакет и упаковано так, чтобы в максимальной степени гарантировать сохранность следов и избежать утраты самого вещественного доказательства. Во избежание замены вещественного доказательства, следователь клеивает, перевязывает, печатывает, маркирует и подписывает пакеты.

УЧАСТИЕ ВРАЧА В ДРУГИХ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Следователь вправе провести освидетельствование обвиняемого, подозреваемого, свидетеля или потерпевшего для установления на теле следов преступления или наличия особых примет, если для этого не требуется судебно-медицинская экспертиза. Освидетельствование проводят в присутствии понятых, а в необходимых случаях – и врача.

Следователь не имеет права присутствовать при освидетельствовании человека противоположного пола. В таких случаях осмотр проводит врач в присутствии понятых. При освидетельствовании не допускаются действия, унижающие достоинство личности, а также манипуляции, опасные для здоровья человека. По результатам освидетельствования следователь составляет протокол. Врач помогает следователю сформулировать записи медицинского характера.

В целях проверки и уточнения разработанной версии следователь вправе воспроизвести обстановку или иные обстоятельства происшествия. Это действие носит название следственного эксперимента. Действия в процессе следственного эксперимента не должны унижать достоинство участников эксперимента и создавать опасность для их жизни. В тех случаях, когда, при производстве эксперимента, возникает потребность в медицинских знаниях – приглашают врача. Наиболее часто врача привлекают к участию в таком следственном эксперименте, когда необходимо уточнить возможность возникновения конкретных повреждений у конкретного пострадавшего в условиях конкретной обстановки; такие действия нередко осуществляют при расследовании уголовных дел о членовредительстве, о гибели людей вследствие применения огнестрельного оружия, о нанесении повреждений тупыми и острыми предметами в драках, в бытовых конфликтах и др. При необходимости различные этапы следственного эксперимента фотографируют, применяют кино- и видеотехнику. В протоколе следственного эксперимента подробно излагают общие условия его проведения, а также условия, характер и результаты каждого проведенного опытного действия.

Следователь имеет право получить у подозреваемого или обвиняемого образцы для последующего их сравнения со следами и другими объектами, обнаруженными на месте происшествия, а также – в процессе проведения других следственных действий. Образцы биологического происхождения изымают с обязательным участием врача-специалиста. Помощь врача необходима для получения образцов крови, спермы, слюны, волос, подногтевого содержимого, слепков зубов и др. Врач обязан дать следователю соответствующий совет и оказать техническую помощь в получении и сохранении образцов для последующего специального сравнительного экспертного исследования. Об изъятии образцов следователь составляет протокол. Изъятые образцы маркируют и прилагают к протоколу.

Врач может быть привлечён к таким следственным действиям как обыск и выемка. В этих случаях функции врача сводятся к оказанию следователю содействия в розыске трупа или его частей, в обнаружении орудия преступления, одежды со следами крови, медикаментов и ядовитых веществ, приведших к смерти от отравления медицинских справок, свидетельств и др.

ПРАВОВЫЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

Вопрос о врачебной тайне и её сохранении имеет древнее происхождение. Можно считать, что он возник тогда, когда отдельные люди избрали врачевание своей профессией.

Уже в знаменитой клятве Гиппократов сказано: «... Чтобы при лечении, а также без лечения, я не увидел или бы не услышал касательно жизни людской, из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...». Как бы подчёркивая важность сохранения врачебной тайны, медицину в древности называли искусством молчания.

Сохранение врачебной тайны стало одним из важных нравственных принципов деятельности врачей и других медицинских работников.

В течение длительного времени, вплоть до принятия «Основ законодательства Республики Узбекистан о здравоохранении» (1998), сохранение врачебной тайны было моральной нормой, нравственной обязанностью медицинских работников. Эта моральная норма является прямым продолжением основополагающего принципа врачебной деятельности – «Прежде всего – не вредить!». Она направлена на предупреждение причинения больному вреда, который может быть причинён разглашением врачебной тайны. Нарушение врачебной тайны наносит больному психическую травму и может привести к тяжёлым последствиям, вплоть до самоубийства.

В принципе сохранения врачебной тайны диалектически связаны интересы не только больного, но и общества, ибо некоторые сведения, входящие в понятие врачебной тайны, затрагивают его интересы. Об этом в своё время хорошо сказал известный русский писатель и врач В.В. Вересаев: «Где сохранение врачебной тайны грозит вредом обществу или окружающим больного лицам, там не может быть никакой речи о сохранении врачебной тайны. Вопрос о врачебной

тайне, безусловно, должен регулироваться с соображениями общественной целесообразности.... Если же сохранение врачебной тайны никаким общественным вредом не грозит, то врач обязан сохранять вверенную ему больным тайну».

В сохранении врачебной тайны одинаково заинтересованы обе стороны: и врач и больной, ибо смысл гарантирования необходимости сохранения врачебной тайны имеет в виду создание условий для обеспечения эффективной диагностики и, следовательно, лечения больного, для его откровенности и доверия врачу. Врач заинтересован в том, чтобы получить от больного как можно больше сведений, относящихся к его заболеванию, жизни, привычкам и т.д. Больной охотно сообщит все интересующие врача сведения, если будет уверен в том, что они не будут разглашены.

Что же включает в себя понятие «врачебная тайна»?

Врачебная тайна – это сведения о болезни, личной и интимной жизни больного, которые становятся известны медицинским работникам в процессе выполнения ими своих профессиональных обязанностей. Но случается так, что сведения, составляющие врачебную тайну, не могут быть сохранены, ибо их неразглашение будет вредить интересам общества. Это потребовало законодательной регламентации положения о сохранении врачебной тайны.

Сохранению врачебной тайны посвящена статья 16-я «Основ законодательства о здравоохранении».

Она гласит: «Врачи и другие медицинские работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения ими профессиональных обязанностей сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного.

Руководители учреждений здравоохранения обязаны сообщить сведения о болезнях граждан органам здравоохранения в случаях, когда этого требуют интересы охраны здоровья населения, а следственным органам по их требованию».

В первой части этой статьи законодатель перечисляет сведения, составляющие врачебную тайну, разглашать которые медицинские работники не имеют права.

Противоправными формами разглашения врачебной тайны могут быть: сообщение в беседе, в выступлении, в частном письме, в докладе; ознакомление посторонних лиц с записями в истории болезни или амбулаторной карте; опубликование сведений без изменения фамилии больного в открытых научных работах и т.д.

Противоправное разглашение врачебной тайны может быть совершено как умышленно, так и по неосторожности. Умысел виновного может быть прямым и косвенным, а разглашение по неосторожности происходит в результате самонадеянности или небрежности. Например, медицинский работник рассказывает соседу сведения об интимной жизни больного, желая похвастать своей осведомлённостью (прямой умысел). Два медицинских работника громко обсуждают в трамвае итоги совместного обследования больного с подробностями, составляющими врачебную тайну, вследствие чего она становится достоянием других пассажиров (косвенный умысел). Врач поручает постороннему отнести из кабинета в регистратуру амбулаторные карты своих больных, полагая, что, из-за неразборчивости написанного и присутствия в коридоре других лиц, этот гражданин не будет их читать. Однако, получивший амбулаторные карты знакомится с их содержанием (неосторожность в виде самонадеянности). Врач, по рассеянности, оставляет в коридоре больницы истории болезни, и с ними знакомятся посторонние (неосторожность в виде небрежности).

Медицинские работники, нарушившие профессиональные обязанности, несут дисциплинарную ответственность, если эти нарушения не влекут по закону уголовной ответственности.

В качестве самостоятельного состава преступления нарушение врачебной тайны в уголовных кодексах не предусмотрено. Следовательно, оно может быть признано уголовно наказуемым деянием лишь тогда, когда является формой совершения другого преступления. Поэтому, если виновный, став обладателем врачебной тайны в силу профессиональных обязанностей, например, как врач, разгласил её, злоупотребив служебным положением должностного лица (например, заведующего отделением больницы), он может быть привлечён к уголовной ответственности за злоупотребление служебным положением.

Вторая часть статьи 16-ой «Основ законодательства о здравоохранении» узаконивает сообщение сведений о болезни (но не любых других сведений о больном, например, о его личной или семейной жизни) органам здравоохранения или судебным органам.

Сообщение этих сведений заинтересованным государственным учреждениям (но не частным лицам!) производится в интересах общества, в интересах охраны здоровья населения. Органам здравоохранения передаются сведения об инфекционных, венерических и некоторых других заболеваниях, следственным и судебным органам —

о травмах, отравлениях, суицидальных попытках, незаконных абортах и пр. В необходимых случаях, по усмотрению органов следствия или суда, врач или другой медицинский работник может быть вызван в качестве свидетеля и должен будет дать показания по обстоятельствам, относящимся к уголовному делу (о заболеваниях, травмах, по делам о половых преступлениях, случаях заражения венерической болезнью и т.п.). Это помогает судебным органам проводить профилактику преступлений против жизни и здоровья человека, своевременно расследовать преступления, давать им объективную правовую оценку на судебном заседании.

Каждый врач, получая диплом, принимает «Присягу врача». В тексте присяги содержится требование о сохранении врачебной тайны.

Так обстоит дело с правовыми аспектами сохранения врачебной тайны.

Обязанность сохранения врачебной тайны полностью относится и к студентам медицинских вузов, которые уже с третьего курса начинают работать в клиниках и, в процессе занятий, знакомятся со сведениями, составляющими врачебную тайну.

В заключение отметим один деонтологический аспект сохранения врачебной тайны. Речь идёт о том, должен или не должен врач говорить больному всю правду о его болезни? На этот вопрос однозначного ответа нет. Врач может и должен сказать больному о его заболевании, но только то, что не будет травмировать его психику, что, естественно, может затруднить лечение или даже сделать его невозможным (больной может отказаться от лечебных процедур, от операции). В каждом конкретном случае необходимо учитывать и характер заболевания, и тип нервной системы больного, и его психологические особенности.

Так, В.А. Еренков приводит следующий исторический факт. К известному немецкому хирургу Теодору Бильроту обратился за помощью его учитель – великий русский хирург Н.И. Пирогов. Хотя Бильрот и был уверен в том, что у Н.И. Пирогова имелась злокачественная опухоль верхней челюсти, он решительно высказался против этого диагноза и не рекомендовал оперативного лечения, учитывая ослабленность организма и преклонный возраст своего пациента. Такое заявление Т.Бильрота значительно подняло настроение Н.И.Пирогова. Он вернулся к посильному труду, любимым занятиям, хотя раковая опухоль продолжала подтачивать силы гениального хирурга.

ЕДИНСТВО ИДЕЙНО-ПОЛИТИЧЕСКОГО И ПРАВОВОГО ВОСПИТАНИЯ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Вся государственная система образования и воспитания молодежи направлена, прежде всего, на формирование личности, обладающей высокой нравственностью.

Молодому человеку и, в первую очередь, специалисту с высшим медицинским образованием должны быть присущи высокие идейно-нравственные качества, прежде всего убежденность, социальная активность, трудолюбие и самодисциплина, ответственность за общее дело, культура и благородство в отношении семьи, коллектива, общества, уважительное отношение к закону, умение преодолевать возникающие трудности.

Высшие и средние специальные учебные заведения, на основе единых комплексных планов воспитания студентов и учащихся, рассчитанных на весь период обучения, осуществляют систему мероприятий по правовому воспитанию, включающую как учебную, так и внеаудиторную работу. Накоплен положительный опыт по формированию у студентов и учащихся общественной активности, государственного правосознания, воспитания их в духе уважения к закону, сознательного соблюдения трудовой дисциплины.

Правовое воспитание студентов медицинских вузов также проводится систематически, охватывает весь период обучения.

На третьем курсе, на кафедре специальной подготовки студенты изучают основы военного законодательства. Эта кафедра осуществляет большую военно-патриотическую работу, воспитывает студентов в духе преданности нашей родине.

На кафедре биологии человека студентов знакомят с основными положениями законодательства об охране природы. Эта тема, затем более углубленно изучается студентами на гигиенических кафедрах. Здесь студенты осваивают положения законов о соблюдении норм промышленной и пищевой санитарии.

Ряд вопросов права, касающихся законодательства о здравоохранении, преподаётся студентам на кафедрах третьего курса и, прежде всего, на кафедрах общей хирургии и пропедевтики внутренних болезней. Здесь студенты впервые начинают осваивать клиническую подготовку и непосредственно сталкиваются с вопросами правовой регламентации врачебной деятельности, важными проблемами медицинской деонтологии. С позиций врачебной практики они ос-

ваивают такие важные положения как понятие о врачебной тайне и ответственность за её разглашение, знакомятся с регламентацией оказания медицинской помощи вообще и хирургических операций в частности. Присутствуя на врачебных и клиничко-анатомических конференциях, студенты получают представление о врачебных ошибках, несчастных случаях в медицинской практике.

На клинических кафедрах третьего курса студенты изучают медицинскую документацию, её роль в организации лечебно-профилактической работы. Здесь же анализируются некоторые положения о правах, обязанностях и ответственности медицинских работников, и имеющие важное юридическое значение вопросы экспертизы временной нетрудоспособности.

Важные аспекты правового обучения и воспитания рассматриваются на кафедре фармакологии (3 курс). Студенты осваивают правила выписывания рецептов, изготовления, хранения и отпуска лекарств, содержащих сильнодействующие и ядовитые вещества, положения фармакопеи в Республике Узбекистан и порядок оказания гражданам лекарственной помощи. Подчёркиваются положения законодательства об ответственности за преступления против здоровья населения, которые могут быть совершены медицинскими работниками, в частности, об ответственности за незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозку или сбыт наркотических средств (ст. 276 УК Республики Узбекистан).

На кафедре патологической анатомии студенты знакомятся с положением о патологоанатомической службе в Республике Узбекистан, с инструкциями о заполнении врачебного свидетельства о смерти, о проведении клиничко-анатомических конференций. Здесь студенты получают представление о роли патологической службы в повышении качества диагностики заболеваний и лечения больных, должного заполнения медицинской документации. Наряду с правовыми, на этой кафедре рассматриваются и деонтологические вопросы о взаимоотношениях врача-патологоанатома с лечащими врачами, с больными и родственниками умерших больных.

Клинические кафедры IV-VI курсов, прививая студентам знания в области диагностики, лечения и профилактики заболеваний, уделяют значительное внимание вопросам правового и деонтологического воспитания.

На хирургических кафедрах студенты глубже изучают положения законодательства о регламентации лечебно-диагностической по-

мощи населению, о порядке проведения хирургических вмешательств и их оформления в юридическом документе – истории болезни, о порядке проведения и оформления сложных диагностических и лечебных процедур.

На кафедре акушерства и гинекологии студенты изучают и осваивают законоположения о правовом регулировании охраны материнства и детства: поощрение материнства, гарантии охраны матери и ребёнка, обеспечения беременных женщин медицинской помощью в дородовом периоде, в родах и после них, обеспечения медицинской помощью новорождённых детей, государственной помощи гражданам в осуществлении ухода за детьми и льгот матерям при болезни детей. Здесь же рассматриваются некоторые вопросы законодательства о браке, семье и опеке.

На кафедрах педиатрии изучаются нормативные акты по обеспечению детей и подростков медицинской помощью, укреплению их здоровья, по контролю за трудовым и производственным обучением и условиями труда подростков.

На кафедрах туберкулёза, психиатрии, инфекционных болезней рассматриваются вопросы специальных мер профилактики и лечения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

На кафедре психиатрии студенты изучают нормативные акты, определяющие работы и функции психоневрологических учреждений, ведомственные инструкции о правилах исследования и лечения психически больных, о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния. Здесь же анализируется инструкция о проведении судебно-психиатрической экспертизы в Республике Узбекистан, юридические и медицинские критерии невменяемости и недееспособности.

На кафедре кожных и венерических болезней рассматриваются нормативные акты, регулирующие деятельность медицинских учреждений по лечению и профилактике кожных и венерических болезней и положения закона об ответственности за заражение венерическим заболеванием и уклонение от его лечения.

На кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения изучаются правовые вопросы лечебно-профилактических учреждений; врачебно-трудовых экспертных комиссий; порядок оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности; нормативные акты регламентирующие деятельность женских консультаций; законода-

тельство по охране материнства и детства; вопросы охраны труда и техники безопасности.

Важная роль в правовом обучении и воспитании студентов медицинских вузов принадлежит кафедре судебной медицины. Сама специфика этой кафедры, готовящей студентов к выполнению, в случае необходимости, государственной обязанности врача-эксперта, тесно связана с вопросами права и, прежде всего, с уголовным правом и процессом.

Здесь студенты изучают основы уголовного и уголовно-процессуального законодательства, нормативные акты и ведомственные инструкции и процессуальных и организационно-методических основах судебно-медицинской экспертизы в Республике Узбекистан; права, обязанности и ответственность судебно-медицинских экспертов и врачей-экспертов. Рассматриваются вопросы учения о доказательствах и, в частности, о заключении эксперта как источнике доказательств. Значительное внимание уделяется методологии в судебной медицине, детализируются разные аспекты такого вопроса уголовного законодательства как ответственность за преступления против жизни и здоровья человека.

Изучаемые положения судебной медицины тесно увязываются с проблемами медицинской деонтологии и законоположениями об ответственности медицинских работников за профессиональные и профессионально-должностные правонарушения. Подробно разбираются понятия о врачебных ошибках, причинах и условиях, их порождающих; о несчастных случаях в медицинской практике и мерах их предупреждения.

Важно, что вопросы теории тесно переплетаются с практикой, т.к. преподавание судебной медицины проводится на практическом судебно-медицинском экспертном материале.

Правовое воспитание, осуществляемое преподавателями кафедр медицинских вузов, не ограничивается рамками учебной программы.

Проводится большая внеаудиторная работа. Формы её разнообразны. Студенты могут выполнять научные исследования по соответствующей тематике, участвовать в симпозиумах по вопросам права и деонтологии, вечерах вопросов и ответов на юридические темы, конференциях на тему «Врач и закон».

Правовое воспитание в стенах медицинских вузов заканчивается принятием молодыми врачами, на церемонии вручения дипломов, «Присяги врача».

Правовое и деонтологическое воспитание также тесно переплетаются вместе, как тесно связаны между собой мораль и право.

Мораль и право представляют собой формы общественного сознания и общественных отношений, социальные институты, регулирующие поведение людей в обществе. По существу, мораль и право – это совокупность строго определённых, относительно устойчивых, зафиксированных в общественном сознании норм поведения, выражающих и отражающих социальные потребности общества на определённом этапе его развития.

Мораль (от латинского *mores* – нравы, *moralis* – нравственный), наряду с правом, регулирует поведение людей во всех условиях и обстоятельствах общественной жизни: на производстве, в семье и в быту, в научной, общественной и политической деятельности.

В наиболее общем определении мораль представляет собой форму общественного сознания, отражающую социальную действительность в виде специфических, классовых и исторически обусловленных представлений о добре и зле, которые закрепляются в сознании людей в виде принципов, норм, идеалов, призванных регулировать поведение людей в целях сохранения и развития общества как целого.

Мораль включает в себя содержание поведения, она предписывает, как следует поступать.

Роль морального фактора, как регулятора поведения людей, возрастает в производственной сфере и в непроизводственных сторонах деятельности и жизни людей: политических, национальных, управленческих, культурных, потребительских, семейных, бытовых.

Резко повышается значение морального фактора в охране окружающей среды, общественного порядка, в организации и проведении досуга людей. Всё это неминуемо приводит к повышению ответственности общества и коллектива за поведение каждой отдельной личности. Повышается авторитет и активность общественного мнения, стоящего на страже выполнения каждым человеком норм морали, установленных обществом.

Соответственно возрастанию роли морального фактора и общественного мнения, совершенствуются и изменяются взаимоотношения и связь моральной и «внеморальной» (правовой и административной) регламентации поведения людей: снижается доля и объём социального принуждения в обеспечении установленных обществом норм поведения.

В нашем обществе мораль и право тесно связаны между собой, эта связь предопределяется единством норм, провозглашаемых моралью и правом.

Можно выделить три фактора, определяющих единство содержания моральных и правовых норм в нашем обществе:

– Производственные отношения, сложившиеся в соответствии с экономическими условиями жизни общества.

– Отражение сложных и многогранных общественных отношений (поскольку круг этих отношений, регулируемый моралью и правом, в основном один и тот же).

– Общая для моральных и правовых норм всенародная заинтересованность.

Вместе с тем, между моралью и правом имеются различия.

Мораль возникла одновременно с человеческим обществом, а право – позднее, когда образовались классы и когда экономически господствующий класс начал создавать нормы поведения, отвечающие его интересам, ибо право – это возведённая в закон воля господствующего класса.

К различиям между моралью и правом относится также и то, что мораль регулирует более широкий круг отношений, чем право.

Юридическая (правовая) оценка действий человека распространяется только на правовые явления, моральная же оценка охватывает практически все стороны деятельности человека.

Мораль и право оценивают поступки людей разными категориями. Категории морали – это добро, зло, гуманизм, честность, чувство ответственности, самопожертвования и т.п. Категории права – это законность или незаконность, правомерность, виновность или невиновность и т.п. Однако, действия людей, нарушивших нормы права, могут быть оценены и в моральном отношении: противоправные действия, например, изнасилование, убийство, хищение и т.п., одновременно признаются и аморальными. Для борьбы с правонарушениями и для ликвидации их необходимо сочетание морали и права: средств воспитания и убеждения с мерами принуждения для тех, кто нарушает законы.

В ходе исторического развития отдельные группы стремились закрепить моральные нормы, регулирующие отношения их членов между собой и с обществом, в своеобразных уставах, кодексах, «клятвах».

И не случайно, что первой клятвой на верность своей профессии и профессиональному долгу была дошедшая до нашего времени «клятва Гиппократ» (Гиппократ – 460-377 гг. до н.э – великий древнегреческий врач, «отец научной медицины»). В настоящее время считается, что этические обязательства древнегреческих врачей, сформулированные в «клятве», возникли до Гиппократ и переходили в устном виде от врача к врачу. Клятва Гиппократ содержит обязательства молодого врача в отношении своего учителя, больных, обращающихся к врачу, обязанность сохранения врачебной тайны. Она запрещает действия, которые могут причинить физический или моральный вред больному или близким ему людям. Клятва Гиппократ на протяжении многих веков являлась основой для клятвенных обещаний врачей во многих странах, в том числе и в Узбекистане.

Совокупность этических норм выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей объединяется в понятие медицинской деонтологии – учения о долге врача, среднего и младшего медицинского работника по отношению к обществу, больному и его родственникам, к товарищам по профессии. Академик АМН А.Ф.Билибин пишет, что деонтология учит развивать в себе творческие элементы, что она будирует врача к высокому интеллектуальному уровню и умению глубоко и тонко вникать в человеческую психологию, в частности, в психологию больного. В деонтологии формулируются положения, касающиеся сущности врачебной деятельности, её специфики, а также определяющие отношение врача к обществу, к своей профессии, к больному, к своим ошибкам и достижениям, к товарищам-коллегам. «Деонтология – душа медицины и мудрость врачевания. Деонтология врача содержит всё лучшее, что составляет гуманизм».

Высокие моральные требования к врачам предопределяются сущностью самой врачебной профессии, её принципиальными особенностями, резко отличающими медицинскую профессию от других.

Главная особенность врачебной профессии, определяющая её специфику, состоит в том, что объектом деятельности врача является человек, его жизнь и здоровье. Это накладывает на врача огромную ответственность, поскольку жизнь и здоровье – это самое дорогое, что есть у человека. Охраняя здоровье и жизнь людей, врач не пожалеет своих сил, времени, своего здоровья. Не случайно одной из эмблем врача является горящая свеча, означающая: «Светя другим, сгораю сам» (эта эмблема предложена голландским врачом Николаасом

Ван Тульпом, 1599-1677).

Вторая особенность врачебной профессии обуславливается чрезвычайной сложностью и многообразием человеческой жизни и вариабельностью течения болезненных процессов у человека, индивидуализацией их проявления, а также необычайно бурно нарастающим потоком научной информации, появлением всё новых и новых диагностических, лечебных приёмов и средств.

Главным при этом является научный клинический подход к изучению больного и его болезни, постоянное самоусовершенствование, развитие клинического мышления врача.

Третьей особенностью профессии врача следует считать её повседневный героизм. Ежедневная, казалось бы привычная и будничная, деятельность врача – это постоянная борьба, сохраняющая тысячи и тысячи человеческих жизней.

Среди других особенностей врачебной специальности необходимо отметить и то, что ни в какой другой профессии ошибки и упущения не имеют столь тяжёлых для человека последствий, ибо за ошибку или небрежность врача расплачивается больной. Эти особенности и определяют те высокие морально-этические требования, которые наше общество предъявляет врачу, и которые государство сформулировало в «Присяге врача».

Для повседневной деятельности врача характерна связь правовых вопросов с деонтологическими. Все правовые нормы, регулирующие деятельность медицинских работников, имеют глубокую нравственную основу в виде принципов морали. И наоборот, некоторые моральные нормы получили правовой базис, стали законом, как, например, «Присяга врача».

Именно несоблюдение правил деонтологии часто служит поводом для конфликтов между больным, его родственниками, медицинским персоналом, особенно при неблагоприятных исходах лечения. Практика показывает, что при несоблюдении правил медицинской деонтологии, эти конфликты могут возникать и в случаях правильного лечения, становясь предметом разбора многочисленных комиссий, а иногда даже следственных органов и суда. С другой стороны, если при неблагоприятном исходе лечения правила медицинской деонтологии были соблюдены, то родственники умершего нередко становятся защитниками врача, когда видят, что врач сделал всё, что было в его силах, что он сам тяжело переживает неблагоприятный исход лечения.

Деонтологическое воспитание студентов в медицинских институтах, так же, как и правовое воспитание, осуществляется по сквозной межкафедральной программе, рассчитанной на весь период обучения в вузе.

Задача деонтологического воспитания, являющегося, как и правовое, частью воспитания будущих врачей, – достигнуть того, чтобы врачебная деятельность стала целью всей жизни, чтобы будущий врач усвоил лучшие гуманистические традиции отечественной медицины, чтобы эти традиции стали его жизненным убеждением, мериллом помыслов, стремлений, повседневного поведения.

Для того, чтобы на деле стать хорошим врачом, гуманистом по убеждению, нельзя ограничиваться только тем, что даёт в смысле обучения и воспитания институт, его преподаватели, их личный пример беззаветного служения делу. Будущий врач должен пройти сложный и нелёгкий путь внутренней работы, путь самовоспитания. Самовоспитание – процесс трудный и длительный. Но без него не обойтись тому, кто хочет стать достойным своей эпохи и своей профессии.

ТРУДОВОЙ КОДЕКС РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Трудовые отношения в Республике Узбекистан регулируются законодательством о труде, коллективными соглашениями, а также коллективными договорами и иными локальными нормативными актами.

Законодательство о труде состоит из настоящего Кодекса, законов Республики Узбекистан и постановлений Олий Мажлиса, указов Президента Республики Узбекистан, законов Республики Каракалпакстан, постановлений Правительства Республики Узбекистан и Правительства Республики Каракалпакстан, решений других представительных и исполнительных органов государственной власти, принимаемых в пределах их компетенции.

Законодательными и иными нормативными актами о труде регулируются трудовые отношения физических лиц, работающих по трудовому договору (контракту) на предприятиях, в учреждениях, организациях всех форм собственности, а также у отдельных граждан.

Законодательство с труде, учитывая интересы работников, работодателей, государства, обеспечивает эффективное функционирование рынка труда, справедливые и безопасные условия труда, охрану трудовых прав и здоровья работников, способствует росту производительности труда, улучшению качества работы, подъёму на этой основе материального и культурного уровня жизни всего населения.

Субъектами трудовых отношений могут быть граждане Республики Узбекистан, а также иностранные граждане и лица без гражданства, достигшие установленного законом возраста и заключившие трудовой договор с работодателем.

Работодателями, как субъектами трудовых отношений, могут быть:

- предприятия, в том числе их обособленные структурные подразделения, в лице их руководителей;
- частные предприятия, собственник которых одновременно является их руководителем;
- отдельные лица, достигшие 18 лет, в случаях, предусмотренных законодательством.

В соответствии с Конституцией Республики Узбекистан каждый имеет право на труд, на свободный выбор работы, на справедливые условия труда и на защиту от безработицы в порядке, установленном законом.

Каждый работник имеет право:

- на вознаграждение за труд не ниже установленного законом минимального размера;
- на отдых, обеспечиваемый установлением предельной продолжительности рабочего времени, сокращённым рабочим днём для ряда профессий и работ, предоставлением еженедельных выходных дней, праздничных дней, а также ежегодных оплачиваемых отпусков;
- на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены;
- на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации;
- на возмещение вреда, причинённого его здоровью или имуществу в связи с работой;
- на объединение в профессиональные союзы и другие организации, представляющие интересы работников и трудовых коллективов;

- на социальное обеспечение по возрасту, в случае утраты трудоспособности, потери кормильца и в иных, установленных законом, случаях;
- на защиту, в том числе и судебную, трудовых прав и квалифицированную юридическую помощь;
- на отстаивание своих интересов в коллективных трудовых спорах.

Работодатель имеет право:

- управлять предприятием и принимать самостоятельно решения в пределах своих полномочий;
- заключать и прекращать индивидуальные трудовые договоры в соответствии с законодательством;
- требовать от работника надлежащего выполнения работы, обусловленной трудовым договором;
- создавать совместно с другими работодателями общественные объединения для защиты своих интересов и вступать в такие объединения.

Представительство интересов работников в трудовых отношениях и защиту таких интересов могут осуществлять профессиональные союзы и их выборные органы на предприятии или иные избираемые работниками органы, порядок избрания, сроки полномочий и количественный состав которых определяются собранием (конференцией) трудового коллектива. Работники сами определяют тот орган, которому они доверяют представительство и защиту своих интересов.

Все представительные органы действуют в пределах своих полномочий и пользуются равными правами при защите интересов работников.

Наличие иных представительных органов на предприятии не должно препятствовать деятельности профессиональных союзов по осуществлению своих функций.

Интересы работников и работодателей не может представлять и защищать один и тот же представительный орган.

Деятельность представительных органов может быть прекращена по решению работников, их избравших, а также судом – в случае совершения ими действий, противоречащих законодательству.

ПОНЯТИЕ И ЦЕЛЬ КОЛЛЕКТИВНЫХ ДОГОВОРОВ И СОГЛАШЕНИЙ

Коллективный договор – нормативный акт, регулирующий трудовые, социально-экономические и профессиональные отношения между работодателем и работниками на предприятии.

Коллективное соглашение – нормативный акт, содержащий обязательства по установлению условий труда, занятости и социальных гарантий для работников определённой профессии, отрасли, территории.

Коллективные договоры и соглашения заключаются в целях содействия договорному регулированию трудовых отношений и согласования социально-экономических интересов работников и работодателей.

Правом на принятие решения о необходимости заключения коллективного договора с работодателем обладают профсоюз, в лице его полномочного представителя, иной уполномоченный работниками представительный орган или непосредственно общее собрание (конференция) трудового коллектива.

Коллективные договоры заключаются на предприятиях, в их структурных подразделениях, наделённых правами юридического лица.

Коллективный договор заключается с одной стороны работниками, в лице профсоюзов или уполномоченных работниками иных представительных органов, с другой стороны – работодателем непосредственно или уполномоченными им представителями.

Содержание и структура коллективного договора определяется сторонами.

В коллективный договор могут включаться взаимные обязательства работодателя и работников по следующим вопросам:

- форма, система и размер оплаты труда, денежные вознаграждения, пособия, компенсации и доплаты;
- механизм регулирования оплаты труда, исходя из изменений цен, уровня инфляции, выполнения показателей, определённых коллективным договором;
- занятость, переобучение, условия высвобождения работников;
- продолжительность рабочего времени и времени отдыха, отпусков;

- улучшение условий и охраны труда работников, в том числе женщин и лиц, не достигших восемнадцати лет, обеспечение экологической безопасности;
- соблюдение интересов работников при приватизации предприятия, ведомственного жилья;
- льготы для работников, совмещающих работу с обучением;
- добровольное и обязательное социальное и медицинское страхование;
- контроль за выполнением коллективного договора, ответственность сторон, социальное партнёрство, обеспечение нормальных условий функционирования профсоюзов, иных уполномоченных работниками представительных органов.

В коллективном договоре, с учётом экономических возможностей предприятия, могут содержаться и другие, в том числе более льготные трудовые и социально-экономические условия по сравнению с нормами и положениями, установленными законодательными и иными нормативными актами (дополнительные отпуска, надбавки к пенсиям, досрочный уход на пенсию, компенсация транспортных и командировочных расходов, бесплатное или частично оплачиваемое питание работников на производстве и их детей в школах и дошкольных учреждениях, иные дополнительные льготы и компенсации).

В коллективный договор включаются нормативные положения, если в действующих законодательных актах содержится прямое предписание об обязательном закреплении этих положений в коллективном договоре.

ПОНЯТИЕ И СТОРОНЫ ТРУДОВОГО СОГЛАШЕНИЯ

Трудовой договор есть соглашение между работником и работодателем о выполнении работы по определённой специальности, квалификации, должности за вознаграждение с подчинением внутреннему трудовому распорядку на условиях, установленных соглашением сторон, а также законодательными и иными нормативными актами о труде.

Сторонами трудового договора являются работник и работодатель.

Соглашению сторон о заключении трудового договора могут предшествовать дополнительные обстоятельства (прохождение по конкурсу, избрание на должность и др.).

Работник может заключать трудовые договоры о работе по совместительству, если это не запрещено законодательством.

Содержание трудового договора определяется соглашением сторон, а также законодательными и иными нормативными актами о труде.

По соглашению сторон трудового договора определяются:

- место работы (предприятие или его подразделение);
- трудовая функция работника – специальность, квалификация, должность, по которой он будет работать;
- день начала работы;
- срок действия трудового договора при заключении его на определённый срок;
- размер оплаты и другие условия труда.

Уровень трудовых прав и гарантий для работников, установленный законодательными и иными нормативными актами, не может быть понижен при заключении трудового договора.

Трудовой договор заключается в письменной форме.

Форма трудового договора разрабатывается с учётом примерно-го договора, утверждаемого в порядке, установленном Правительством Республики Узбекистан.

Трудовой договор составляется в количестве не менее двух экземпляров, имеющих одинаковую силу, и передаётся каждой из сторон для хранения.

В договоре указываются адреса сторон.

Трудовой договор скрепляется подписями работника и должностного лица, обладающего правом приёма на работу, с указанием даты его подписания. Подпись должностного лица заверяется печатью предприятия, подтверждающей подлинность и правомочность подписи.

Срок трудового договора предусмотрен в статье 75.

Трудовые договоры могут заключаться:

- на неопределённый срок;
- на определённый срок не более пяти лет;
- на время выполнения определённой работы.

Если в трудовом договоре не оговорен срок его действия, то договор считается заключённым на неопределённый срок.

Трудовой договор, заключённый на неопределённый срок, не может быть перезаключён на определённый срок, а также на время выполнения определённой работы без согласия работника.

Трудовой договор, заключённый в соответствии с законодательством, вступает в силу с момента его подписания. Работник обязан приступить к исполнению трудовых обязанностей с того дня, который определён в договоре.

ПРАВО НА ТРУДОУСТРОЙСТВО

Каждому принадлежит исключительное право распоряжаться своими способностями к производительному и творческому труду и осуществлять любую, не запрещённую законодательством, деятельность. Добровольная незанятость не может служить основанием для привлечения к ответственности.

Каждый имеет право на свободный выбор места работы путём прямого обращения к работодателю или через бесплатное посредничество органов по трудоустройству.

Правом на труд государство гарантирует:

- свободу выбора вида занятости, в том числе работы с различными режимами труда;
- защиту от незаконного отказа в приёме на работу и прекращения трудового договора;
- бесплатное содействие в подборе подходящей работы и трудоустройстве;
- обеспечение каждому равенства возможностей в получении профессии и работы, условиях труда и занятости, оплате труда, продвижении по службе;
- бесплатное обучение новой профессии (специальности), повышение квалификации в местных органах по трудоустройству или, по их направлению, в иных учебных заведениях с выплатой стипендии;
- компенсацию, в соответствии с законодательством, материальных затрат при приёме на работу в другую местность;
- возможность заключения срочных трудовых договоров на участие в оплачиваемых общественных работах.

Правовые, экономические и организационные условия обеспечения занятости и гарантии реализации права на труд определяются законодательными и иными нормативными актами о труде.

Содействие трудоустройству населения оказывают соответствующие органы системы Министерства труда Республики Узбекистан.

Для финансирования мероприятий по реализации политики занятости и эффективной деятельности органов по труду создаётся Государственный фонд содействия занятости в порядке, определяемом Правительством Республики Узбекистан.

Общий порядок установления и изменения условий труда предусмотрен в статье 88.

Под условиями труда понимается совокупность социальных и производственных факторов, при которых осуществляется труд.

- К социальным факторам относятся: размер заработной платы, продолжительность рабочего времени, отпуска и другие условия.

Условия труда устанавливаются законодательными и иными нормативными актами о труде, а также соглашением сторон трудового договора.

Изменение условий труда производится в том порядке, в каком они были установлены.

Изменение условий труда по требованию одной из сторон трудового договора допускается в случаях, предусмотренных статьями 89 и 90 настоящего Кодекса.

ПОНЯТИЕ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ

Рабочим считается время, в течение которого работник, в соответствии с расписанием или графиком работы либо условиями трудового договора, должен выполнять свои трудовые обязанности.

Нормальная продолжительность рабочего времени для работника не может превышать сорока часов в неделю.

При шестидневной рабочей неделе продолжительность ежедневной работы не может превышать семи часов, а при пятидневной рабочей неделе – восьми часов.

Отдельным категориям работников, с учётом их возраста, состояния здоровья, условий труда, специфики трудовых функций и других обстоятельств, в соответствии с законодательными и иными нормативными актами о труде, а также условиями трудового договора, устанавливается сокращённая продолжительность рабочего времени без уменьшения оплаты труда.

Сокращённая продолжительность рабочего времени устанавливается:

- работникам, не достигшим восемнадцатилетнего возраста;
- работникам, являющимся инвалидами I и II групп;

– работникам, занятым на работах с неблагоприятными условиями труда (статья 117);

– работникам, имеющим особый характер работы.

Сокращённая продолжительность рабочего времени не более 36 часов в неделю устанавливается работникам, подвергающимся воздействию в процессе труда вредных для здоровья физических, химических, биологических и иных производственных факторов.

Перечень таких работ на предприятии и конкретная продолжительность рабочего времени при их выполнении определяются отраслевыми (тарифными) соглашениями, коллективными договорами, а если они не заключены – работодателем, по соглашению с профсоюзным комитетом либо иным представительным органом работников.

Для работников, занятых на производственных работах с особо вредными и особо тяжёлыми условиями труда, продолжительность рабочего времени устанавливается Правительством Республики Узбекистан.

Отдельным категориям работников (медицинским работникам, педагогам и другим), работа которых связана с повышенным эмоциональным, умственным, нервным напряжением, то есть имеет особый характер, продолжительность рабочего времени устанавливается не более 36 часов в неделю. Перечень таких работников и конкретная продолжительность их рабочего времени определяются Правительством Республики Узбекистан.

ОХРАНА ТРУДА

На всех предприятиях должны быть созданы условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены. Создание таких условий составляет обязанность работодателя.

Требования по охране труда устанавливаются настоящим Кодексом, законодательными и иными нормативными актами об охране труда, а также техническими стандартами.

Работодатели несут ответственность за нарушение требований по охране труда.

Работник обязан соблюдать требования норм, правил и инструкций по охране труда, а также распоряжения администрации по безопасному ведению работ, пользоваться полученными средствами индивидуальной защиты, немедленно извещать своего непосредственного руководителя о любой ситуации, которая создаёт непосред-

ственную угрозу жизни и здоровью людей, а также о любом несчастном случае, происшедшем в ходе работы или в связи с ней.

При заключении трудового договора и при переводе на другую работу, работник должен быть информирован работодателем об условиях труда, в том числе о наличии риска профессиональных и иных заболеваний, о полагающихся ему в связи с этим льготах и компенсациях, а также о средствах индивидуальной защиты.

Работодатель обязан также информировать работников или их представителей о состоянии охраны труда на конкретных рабочих местах и на производстве.

Работодатель обязан организовать проведение предварительного (при заключении трудового договора) и периодических (в процессе работы) медицинских осмотров работников:

- не достигших восемнадцати лет;
- мужчин, достигших шестидесяти лет;
- женщин, достигших пятидесяти пяти лет;
- инвалидов;
- занятых на работах с неблагоприятными условиями труда, ночных работах, а также на работах, связанных с движением транспорта;
- занятых на работах в пищевой промышленности, торговле и других отраслях, непосредственно обслуживающих население;
- педагогических и других работников общеобразовательных школ, дошкольных и иных учреждений, непосредственно занятых обучением или воспитанием детей.

Перечень работ с неблагоприятными условиями труда и иных работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры, и порядок их проведения устанавливаются Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Работники, указанные в части первой настоящей статьи, не вправе уклоняться от прохождения медицинских осмотров. При уклонении указанных работников от прохождения осмотров или невыполнении ими рекомендаций, выдаваемых врачебными комиссиями по результатам обследований, работодатель вправе не допускать их к работе.

Не допускается использование труда работников на работах, противопоказанных им по состоянию здоровья.

Работник имеет право потребовать проведения внеочередного осмотра, если он полагает, что ухудшение состояния его здоровья связано с условиями труда.

Работники не несут расходов в связи с прохождением медицинских осмотров.

На работодателя возлагается обязанность проведения инструктажа работников по технике безопасности, противопожарной охране и другим правилам охраны труда, а также осуществления постоянного контроля за соблюдением работниками всех требований по охране труда.

Работодатель обязан обеспечить прохождением работниками обучения правилам охраны труда и проводить проверку их знаний.

Допуск к работе лиц, не прошедших обучения, инструктирования и проверки знаний правил охраны труда, запрещается.

Для проведения мероприятий по охране труда выделяются, в установленном законом порядке, необходимые средства и материалы (статья 216), расходование этих средств и материалов на другие цели запрещается. Порядок использования указанных средств и материалов определяется коллективным договором, а если он не заключён – соглашением между работодателем и профсоюзным комитетом либо иным представительным органом работников.

Трудовые коллективы, в лице их представительных органов, контролируют использование средств, предназначенных на охрану труда.

Работники, занятые на работах с неблагоприятными условиями труда, обеспечиваются средствами индивидуальной защиты и гигиены бесплатно, по установленным нормам:

- молоком (или другими равноценными пищевыми продуктами);
- лечебно-профилактическим питанием;
- газированной солевой водой (работающие в горячих цехах);
- специальной одеждой, специальной обувью, другими средствами индивидуальной защиты и гигиены.

Перечень таких работ, нормы, порядок и условия выдачи устанавливаются коллективными соглашениями, коллективными договорами, а если они не заключены – определяются работодателем по соглашению с представительным органом работников.

Работников, нуждающихся по состоянию здоровья в предоставлении более лёгкой или исключаяющей воздействие неблагоприятных факторов работы, работодатель обязан перевести, с их согласия, на такую работу, в соответствии с медицинским заключением, временно или без ограничения срока.

При переводе по состоянию здоровья на более лёгкую или исключаяющую воздействие неблагоприятных производственных факторов нижеоплачиваемую работу, за работниками, в течение двух недель со дня перевода, сохраняется прежний средний месячный заработок.

Временно переведённым на нижеоплачиваемую работу в связи с увечьем или иным повреждением здоровья, связанным с работой, работодатель, ответственный за повреждение здоровья, выплачивает разницу между прежним заработком и заработком по новой работе. Такая разница выплачивается до восстановления трудоспособности или установления инвалидности.

Законодательством могут предусматриваться и другие случаи сохранения прежнего среднего месячного заработка или выплаты пособия по государственному социальному страхованию при переводе по состоянию здоровья на более лёгкую или исключаяющую воздействие неблагоприятных производственных факторов нижеоплачиваемую работу.

Работник обязан немедленно известить работодателя о возникновении в процессе работы обстоятельств, угрожающих его жизни или здоровью. При подтверждении этих обстоятельств органами, осуществляющими надзор и контроль за соблюдением правил охраны труда, работодатель принимает меры по их устранению. Если необходимые меры не были приняты, работник вправе отказаться от выполнения соответствующей работы до устранения обстоятельств, угрожающих его жизни и здоровью. На этот период за работником сохраняется его средний заработок.

Работодатель обязан принять меры, направленные на оказание первой медицинской помощи работникам, заболевшим на месте работы.

Перевозка в лечебно-профилактические учреждения работников, заболевших на месте работы, в необходимых случаях производится за счёт работодателя.

Работодатель обязан своевременно проводить расследование и учёт несчастных случаев на производстве.

По требованию пострадавшего работодатель обязан выдать акт о несчастном случае не позднее трёх дней со дня окончания расследования.

Государственный надзор и контроль за состоянием охраны труда осуществляют государственные органы.

Общественный контроль за соблюдением норм и правил по охране труда осуществляют профессиональные союзы и другие представительные органы работников.

АДМИНИСТРАТИВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ И АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Законодательство об административной ответственности состоит из Кодекса об административной ответственности, законов Республики Узбекистан, постановлений Олий Мажлиса Республики Узбекистан, указов Президента Республики Узбекистан, постановлений Кабинета Министров Республики Узбекистан, законов Республики Каракалпакстан, решений областных и Ташкентского городского Советов народных депутатов, хокимов областей и города Ташкента.

Положения настоящего Кодекса распространяются и на административные правонарушения, ответственность за совершение которых предусмотрена актами законодательства, не включёнными в настоящий Кодекс.

Законодательство об административной ответственности имеет своими задачами охрану прав и свобод граждан, собственности, государственного общественного порядка, природной среды, обеспечение социальной справедливости и законности в интересах благосостояния человека и общества, своевременное и объективное рассмотрение дел об административных правонарушениях, а также предупреждение этих правонарушений, воспитание граждан в духе соблюдения Конституции и законов Республики Узбекистан.

Для осуществления этих задач настоящий Кодекс определяет, какое действие либо бездействие является административным правонарушением, какое административное взыскание, каким органом (должностным лицом) и в каком порядке может быть применено в отношении лица, совершившего административное правонарушение, и кем исполнено.

Административным правонарушением признаётся посягающее на личность, права и свободы граждан, собственность, государствен-

ный и общественный порядок, природную среду, противоправное, виновное (совершённое умышленно или по неосторожности) действие или бездействие, за которое законодательством предусмотрена административная ответственность.

Административная ответственность за правонарушения, предусмотренная настоящим Кодексом, наступает, если эти нарушения, по своему характеру не влекут за собой уголовной ответственности.

Совершение административного правонарушения умышленно признаётся, если лицо, его совершившее, сознавало противоправный характер своего действия или бездействия, предвидело его вредные последствия, желало или сознательно допускало их наступление.

Административное правонарушение признаётся совершённым по неосторожности, если лицо, его совершившее, предвидело возможность наступления вредных последствий своего действия или бездействия, но легкомысленно рассчитывало на их предотвращение, либо не предвидело возможности наступления таких последствий, хотя должно было и могло их предвидеть.

Административное взыскание является мерой ответственности и применяется в целях воспитания лица, совершившего административное правонарушение, в духе соблюдения и уважения законов, а также предупреждения совершения новых правонарушений как самим правонарушителем, так и другими лицами.

Виды административных взысканий предусмотрены в статье 23 административного Кодекса.

За совершение административных правонарушений могут применяться следующие виды административных взысканий:

- штраф;
- возмездное изъятие предмета, явившегося орудием совершения или непосредственным предметом административного нарушения;
- конфискация предмета, явившегося орудием совершения или непосредственным предметом административного нарушения;
- лишение специального права, предоставленного данному лицу (права управления транспортными средствами, права охоты);
- административный арест.

Административные взыскания, перечисленные в пунктах 2-5 частей первой настоящей статьи, могут быть установлены только законами Республики Узбекистан.

Законодательством может быть предусмотрено административное выдворение из пределов Республики Узбекистан иностранных граждан и лиц без гражданства за совершение административных правонарушений.

За одно административное правонарушение может быть наложено основное либо основное и дополнительное взыскание.

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВОНАРУШЕНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Неосторожное причинение лёгкого телесного повреждения влечёт за собой наложение штрафа от одного до двух минимальных размеров заработной платы. Умышленное причинение легкого телесного повреждения, не повлекшее кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности, влечёт за собой наложение штрафа от двух до четырёх минимальных размеров заработной платы.

Нарушение санитарного законодательства, санитарных норм, правил и гигиенических нормативов влечёт наложение штрафа на граждан размером от половины до одного, а на должностных лиц – от одного до двух минимальных размеров заработной платы.

Нарушение обязательных правил установленных для борьбы с эпидемиями, в целях предупреждения возникновения или распространения карантинных и других опасных для человека инфекций, влечёт за собой наложение штрафа на граждан от одного до двух, а на должностных лиц – от двух до трёх минимальных размеров заработной платы.

Нарушение правил, норм, инструкций и других требований по радиационной безопасности влечёт за собой наложение штрафа на должностных лиц от трёх до пяти минимальных размеров заработной платы.

Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка без цели сбыта наркотических веществ или психотропных средств в небольших размерах влечёт за собой наложение штрафа от одного до двух минимальных размеров заработной платы с конфискацией наркотических веществ или психотропных средств либо административный арест до пятнадцати суток с конфискацией наркотических веществ или психотропных средств.

Соккрытие больными венерическим заболеванием или СПИДом источника заражения, а также лиц, имевших с ним контакт, создающее опасность заражения венерической болезнью или СПИДом влечёт за собой наложение штрафа от двух до трёх минимальных размеров заработной платы.

Уклонение от обследования лиц, в отношении которых имеются достаточные данные о том, что они больны венерическими заболеваниями или СПИДом, продолжающееся после предупреждения со стороны органов здравоохранения влечёт за собой наложение штрафа от двух до трёх минимальных размеров заработной платы.

Ненадлежащее обеспечение условий безопасности медицинского обследования на СПИД, а также проведение медицинских и косметических манипуляций, могущих повлечь за собой заражение СПИДом, влечёт за собой наложение штрафа от одного до двух минимальных размеров заработной платы.

Органы (должностные лица), уполномоченные рассматривать дела об административных правонарушениях:

- судья по административным делам районного (городского) суда;
- административные комиссии при органах самоуправления граждан посёлков, кишлаков, аулов;
- районные (городские) комиссии по делам несовершеннолетних;
- органы (должностные лица) отделов внутренних дел (милиции), органы (должностные лица) государственных инспекций и другие органы (должностные лица), уполномоченные на то настоящим Кодексом.

Общие правила применения административного взыскания приведены в статье 30 Административного Кодекса Республики Узбекистан.

Взыскание за административное правонарушение применяется в пределах и в порядке, установленных настоящим Кодексом и другими нормативными актами. При применении взыскания учитываются характер совершенного правонарушения, личность правонарушителя, степень его вины, имущественное положение, обстоятельства, смягчающие и отягчающие ответственность.

Обстоятельствами, смягчающими административную ответственность являются:

- чистосердечное раскаяние виновного;
- предотвращение виновным вредных последствий правонарушения, добровольное возмещение ущерба или устранение причинённого вреда;
- совершение правонарушения под влиянием сильного душевного волнения либо при стечении тяжёлых личных, семейных обстоятельств;
- совершение правонарушения под влиянием угрозы, принуждения либо в силу служебной, материальной или иной зависимости;
- совершение правонарушения несовершеннолетним;
- совершение правонарушения беременной женщиной или лицом, воспитывающим в одиночку ребёнка в возрасте до четырнадцати лет.

Орган (должностное лицо), рассматривающее дело об административном правонарушении, может признать смягчающими и другие обстоятельства.

Обстоятельствами, отягчающими административную ответственность, являются:

- продолжение противоправного поведения, несмотря на требования уполномоченных на то лиц прекратить его;
- повторное, в течение года, совершение однородного правонарушения, за которое лицо уже подвергалось административному взысканию, а равно совершение правонарушения лицом, имеющим судимость;
- вовлечение несовершеннолетнего в правонарушение;
- совершение правонарушения группой лиц;
- совершение правонарушения в условиях стихийного бедствия или при других чрезвычайных обстоятельствах;
- совершение правонарушения в состоянии опьянения.

Орган (должностное лицо), применяющий административное взыскание, в зависимости от характера административного правонарушения, может не признать какое-либо из данных обстоятельств отягчающим.

ЛИТЕРАТУРА, РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ

1. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. – М., 2000.
2. Анисимов С.В. Мораль и поведение. – М.: Мысль, 1979, с. 4-6.
3. Бедрин Л.М., Загрядская А.П., Ширинский П.П. Вопросы права и деонтологии в подготовке и воспитании врача. – Ярославль, 1986, 75 с.
4. Билибин А.Ф. Горизонты деонтологии и основы врачевания. Проблемы медицинской деонтологии. /Лекции под общ. ред. Билибина А.Ф., 1976, с. 14-41.
5. Вагнер Е.А. О деонтологическом воспитании врача. – Пермь, 1977
6. Вермель И.Г. Судебно медицинская экспертиза лечебной деятельности. – Свердловск, 1988.
7. Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. – М.: Медицина, 1976.
8. Давыдовский И.В. с соавт. Врачебные ошибки. БМЭ. – М.: Советская энциклопедия, 1976, т. 4, с.
9. Иванюшкин А.Д. Профессиональная этика в медицине. – М., 1990
10. Изуткин А.М., Матюшин И.Ф., Багралик В.Г., Лавренко В.П. Проблемы деонтологии в медицине. – Горький, 1978.
11. Концевич И.А. Судебно-медицинские аспекты врачебной практики. – Киев, 1974.
12. Концевич И.А. Долг и ответственность врача. – Киев, 1983.
13. Крюков В.Н. Судебная медицина (учебник). – М., 1998.
14. Краковский Н.И., Грицман Ю.Я. Хирургические ошибки. – М.: Медицина, 1967, с. 191.
15. Матюшин И.Ф., Изуткин А.М. Становление личности врача. – Горький, 1979.
16. Петровский Б.В. Деонтология в медицине. – М.: Медицина, 1988.
17. Попов В.Л., Попова Н.П. Правовые основы медицинской деятельности. – Санкт-Петербург, 1999.
18. Смольянинов В.М., Ширинский П.П. Годы студенчества – важный этап формирования этики врача. В кн.: Этико-

психологические проблемы медицины. – М.: Медицина, 1978, с. 294-311.

19. Конституция Республики Узбекистан. – Ташкент: Узбекистан, 1992.

20. Указ Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 года «О реформировании системы здравоохранения». № VII-2107.

21. Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан». – Ташкент, 1996.

22. Гражданский Кодекс Республики Узбекистан. – Ташкент, 1996.

23. Трудовой кодекс Республики Узбекистан. – Ташкент, 1996.

24. Уголовный кодекс Республики Узбекистан. – Ташкент, 1996.

25. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Узбекистан. – Ташкент, 1996.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	2
Конституционные основы медицинской помощи в Республике Узбекистан	3
Основы законодательства об охране здоровья граждан.....	5
Общие вопросы юридической ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения.....	21
Преступления против жизни и здоровья.....	28
Преступления против здоровья населения и общественной безопасности	32
Экологические преступления.....	37
Преступления против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления	38
Врачебная деонтология.....	43
Правовая и деонтологическая оценка врачебных ошибок и несчастных случаев в медицине.....	46
Закон о трансплантации органов и (или) тканей человека.....	57
Ответственность за причинение морального ущерба.....	62
Правовая регламентация оказания медицинской помощи.....	65
Юридическое, научно-практическое и воспитательное значение медицинской документации.....	74
Правовые основы судебно-медицинской экспертизы.....	82
Участие врача в следственных действиях.....	94
Правовые и деонтологические аспекты сохранения врачебной тайны	103
Единство идейно-политического и правового воспитания будущего врача	107
Трудовой кодекс Республики Узбекистан.....	115
Административные правонарушения и административная ответственность	127
Литература, рекомендуемая для самостоятельной подготовки...	131

МУНДАРИЖА

Кириш.....	2
Ўзбекистон Республикасида тиббий ёрдамни Конституциявий асослари	3
Аҳоли соғлиғини сақлаш ҳақидаги қонунчиликка асослари.....	5
Тиббиёт ходимларини касбий ҳуқуқбузарликдаги ҳуқуқий жавобгарликни умумий масалалари.....	21
Ҳаёт ва соғлиққа қарши бўлган жиноят.....	28
Аҳоли соғлиғига қарши бўлган жиноят ва жамоат хавфсизлиги.....	32
Экологик жиноят.....	37
Давлат ҳокимиятига қарши жиноят, давлат жумати ва маҳаллий ўз-ўзини бошқарув идоралари хизмати.....	38
Шифокорлик деонтологияси.....	43
Тиббиётда шифокор хатосига ва бахтсиз ҳодисага ҳуқуқий ҳамда деонтологик баҳо бериш.....	46
Инсон аъзолари ёки тўқималарини кўчириб ўтказиш ҳақидаги қонун.....	57
Маънавий зарар етказишдаги жавобгарлик.....	62
Тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳуқуқий регламенти.....	65
Тиббий ҳужжатларни ҳуқуқий, илмий-амалий ва тарбиявий аҳамияти.....	74
Суд-тиббиёти экспертизасини ҳуқуқий асослари.....	82
Шифокорни текширув ҳаракатларини олиб боришда қатнашуви.....	94
Шифокорлик сирини сақлашни ҳуқуқий ва деонтологик томонлари.....	103
Булажак шифокорни ғоявий-сиёсий ва ҳуқуқий тарбияси.....	107
Ўзбекистон Республикасида меҳнат кодекси.....	115
Маъмурий ҳуқуқбузарлик ва маъмурий жавобгарлик.....	127
Мустақил тайёрлашиш учун тавсия этилган адабиётлар.....	131

CONTENT

Introduction.....	2
Constitutional principles of medical aid in the Republic of Uzbekistan.....	3
Principles of Health care Laws for citizens.....	5
General problems of juridical responsibility of medical workers for professional laws breaking.....	21
The crimes against life and health.....	28
The crimes against health of population and security.....	32
Ecological crimes.....	37
The crimes against state power, interests of state service and work in organs of local selfgoverning.....	38
Medical deontology.....	43
Legal and deontological evaluation of doctors' mistakes and accidents in medicine.....	46
Man organs and tissue transplantation Laws.....	57
Responsibility for moral damage.....	62
Legal regulation of giving medical help.....	65
Juridical, scientific-practical and educational significance of medical documentation.....	74
Principles of forensic examination.....	82
Participation of physician in investigational actions.....	94
Legislative and deontological aspects of medical secret.....	103
Unity of ideological-political and law education of the future doctor.....	107
Labour Laws of the Republic of Uzbekistan.....	115
Administrative Law breaking and administrative responsibility.....	127
Recommended literature for self-training.....	131

**А.И. Искандаров, Д.Р. Кулдашев,
Б.Е.Ешмуротов, С.В.Горюнова**

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

(учебное пособие для студентов медицинских вузов)

Ташкент — Изд-во «Fan va texnologiya» — 2008

Редактор:	Д.Вахидова
Тех. редактор:	А.Мойдинов
Корректор:	К.Авезбаев
Компьютерная верстка:	Н.Хасанова

**Разрешено в печать 24.10.08. Формат 60x84^{1/16}.
Гарнитура «Tinez Uz». Печать офсетная.
Усл. печ.л. 8,6. Издат. печ.л. 8,5. Тираж 500.
Заказ № 156.**

**Отпечатано в типографии «Fan va texnologiya Markazining bosmaxonasi».
100000, г. Ташкент, ул. А.Тимура, 108.**