

З.А.Гиясов

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

*Рекомендовано Министерством высшего и среднего
специального образования Республики Узбекистан в качестве
учебника для студентов медицинских ВУЗов*

**«Tafakkur-Bo‘stoni»
Ташкент – 2012г**

УДК 616.3(075)

51.1(5Ў)+58

ГЗ8

Гиясов З. А.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА / З. А.

Гиясов. -Т: «Tafakkur-Bo‘stoni», 2012. -160 с.

ББК 51.1(5Ў)+58

Гиясов З.А. – заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права Ташкентской медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор.

Рецензенты:

А.И.Искандеров - заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права Ташкентского педиатрического института, доктор медицинских наук, профессор.

Р.Ж.Рузиев – директор Института философии и права им. И.Муминова АН Республики Узбекистан, доктор юридических наук, профессор.

Учебник составлен в соответствии с типовой программой и в нем освещены вопросы основ законодательства в сфере охраны здоровья граждан, реформирования системы здравоохранения в Узбекистане, современные проблемы биоэтики, особенности различных правовых взаимоотношений при оказании медицинской помощи, а также профессиональные правонарушения медицинских работников.

Обращено внимание вопросам производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз в случаях привлечения к ответственности медицинских работников.

Предназначен для студентов и резидентов высших медицинских учебных заведений.

ISBN - 978 9943-362-61-1

©«Tafakkur-Bo‘stoni», 2012 г.

ВВЕДЕНИЕ

Будучи приоритетной политикой государства, охрана здоровья граждан представляет собой совокупность политических, экономических, правовых, социальных, культурных, научных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мер, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, обеспечение его долголетней активной жизни, оказание ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Государство гарантирует охрану здоровья соответствующими законами и нормативными актами. Нарушение прав граждан в данной области влечет за собой соответствующую юридическую ответственность.

Формирование правового государства, демократизация общества в Узбекистане, повышение внимания вопросам охраны здоровья граждан, в частности реформа системы здравоохранения страны требуют четкую правовую регламентацию деятельности всех медицинских работников. Повышение уровня правовой грамоты и культуры в обществе также подчеркивают данную необходимость. В связи с этим проблема правовой регламентации медицинской деятельности, защиты прав и законных интересов граждан в сфере охраны здоровья приобретает особое политическое, социальное и экономическое значение.

Отсутствие или недостаточный уровень соответствующей правовой подготовки медицинских работников наносит серьезный вред охране здоровья граждан, снижает уровень соблюдения законности в здравоохранении, что в свою очередь в ряде случаев является причиной многочисленных нареканий, жалоб относительно деятельности медицинских работников, которые нередко ставят их в сложное положение, а иногда приводят к привлечению к уголовной ответственности.

Каждый медицинский работник, соблюдая общепринятые моральные, этические и правовые нормы, должен не только знать и выполнять свои обязанности, но и иметь четкое представление об ответственности, которую он несет за невыполнение или ненадлежащее выполнение данных обязанностей.

Следует отметить, что медицинская деятельность регламентируется не только законодательством о здравоохранении, в широком смысле она также входит в сферу интересов гражданского, трудового, административного и уголовного права. Вместе с тем, незнание медицинскими работниками правовых норм не освобождает от ответственности за их нарушение, что превращает медицинскую деятельность в сферу «высокого риска».

Таким образом, надлежащая правовая подготовка врачей и других медицинских работников, будучи основанием для формирования у них правовой культуры, высокой ответственности перед государством и обществом, служит укреплению законности в здравоохранении, повышению роли и значения медицинских работников сфере охраны здоровья граждан.

С учетом вышеизложенного с 2002 года в Узбекистане в программу высшего медицинского образования была введена дисциплина – «Правовые основы деятельности врача» или по-другому «Медицинское право». Несомненно, знание вопросов, предусмотренных преподаванием данной дисциплины является важным условием для самостоятельной, свободной, успешной деятельности медицинских работников.

Данный учебник составлен в соответствии с утвержденной типовой программой по этой дисциплине и в нем освещены различные правовые аспекты медицинской деятельности.

Глава 1. Цель, задачи и предмет медицинского права.

Медицинское право представляет собой совокупность норм, правил, регулирующие отношения между гражданами и медицинскими учреждениями, пациентами и медицинскими работниками, их права, обязанности и ответственность в процессе проведения диагностических, лечебных и профилактических мероприятий. При этом подразумевается совокупность нормативных актов, определяющих общеправовые, организационные взаимоотношения при оказании лечебно-профилактической помощи населению, при проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий и иной деятельности, направленной на охрану здоровья граждан.

Исходя из вышеприведенного определения, целью данной дисциплины является освоение теоретических знаний и навыков в области медицинского права, юридических норм в медицинской деятельности. В соответствии с этой целью определены следующие задачи дисциплины :

а. изучение основ законодательства об охране здоровья граждан;

б. освоение особенностей различных правовых взаимоотношений в медицинской деятельности;

в. ознакомление с различными видами профессиональных правонарушений медицинских работников;

г. дифференциация сущности правонарушений в виде проступков и преступлений.

Преподавание медицинского права преследует освоение студентами определенных знаний, умений и навыков.

Так, в результате изучения данной дисциплины студенты **должны знать:**

- основы законодательства по здравоохранению;

- права и обязанности медицинских работников и пациентов;
- нормы гражданского, трудового, административного, уголовного права, касающиеся медицинской деятельности;
- особенности расследований в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников.

После завершения обучения студенты должны уметь:

-разбираться в требованиях законодательства, связанного с медицинской деятельностью;

- анализировать медицинские документы;
- дифференцировать дефекты медицинской помощи.

Также студенты должны овладеть навыками:

- участия в служебном расследовании конфликтных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи;

- анализа дефектов медицинской помощи;

- участия в качестве специалиста или эксперта при производстве судебно-медицинских экспертиз трупов, живых лиц, а также комиссионных судебно-медицинских экспертиз в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников.

Следует отметить, что в последнее время существенно изменились особенности процесса, связанного с медицинской деятельностью. Так, если раньше для успешней деятельности считалось достаточным наличие соответствующих медицинских знаний, навыков и соблюдение общепринятых морально-этических правил, то в настоящее время помимо этого необходимо знание и неукоснительное соблюдение правовых норм, связанных с данной деятельностью.

Согласно действующему законодательству медицинская деятельность в широком понимании приравнена к оказанию услуг гражданам. В данном случае медицинские работники рассматриваются как производители услуг, а пациенты – потребители. Это обстоятельство придает еще большую актуальность необходимости освоения соответствующих правовых знаний.

Действительно, как писал известный хирург Н. И. Амосов «надо верить совести врача, никакой закон не может ее заменить». Но вместе с тем, следует подчеркнуть тесную взаи-

мосвязь морально-этических и правовых аспектов медицинской деятельности и никоим образом из нельзя противопоставлять (В. Л. Попов). При их сопоставлении право следует рассматривать как низший предел или определенный минимум нравственности. Так, если морально-этическое требование предполагает свободно, добровольное исполнение, для соблюдения правовых норм допускается прямое или косвенное принуждение.

Таким образом, систему медицинского права включает в себя лечебно-профилактические, санитарно-гигиенические нормы, правовые акты, регулирующие деятельность в сфере охраны здоровья граждан. Исходя из этого, предметом данной дисциплины являются правовые отношения при осуществлении различных видов медицинской деятельности и акты, определяющие правовой статус участников этих отношений.

В этом ряду прежде всего следует отметить Конституцию Республики Узбекистан. После обретения независимости особое внимание было уделено созданию соответствующей нормативно-правовой базы здравоохранения. Так был принят ряд специальных законов, связанных с медицинской деятельностью: Законы Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан», «О государственном санитарном надзоре», «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности», «О наркотических средствах и психотропных веществах», «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита (ВИЧ-инфекция)», «О психиатрической помощи», «О радиационной безопасности», «О защите населения от туберкулеза», «О донорстве крови и ее компонентов» и другие.

Вместе с тем законотворчество является непрерывным процессом и, естественно, с учетом требований, потребностей времени в будущем будут разрабатываться новые законы и вноситься соответствующие изменения, дополнения в действующие законы.

Следует подчеркнуть, что медицинская деятельность регламентируется не только вышеизложенными законами в сфере здравоохранения, в широком смысле повседневная деятель-

ность медицинских работников непосредственно входит в сферу интересов, действия гражданского, трудового, административного, уголовного и других областей права. В связи с этим в систему медицинского права также входят нормы указанных областей права, связанные с медицинской деятельностью.

Контрольные вопросы:

1. Какова цель и задачи медицинского права?
2. Взаимоотношение правовых и морально-этических норм в медицинской деятельности?
3. Какими видами правовых отношений связана медицинская деятельность?

Глава 2. Основы законодательства в сфере охраны здоровья населения

Конституция Республики Узбекистан.

В статье 18 Основного закона подчеркнуты равные права и свободы всех граждан страны и их равенство перед законом независимо от пола, расы, национальности, языка, религии, социального происхождения, убеждений, личного и общественного положения. Также отмечено, что установленные законом льготы должны соответствовать принципам социальной справедливости.

Согласно Конституции права, свободы граждан, закрепленные законодательством, являются незыблемыми, и они могут быть лишены или ограничены только лишь судом. Вместе с тем отмечено, что граждане и государство связаны взаимными правами и ответственностью (статья 19).

Реализация прав и свобод граждан не должна нарушать законных интересов, прав и свобод других лиц, государства и общества (статья 20).

В главе IX Конституции наряду с различными экономическими и социальными правами граждан в виде права на собственность, труд, отдых, социальное обеспечение в соответствующих случаях, образование в статье 40 гарантировано право на квалифицированное медицинское обслуживание. В интерпретации данной статьи под квалифицированным медицинским обслуживанием подразумеваются все виды медико-социальной помощи – первичная медико-санитарная, скорая, неотложная и специализированная помощь.

В статье 43 Конституции государством гарантируется обеспечение прав и свобод всех граждан. В частности, государством создаются условия и возможности пользования всеми видами квалифицированного медицинского обслуживания для каждого гражданина.

В Конституции приведены соответствующие гарантии обеспечения незыблемости прав и свобод граждан. Согласно статье 44 каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод, право обжалования в суд незаконных действий государственных органов, должностных лиц и общественных объединений. Также в статье 45 отдельно подчеркнуто, что права несовершеннолетних, нетрудоспособных и одиноких престарелых лиц находятся под защитой государства.

Согласно логике закрепленные законодательством права и свободы подразумевают наличие определенных обязанностей, которых приведены в главе XI Конституции. Несоблюдение или ненадлежащее выполнение этих обязанностей является причиной привлечения граждан к различной ответственности в установленном законодательством порядке. В связи с чем, право, обязанность и ответственность следует воспринимать как тесно взаимосвязанные понятия.

Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан».

Данный Закон был принят Олий Мажлис Республики Узбекистан 29 августа 1996 года и вступил в действие с 14 сентября того же года. Закон состоит из 6 разделов и 47 статей. Следует отметить, что с целью совершенствования за прошедшее время в него внесен ряд изменений и дополнений.

Первый раздел Закона именуется «Общие положения». В частности, в статье 2 приведены следующие основные задачи законодательства об охране здоровья граждан:

- обеспечение гарантий прав граждан на охрану здоровья со стороны государства;
- формирование здорового образа жизни;
- правовое регулирование деятельности государственных органов, предприятий, учреждений, организаций, общественных объединений в области охраны здоровья граждан.

Из выше приведенных задач особого комментария требует последняя. По общепринятому мнению в целом здоровье

человека на 48-52% зависит от образа его жизни, на 18-20% - наследственности и генетических особенностей, на 18-20% - экологических факторов и, наконец, на 8-10% - от оказываемой ему медицинской помощи. Таким образом, деятельность медицинских работников, полноценность и своевременность оказания медицинской помощи абстрактно могут определить лишь одну десятую часть здоровья человека.

Будучи широкопрофильной проблемой, вопросы охраны здоровья граждан должны рассматриваться в первую очередь каждым лицом, также руководителями государственных органов, предприятий, учреждений, общественных объединений и соответствующими ответственными лицами как приоритетные, актуальные задачи и требует серьезного внимания.

В Законе отмечены следующие 5 основных принципов охраны здоровья граждан:

- соблюдение прав человека в области охраны здоровья;
- доступность медицинской помощи для всех слоев населения;
- приоритет профилактических мер;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- единство медицинской науки и практики.

Также в данном разделе Закона приведены сведения о компетенции Кабинета Министров Республики Узбекистан (статья 4), Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (статья 5), органов государственной власти на местах (статья 6) в области охраны здоровья граждан.

В соответствии с Законом различаются государственная, частная и другие системы здравоохранения (статья 7). Лечебно-профилактические учреждения государственной системы здравоохранения оказывают населению гарантированную государством бесплатную медицинскую помощь. Объем и порядок оказания бесплатной медицинской помощи устанавливается законодательством. Медицинские и иные услуги сверх установ-

ленного государством гарантированного объема медицинской помощи являются дополнительными и оплачиваются гражданами в установленном порядке (статья 8).

Во втором разделе Закона – «Правовая охрана здоровья граждан» освещены правовые аспекты вопросов охраны здоровья граждан в целом и некоторых категорий населения.

В соответствии с положениями статьи 18 Конституции Республики Узбекистан в данном Законе подчеркнута неотъемлемость права граждан на охрану здоровья и их равенство независимо от возраста, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, социального происхождения, убеждений, личного и общественного положения. Граждане гарантированы защитой государства от дискриминации, независимо от наличия у них любых форм заболеваний (статья 13).

Согласно статье 18 Закона граждане имеют право на бесплатные консультации по вопросам семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам брачных и семейных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации в учреждениях государственной системы здравоохранения. В этой же статье подчеркнута, что каждая семья имеет право выбора семейного врача, семьи, имеющие детей, пользуются правом на льготы в области охраны здоровья граждан, устанавливаемые государством.

Следует подчеркнуть что нормы статьи 17 «Медицинское обследование лиц, вступающих в брак» Семейного кодекса Республики Узбекистан, а также действующего Положения о медицинском обследовании лиц, вступающих в брак, утвержденного Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан (№ 365 от 25 августа 2003г.) соответствуют содержанию статьи 18 Закона «Об охране здоровья граждан».

В данном разделе Закона приведены особенности права на охрану здоровья граждан, занятых отдельными видами профессиональной деятельности (статья 17), несовершеннолетних

(статья 19), военнослужащих (статья 20), граждан пенсионного возраста (статья 21), инвалидов (статья 22) и граждан, пострадавших при чрезвычайной ситуации (статья 23).

В рассматриваемом Законе особое внимание уделено правам пациента и они приведены в статье 24, в соответствии которой при обращении за медицинской помощью и ее получении пациенты имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор врача и лечебно-профилактического учреждения;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Узбекистан;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства;
- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получение медицинских и иных услуг в рамках добровольного медицинского страхования;
- возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи в порядке, установленном законодательством;
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав.

В случае нарушения приведенных в данной статье прав пациент или его законный представитель может обращаться с жалобой в руководство лечебно-профилактического учреждения, вышестоящему органу управления или в суд.

В соответствии со статьей 25 каждый гражданин имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах обследования и лечения, установленном диагнозе, прогнозе заболевания, методах лечения и связанным с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и их последствиях. Информация о состоянии здоровья лиц, не достигших возраста четырнадцати лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, предоставляется их законным представителям. В то же время в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация сообщается гражданину или указанному им лицу с соблюдением норм медицинской этики.

Как было отмечено выше, медицинские вмешательства, все процедуры могут проводиться только лишь с информированного добровольного согласия гражданина. В случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а требуется неотложное медицинское вмешательство, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум. При невозможности собрать консилиум данное решение принимает лечащий или дежурный врач с последующим уведомлением должностных лиц учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста четырнадцати лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. При их отсутствии этот вопрос решается консилиумом, а при невозможности собрать консилиум – лечащим или дежурным врачом (статья 26). Следует отметить, что в Законе не указана конкретная форма (письменное или устное) согласия на медицинское вмешательство.

Согласно статье 27 пациент или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. В данных случаях врач вправе взять письменное подтверждение, а при невозможности его

получения – составить соответствующий акт в присутствии свидетелей.

В случае если отказ дает законный представитель пациента, и это может иметь тяжелые последствия для пациента, врач должен сообщить об этом в соответствующие органы опеки и попечительства.

Вместе с тем в статье 28 Закона отмечено, что лицам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, возможно оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия пациентов или их законных представителей на общеустановленных основаниях и в порядке.

В третьем разделе Закона приведены различные виды медико-социальной помощи гражданам. В частности, согласно статье 29 первичная медико-санитарная помощь, оказываемая учреждениями государственной системы здравоохранения, является основным, доступным и бесплатным видом медицинского обслуживания и включает:

- лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний;
- проведение мер по охране семьи, материнства и детства, других мероприятий, связанным с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

В учреждениях частной и других систем здравоохранения первичная медико-санитарная помощь оказывается на договорной основе, за исключением отдельных групп граждан, которым в этих учреждениях данная помощь оказывается бесплатно. Состав этих групп, объем, перечень, порядок оказания медицинской помощи и компенсация затрат таких услуг устанавливается Кабинетом Министров Республики Узбекистан (статья 10).

Объем и порядок оказания первичной медико-санитарной

помощи устанавливаются Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

В статье 30 освещены вопросы неотложной и скорой медицинской помощи. В частности, согласно ей граждане имеют право на получение неотложной медицинской помощи в любом лечебно-профилактическом учреждении системы здравоохранения.

При угрозе жизни граждан медицинские работники вправе использовать любой вид транспорта для их перевозки в лечебно-профилактическое учреждение.

Первичная неотложная помощь на месте происшествия до приезда медицинских работников должна быть оказана сотрудниками милиции, пожарной охраны, аварийных служб и транспортных организаций. Именно по этой причине в учебную программу подготовки работников данных сфер включено освоение знаний и навыков по оказанию первичной медицинской помощи.

Согласно статье 31 специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов профилактики, диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Отмечено, что виды, объем и стандарты качества данного вида помощи устанавливается Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Помимо этого в третьем разделе Закона приведены правовые аспекты оказания медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, опасными для окружающих заболеваниями, а также обеспечения граждан лекарственными средствами и медицинскими изделиями.

В частности, согласно статье 32 гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается постоянное медицинское наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях государственной системы здравоохранения. Пред-

усмотрено, что перечень данных заболеваний и льготы, лицам, страдающим ими, устанавливается Кабинетом Министров Республики Узбекистан. Следует отметить, что этому вопросу посвящено Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 153 от 20 марта 1997 года. Согласно данному Постановлению к социально значимым заболеваниям отнесены туберкулез, онкологические заболевания, заболевания передающиеся половым путем, СПИД, лепра, психические болезни.

В четвертом разделе Закона даны сведения о различных видах медицинской экспертизы. В частности, приведены вопросы экспертизы временной нетрудоспособности (статья 36), врачебно-трудовой экспертизы (статья 37), военно-врачебной экспертизы (статья 38) и судебно-медицинской, судебно-психиатрической экспертизы (статья 39).

Следует подчеркнуть, что впервые в законодательстве о здравоохранении нашло отражение патологоанатомическое исследование, которому придан статус вида медицинской экспертизы. Согласно статье 40 порядок проведения патологоанатомических исследований и определения момента смерти устанавливается Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

В пятом разделе Закона приведены правовые аспекты занятия медицинской и фармацевтической деятельностью. В соответствии со статьей 41 данными видами деятельности могут заниматься лица, имеющие диплом об окончании соответствующего высшего или среднего специального учебного заведения. Для занятия определенными видами деятельности, установленных Министерством здравоохранения Республики Узбекистан, помимо диплома необходима также лицензия.

Согласно статье 42 частной медицинской практикой могут заниматься лица, имеющие вышеуказанный диплом и лицензию на избранный вид деятельности. Контроль качества оказываемой помощи при этом виде деятельности осуществляется профессиональными медицинскими ассоциациями, местными

органами государственной власти и органом, выдавшим лицензию, т. е. Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. Занятие частной медицинской практикой может быть прекращено по решению органа, выдавшего лицензия на вид деятельности или суда.

В Законе предусмотрено право медицинских и фармацевтических работников на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений на добровольной основе. В задачи данных организаций входят развитие медицинской и фармацевтической практики, содействие научным исследованиям, защита прав медицинских и фармацевтических работников, а также решение иных вопросов, связанных с их профессиональной деятельностью (статья 43).

Шестой раздел Закона именуется —«Заключительные положения». В статье 44 приведен текст присяги врача Республики Узбекистан. Выпускники высших медицинских учебных заведений, получая диплом врача, приносят присягу данного текста. Законодательством предусмотрена соответствующая ответственность врача за нарушение данной присяги.

Статья 45 посвящена вопросам врачебной тайны. В соответствии с данной статьей информация о факте обращения за медицинской помощью, состояния здоровья граждан, установленном диагнозе, а также другие сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Эти сведения не могут быть разглашены без согласия гражданина или его законного представителя. Лица, которым в установленном порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, должны сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими работниками. Законодательством предусмотрена ответственность за разглашение врачебной тайны.

Вместе с тем, в данной статье приведен следующий ряд обстоятельств, когда допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну:

- предоставление сведений родителям или законным

представителям при оказании медицинской помощи, лица не достигшим четырнадцати лет;

- при оказании медицинской помощи лицам, признанными недееспособными в установленном законом порядке для информирования их законных представителей;

- в целях обследования и лечения лиц, не способных выразить свою волю из-за тяжелого состояния;

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

- по официальному запросу органов дознания, следствия, прокуратуры и суда;

- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий или подозрений на это.

Следует отметить, что по последнему обстоятельству согласно статье 241 Уголовного кодекса Республики Узбекистан предусмотрена уголовная ответственность за несообщение о преступлении или его укрывательство.

В статье 46 Закона приведены вопросы возмещения вреда, причиненного здоровью граждан. Так, отмечено, что в случае некачественного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих служебных обязанностей, повлекшего причинение вреда жизни и здоровью граждан, ущерб возмещается в установленном законодательством порядке. Одновременно указано, что возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от дисциплинарной, административной, уголовной ответственности.

В заключении следует подчеркнуть, что Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» тесно связан с другими законодательными актами. Приведенные в данном Законе положения, требования в целом носят общий характер, частные, специальные аспекты охраны здоровья граждан более конкретно и шире освещены в ведомственных нормативных документах по этому вопросу.

Исходя из вышеизложенного необходимо отметить, что знание и неукоснительное соблюдение положений, требований действующего Закона «Об охране здоровья граждан» и других ведомственных нормативных актов является важным условием повышения уровня правовой грамоты и культуры граждан, особенно медицинских и фармацевтических работников в данной сфере.

Контрольные вопросы:

1. В каких законах отражены основы законодательства в сфере охраны здоровья граждан?
2. В какой статье Конституции Республики Узбекистан гарантировано право граждан на квалифицированное медицинское обслуживание?
3. Основные задачи законодательства об охране здоровья граждан?
4. Перечислите основные принципы охраны здоровья граждан.
5. Какие системы здравоохранения различают?
6. Какие права семьи в сфере охраны здоровья?
7. Какие права имеет пациент в соответствии с законодательством?
8. Право граждан на получение информации о состоянии своего здоровья?
9. Как получается согласие на медицинское вмешательство?
10. В каких случаях медицинская помощь гражданам может быть оказана без их согласия?
11. Виды медико-социальной помощи гражданам?
12. Особенности первичной медико-санитарной помощи гражданам?
13. Правовые аспекты оказания неотложной медицинской помощи?
14. Перечислите социально значимые заболевания.
15. Какие виды медицинской экспертизы различаются?
16. Правовые аспекты занятия медицинской и фармацевтической деятельностью?

Глава 3. Реформирование системы здравоохранения Республики Узбекистан.

С момента обретения независимости была провозглашена социальная направленность проводимых в стране реформ. Решение вопросов, связанных с охраной здоровья граждан считается одной из неотложных, приоритетных задач государства.

Имевшая в свое время ряд преимуществ система здравоохранения во времена бывшего союза, особенно звено оказания первичной медико-санитарной помощи, перестала отвечать современным требованиям. Так, во второй половине прошлого века в первичное звено оказания медико-санитарной помощи со стороны единственного врача-терапевта по участковому, территориальному принципу начали вводиться специалисты узкого профиля. В системе участковой медицинской службы, расположенной в городах и районных центрах вначале были выделены рабочие места, штаты педиатров, акушеров-гинекологов, фтизиатров, позже – хирургов, невропатологов, офтальмологов и других специалистов узкого профиля. Одновременно в сельской местности стало увеличиваться количество маломощных, неукomплектованных квалифицированными специалистами медицинских учреждений – фельдшерско-акушерских пунктов, сельских врачебных амбулаторий и сельских участковых больниц. Как следствие на местах возникла должным образом неэффективная, необоснованно расширенная система амбулаторно-поликлинической службы. Несмотря на недостаточность квалифицированных специалистов, неполное сформирование механизмов финансирования увеличение рабочих мест в данной системе привело к чрезмерному росту расходов и, самое главное, снижению качества оказания медицинской помощи населению. При этом отсутствовали точные, конкретные критерии оказания медицинской помощи, адекватной потребностям насе-

ления, соответствующая квалификация и заинтересованность медицинских работников. В результате большинство пациентов, которые могли лечиться в условиях амбулатории, поликлиники, госпитализировались и получали стационарное лечение. Данное обстоятельство, наряду с причинением определенных неудобств для населения, обусловило необоснованный рост количество неоснащенных современным оборудованием, некомплектованных квалифицированным специалистами больниц и больничных коек в них.

С учетом вышеизложенного возникла необходимость реформирования системы здравоохранения страны коренным образом, проведения мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению, рациональное использование выделенных для этой сферы средств.

В первые годы были проведены мероприятия по охране здоровья матерей и детей, снижению инфекционной заболеваемости и стабилизации эпидемиологической ситуации, решению экологических проблем, уменьшению количества коек-мест в больницах, целевому перераспределению для повышения эффективности средств, выделенных системе здравоохранения. Одновременно были приняты меры по децентрализации системы управления в сфере здравоохранения, разгосударствлению отдельных учреждений системы здравоохранения.

Важным этапом в реформировании системы здравоохранения в сельской местности явилось Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 182 от 25 мая 1996 года «О программе социального развития инфраструктуры села». В соответствии с данной программой вместо старой многоступенчатой системы медицинских учреждений было решено строительство сельских врачебных пунктов, оснащенных современным медицинским оборудованием, аппаратурой и достаточно обеспеченных лекарственными препаратами. Также было предусмотрено комплектование этих учреждений врачами и меди-

цинскими сестрами, имеющих подготовку по принципам общей медицинской практики.

В развитии и совершенствовании системы здравоохранения страны важное политическое, экономическое и социальное значение имеет «Государственная программа реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан», утвержденная Указом Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 года. В этой программе приведена концепция реформирования системы здравоохранения в 1998-2005 гг., ее цели, принципы и задачи.

Согласно программе целью реформ является создание в стране системы здравоохранения, обеспечивающей сохранение и улучшение здоровья населения, формирование условий для воспитания здорового поколения и она должна осуществляться на основе следующих принципов:

- соблюдение конституционных прав граждан на получение квалифицированного медицинского обслуживания и социальную защиту;
- равнодоступность населения по всем видам оказываемых медицинских услуг;
- обеспечение государственного контроля состояния здоровья населения и среды его обитания;
- глубокого реформирования системы здравоохранения на основе внедрения рыночных принципов и механизмов;
- создание эффективной системы охраны материнства и детства;
- приоритетного развития профилактического здравоохранения, широкой популяризации здорового образа жизни, рационального питания, занятия физической культурой и спортом;
- гармоничного сочетания экстренного бесплатного медицинского обслуживания с поэтапным переходом специальных и общелечебных медицинских учреждений на платные формы обслуживания, развитие системы медицинского страхования;
- стимулирования развития частной медицинской практики;

- повышения эффективности бюджетных ассигнований, направляемых на охрану здоровья населения.

В программе определены следующие основные задачи реформирования системы здравоохранения:

- обеспечение государством гарантированного уровня и качества первичной медико-санитарной помощи населению;

- укрепление системы экстренной неотложной медицинской помощи населению;

- совершенствование системы организации и размещения сети лечебно-профилактических учреждений, поэтапный переход к системе врача общей практики;

- создание рынка медицинских услуг и страховой медицины;

- повышение эффективности системы управления здравоохранением за счет ее упрощения, предоставления большей самостоятельности лечебно-профилактическим учреждениям, развитие в здравоохранении негосударственного сектора и частной врачебной практики;

- совершенствование финансовой базы здравоохранения за счет повышения эффективности бюджетных расходов при предоставлении бесплатных медицинских услуг, развития различных форм смешанного и частного финансирования;

- создание нормативно-правовой базы реформирования отрасли;

- совершенствование процесса подготовки, переподготовки и повышения профессиональной квалификации медицинских работников;

- интеграция развития физической культуры и различных форм профилактики здоровья населения;

- расширение международного сотрудничества и привлечения иностранных инвестиций и технологий в отрасль.

Следует подчеркнуть, что задачи по совершенствованию финансовой базы здравоохранения будут решаться путем деления медицинского обслуживания населения на бесплатные услуги, расходы на оказание которых покрываются из государ-

ственного бюджета, и платные услуги, оплачиваемые за счет средств юридических и физических лиц.

В программе отмечено, что государство гарантирует предоставление бесплатного медицинского обслуживания в рамках медико-санитарных услуг, включающего:

- оказание экстренной, неотложной медицинской помощи;
- оказание медицинских услуг в первичном звене здравоохранения и ряде государственных лечебно-профилактических учреждений, прежде всего в сельской местности;
- иммунизацию и вакцинацию населения против ряда инфекционных заболеваний;
- специализированную медицинскую помощь по социально значимым заболеваниям и болезням, представляющим опасность для окружающих (туберкулез, онкологические, психиатрические, наркологические, эндокринологические болезни и лица с профессиональными заболеваниями);
- обследование и лечение детей (кроме платных больниц);
- обследование и лечение подростков 15-17 лет и лиц призывного возраста (18-27 лет) по направлениям призывных комиссий;
- оказание родовспомогательных услуг (кроме платных учреждений);
- лечение льготных категорий пациентов (инвалидов, ветеранов войны, круглых сирот) в государственных лечебно-профилактических учреждениях.

Перечень видов гарантированного государством бесплатной медико-санитарной помощи населению, а также лечебно-профилактических учреждений, оказывающих данные услуги конкретно приводится в соответствующих приказах Министерства здравоохранения.

Вместе с тем в этих учреждениях в некоторых случаях, в частности, нерезидентам, при диспансеризации, оздоровлении или медицинском осмотре декретивного контингента, установлении годности к занятию определенным видом деятельности,

на договорной основе могут быть оказаны платные медицинские услуги. Однако, неотложная и скорая медицинская помощь представителям данного контингента должна быть оказана бесплатно.

Помимо вышеуказанных, также предусмотрено финансирование государством следующих:

- организацию и проведение профилактических, природоохранных, санитарно-гигиенических противоэпидемических мероприятий по государственным программам;

- предоставление государственных дотаций по программам со смешанным финансированием;

- подготовку медицинских кадров в рамках государственного гранта;

- фундаментальные и отдельные прикладные научные исследования согласно целевым национальным программам.

○ Признавая важность и значимость всех задач, предусмотренных в «Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан», определены следующие основные направления реформирования:

- организация высокоэффективной доступной системы первичной медико-санитарной помощи;

- создание эффективной системы неотложной медицинской помощи;

- совершенствование системы финансирования учреждений здравоохранения;

- развитие рыночных механизмов в сфере здравоохранения, создание прочного и конкурентоспособного негосударственного сектора;

- совершенствование оказания медицинской помощи матерям и детям;

- реформирование системы медицинского образования и подготовки медицинских кадров.

Следует отметить, что все мероприятия по вышеизложенным основным направлениям, как и по всем предусмотренным

Государственной программой задачам, тесно взаимосвязаны и не могут быть решены отдельно взято.

Первичная медико-санитарная помощь, будучи основой системы здравоохранения во всех странах мира, является первым звеном в отношении граждан с системой охраны здоровья. Она обеспечивает приближение медицинских услуг к месту жительства и работы населения. По данным Всемирной организации здравоохранения и Всемирной организации семейных врачей эффективная, доступная первичная медицинская помощь в целом может удовлетворить почти на 90% потребности, обращения населения по поводу медицинских услуг, т. е. устанавливать диагноз, проводить лечение. Это в свою очередь значительно снижает необходимость госпитализации в стационарные учреждения, применения специализированной медицинской помощи и высоко технологических, дорогостоящих методов обследования. В конечном итоге появляется возможность удовлетворения потребностей населения в медицинской помощи относительно малыми затратами, обеспечения высокой эффективности медицинской службы.

Раньше первичное звено здравоохранения было многоступенчатым и состояло из фельдшерско-акушерского пункта, сельской врачебной амбулатории, сельской участковой больницы, районной больницы и, наконец, центральной районной больницы. Несмотря на огромные затраты на финансирование этих учреждений численностью более десяти тысяч, качество и эффективность оказываемой ими медицинской помощи не отвечало требованиям. По этой причине в программе реформирования предусмотрена реорганизация и упрощение сети и структуры медицинских учреждений первичного звена, переход с пятиступенчатой системы на двухступенчатую систему первичной медико-санитарной помощи, состоящей из сельского врачебного пункта и центральной районной больницы, а в городах семейной поликлиники и районной, городской больницы. Также в первичном звене здравоохранения намечен поэтапный пере-

ход на общеврачебную практику, укрепление материально-технической базы сельских врачебных пунктов и семейных поликлиник, коренной пересмотр подготовки медицинских кадров и механизма управления и финансирования данных учреждений.

Согласно программе по согласованию с махаллинскими комитетами в составе сельских врачебных пунктов и семейных поликлиник с целью оказания первичной медицинской помощи могут быть организованы приближенные к населению махаллинские врачебные пункты.

Предусматривалось совершенствование финансирования учреждений системы здравоохранения путем повышения эффективности использования выделяемых бюджетных средств, развития и внедрения различных форм частного и смешанного финансирования. Также важное значение имеет развитие международного сотрудничества в системе здравоохранения и привлечение иностранных инвестиций.

Намечалось повышение эффективности учреждений системы здравоохранения через усиление их самостоятельности и упрощение системы управления. В частности, обретение правовой и управленческой самостоятельности учреждениями первичной медико-санитарной помощи должно стимулировать дальнейшее улучшение качества оказания медицинских услуг.

С целью обеспечения эффективного управления в штат сельских врачебных пунктов введена новая должность финансового менеджера. Таким образом, если руководитель данного учреждения в целом ответственен за лечебно-профилактическую деятельность, то финансовый менеджер занимается вопросами планирования и распределения резервов, учета и финансовой отчетности.

Раньше выделение финансовых средств амбулаторно-поликлиническим учреждениям осуществлялось исходя из численности сотрудников, обслуживаемой территории, количества обращений населения, в связи с этим отсутствовала материальная заинтересованность в повышении качества и эффективно-

сти оказываемых медицинских услуг. Как следствие, в большинстве случаев врачи предпочитали направление больных на стационарное лечение, не обращали должное внимание профилактическим мероприятиям. В соответствии с программой реформирования внедрена новая система финансирования, основанная на численности обслуживаемого населения. Данная форма финансирования означает равномерное распределение финансовых средств на каждого человека по единым критериям. Вместе с тем, применяются дополнительные коэффициенты по численности, плотности, пола и возрастной структуры населения. Например, большая часть средств выделяется для женщин фертильного возраста и детей, так как они чаще других обращаются за медицинской помощью.

В программе реформирования системы здравоохранения предусмотрено создание принципиально новой, целостной системы экстренной медицинской помощи. В настоящее время в стране действуют Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, в областных центрах - его филиалы, а в районах, городах — отделения. Во всех звеньях данная система включает в себя стационарные клинические подразделения, предназначенные для оказания неотложной помощи, скорую медицинскую помощь и санитарную авиацию. Гарантированная в законодательстве неотложная, скорая медицинская помощь гражданам в основном оказывается подразделениями данной системы.

Одним из важных направлений программы является реформирование системы подготовки и переподготовки врачей, средних медицинских работников путем создания концепции непрерывного профессионального развития и медицинского образования. Так, высшее медицинское образование является двухэтапным и если на первом этапе — бакалавриате готовятся врачи общей практики, то подготовка специалистов различных областей медицины осуществляется на втором этапе — магистратуре. Также обращено особое внимание на последипломную непрерывную профессиональную подготовку врачей.

С целью подготовки квалифицированных средних медицинских работников для системы здравоохранения созданы современно оснащенные коллежи, в высших медицинских учебных заведениях организованы факультеты подготовки медсестер с высшим образованием.

В реализации концепции непрерывного медицинского образования было необходимо решить вопрос лицензирования и аттестации медицинских и фармацевтических работников. В связи с этим при Министерстве здравоохранения организован Центр лицензирования и аттестации врачей и фармацевтов.

Согласно программе формирование и развитие конкурентоспособной частной системы в сфере охраны здоровья осуществляется через организацию новых частных лечебно-профилактических учреждений, приватизацию некоторых учреждений государственной системы, дальнейшее расширение частной медицинской практики. При этом не должен быть нарушен принцип доступной бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством. Также в программе подчеркнуто, что негосударственные медицинские учреждения оказывают бесплатную помощь в объеме до 20% своей деятельности льготной группе больных в соответствии с перечнем, утвержденным Кабинетом Министров.

Указ Президента Республики Узбекистан от 26 февраля 2003 года «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения» обозначил начало второго этапа реформ. С учетом передового зарубежного опыта на данном этапе предусмотрено создание оснащенных современным оборудованием специализированных клиник и медицинских центров, оказывающих населению высококвалифицированную специализированную медицинскую помощь. В частности, согласно данному Указу были созданы республиканские специализированные центры хирургии, урологии, кардиологии и микрохирургии глаза. В соответствии с Указом разработано Положение об организации деятельности и финансировании республиканских специализированных медицинских центров и клиник.

В совершенствовании и развитии оказания медицинской помощи населению важное место занимает Указ Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007 года «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения». В соответствии с данным Указом определены следующие основные задачи дальнейшего углубления реформирования здравоохранения:

- формирование современной организационной структуры здравоохранения, обеспечивающей единое организационно-методическое руководство и контроль за качеством предоставляемых населению услуг;

- дальнейшее развитие сети и создание новых республиканских специализированных научно-практических медицинских центров, оснащенных современным оборудованием, квалифицированными специалистами и оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь;

- коренное совершенствование системы медицинской диагностики, широкое развитие на территории республики сети диагностических служб, оснащенных современным, отвечающим международным стандартам оборудованием и укомплектованных высококвалифицированными специалистами;

- повышение эффективности и надежности системы защиты населения от инфекционных заболеваний, предупреждения заболевания ВИЧ/СПИДом за счет реализации превентивных мер, направленных прежде всего на профилактику и нейтрализацию источников заражения;

- кардинальное повышение качества системы охраны здоровья женщин и детей, патронирования за состоянием здоровья будущих матерей, дальнейшее развитие и укрепление материально-технической базы скрининг-центров, родовспомогательных и педиатрических учреждений, особенно в сельской местности;

- совершенствование системы подготовки и переподготовки кадров с учетом удовлетворения потребностей медицинских

учреждений во врачах общей практики и узкоспециализированных врачах, обеспечение условий для постоянного повышения квалификации и профессионализма медицинских работников;

– содействие развитию частных медицинских учреждений, обладающих современным оборудованием, высококвалифицированными специалистами и предоставляющих населению качественные специализированные медицинские услуги в строгом соответствии с утвержденными стандартами.

Данным Указом было предусмотрено создание новых шести республиканских специализированных научно-практических медицинских центров. В соответствии с этим организованы центры акушерства и гинекологии, педиатрии, терапии и медицинской реабилитации, дерматологии и венерологии, фтизиатрии и пульмонологии, эндокринологии.

Конечно, в дальнейшем для удовлетворения потребностей населения в специализированной медицинской помощи с учетом опыта работы вышеуказанных центров будут организованы новые специализированные центры по другим направлениям.

В этом Указе также отражены важные изменения по совершенствованию организационной структуры учреждений здравоохранения. Так, на базе областных больниц и отдельных специализированных медицинских учреждений предусмотрено создание областных многопрофильных медицинских центров по оказанию медицинских услуг по основным направлениям лечения (плановая хирургия, терапия, кардиология, урология и др.), на базе действующих областных детских медицинских учреждений — областных детских многопрофильных медицинских центров, а также центров медицинской диагностики в городах Нукусе и Ташкенте, областных центрах, функционирующих на платной основе. Помимо этого также предусмотрено создание районных (городских) медицинских объединений на базе центральных районных (городских) больниц, детских и взрослых поликлиник на соответствующих территориях с возложением на них функций по координации деятельности и ока-

занию методологической помощи сельским врачебным пунктам и семейным поликлиникам в проведении ими профилактических, санитарно-просветительных мероприятий и реабилитационных медицинских услуг.

В соответствии с данным Указом принято Постановление Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007 года, в котором приведены конкретные задачи по совершенствованию организации управления и повышения эффективности деятельности медицинских учреждений.

Конечной целью реформирования системы здравоохранения в стране является реализация прав всех слоев населения пользования квалифицированными медицинскими услугами. Эффективное использование имеющихся возможностей, ресурсов, высокая профессиональная подготовка медицинских работников, своевременное удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи и обеспечение эффективности оказываемых медицинских услуг являются обязательными условиями в должном, качественном решении данной задачи.

Контрольные вопросы:

1. Почему возникла необходимость реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан?
2. В каком нормативном документе впервые указано об организации сельских врачебных пунктов, переходе на принципы общеврачебной практики?
3. Перечислите основные принципы реформирования системы здравоохранения в Узбекистане.
4. Назовите основные задачи реформирования системы здравоохранения в Узбекистане.
5. Основные направления реформ согласно «Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан».
6. Основные особенности реформирования системы первичной медико-санитарной помощи.

7. Сущность концепции непрерывного медицинского образования.

8. Место и значение специализированных научно-практических медицинских центров в оказании населению квалифицированной медицинской помощи.

9. Пути совершенствования организационной структуры учреждений здравоохранения согласно Указу Президента Республики Узбекистан «Об основных направления дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения» от 19 сентября 2007 года.

10. Какие основные задачи возложены на районные (городские) медицинские объединения в соответствии с данным Указом?

Глава 4. Проблемы биоэтики

Будучи формой общественного сознания, мораль регулирует взаимоотношение людей обществе. В процессе совместной жизни и деятельности людей исторически сложилась определенная совокупность обычаев, правил и норм, регулирующих их поведение, именуемая нравственностью. Термин «этика» впервые был введен Аристотелем и означает философию нравственного поведения и связанные с ним нормы, т. е. теорию морали (А. А. Грандо).

Право и этика представляют собой две самостоятельные области знания и практики. При этом право является низшим пределом или определенным минимумом нравственности, соблюдение требований которого допускает непосредственное или косвенное принуждение. В то же время этические, нравственные требования предполагают только свободное, добровольное выполнение.

Занятие определенным видом профессиональной деятельности обуславливает возникновение особенностей норм поведения. Профессиональная этика медицинских работников прежде всего подчинена целям охраны здоровья и жизни человека.

Медицинская этика — это совокупность принципов и норм поведения медицинских работников, обусловленных спецификой их деятельности и положением в обществе (Ю.Д. Сергеев, 1988). Она также отождествляется с понятием профессиональной медицинской морали, представляющей собой совокупность нравственных норм и оценок, регулирующих медицинскую деятельность.

Условно можно выделить следующие исторические модели медицинской этики:

— Модель Гиппократ (460-377 гг. до н.э.). Основные положения данной модели изложены им в «Клятве». Данная модель

основывается на патернализме (patet (лат) — отец) и основным ее принципом является - « не навреди».

– Модель Парацельса (1493-1541 гг.). Данная модель сформировалась в средние века и наиболее четко ее принципы изложены Парацельсом. В отличие от предыдущей модели, когда врач завоевывает доверие пациента, в ней особо важное значение придается патернализму, как типу взаимосвязи врача и больного. Так, врач воспринимается как отец, духовный наставник, а больной — ребенок, послушник, который беспрекословно получает назначенное лечение. Согласно этой модели отношения между больным и врачом сводится к благодеянию врача, чем и определяется основной ее принцип- «делай благо, добро».

- Деонтологическая модель. Термин деонтология (deon греч. - долг) был введен английским философом И. Бентамом (1748-1832 гг.) и означает учение о долге. Основные положения изложены им в книге «Деонтология или наука о морали» (1831 г.). Данная модель базируется на концепции утилитаризма и главными ее принципами являются «соблюдение долга», «приносить пользу».

Следует подчеркнуть, что деонтология, как учение о нравственном долге, является составной частью этики и представляет собой проекцию врачебной этики на ту или иную конкретную ситуацию медицинской практики, т.е. профессиональную мораль в действии.

Все три приведенные модели медицинской этики основаны на патернализме и концепции антропоцентризма, согласно которой человек считается ценным живым существом и он имеет право использовать любые другие объекты живой и неживой природы. Соответственно основные их принципы заключаются в обязанностях медицинских работников. В частности, оказывать помощь всем нуждающимся, соблюдать врачебную тайну, совершенствовать свои знания и навыки, не вредить, не участвовать в пытках или в действиях, носящих жестокий или унижающий человеческое достоинство характер и т.п.

– Модель биоэтики. Термин «биоэтика» впервые был предложен в 1970 году американским ученым В. Р. Поттером (1911-2001 гг.). Согласно определению Страсбургского симпозиума по биоэтике (1990 г.), биоэтика — область знаний, изучающая моральные, юридические, социальные проблемы, возникающие по мере развития медицины и биологии. Будучи частью прикладной этики, биоэтика является междисциплинарной наукой, основной целью которой является защита жизни и здоровья человека от возможных негативных воздействий применения достижений медицины и биологии.

В книге «Биоэтика — мост в будущее» (1971) В. Р. Поттер заложил основы современного представления о биоэтике, обеспечивающей диалог между медико-биологическими и гуманитарными науками для решения проблем сохранения жизни на земле, учета последствий научно-технического прогресса. По его мнению основная идея биоэтики состоит в рассмотрении общечеловеческих ценностей в связи с медико-биологическими фактами, так как человек является неотъемлемой частью живой природы и это является главным требованием долгосрочного выживания человечества как вида в условиях цивилизации.

Важным предшествующим этапом в возникновении биоэтики был выход книги А. Швейцера «Культура и этика» в 1924 году. В ней он обосновал универсальную этику, основу которой составляет принцип «благоговения перед жизнью», т.е. нравственное отношение ко всему живому — флоре и фауне. А. Швейцер считал, что данное отношение должно быть всеобъемлющим, универсальным и безграничным. Впервые в универсальной этике было провозглашена концепция биоцентризма, философской основой которой является стратегия ненасилия, принцип непричинения зла всему живому — ахимса. Ахимса один из основных этических принципов йоги и имеет следующую формулировку: не причиняй вреда живым существам делами, словами, помыслами, чувствами и своими подсознательными импульсами. Он сходен с древними моральными

принципами Авесты, заключенными в триаде — добрая мысль, доброе слово, доброе дело (З. М. Мухамедова, 2004).

Провозглашая необходимость гуманного и уважительного отношения ко всему живому, биоэтика служит воспитанию нравственности, формированию мировоззрения, культуры также на основе биоцентризма, отказавшись от антропоцентристского подхода.

Бурное развитие фундаментальных медико-биологических наук, разработка новых биомедицинских технологий, наряду с решением определенных важных задач, обусловили возникновение новых, не менее значимых проблем перед человечеством, выходящих за пределы медицинской этики. Так, например, успехи генетики, расшифровка структуры генома человека создали возможность клонирования не только тканей, но и целых организмов. В связи успехами трансплантологии возник целый ряд вопросов, связанных с донорством живых людей и трупов. Широко применяется искусственное оплодотворение, суррогатное материнство. Современная реаниматология позволяет возвращать к жизни больных, ранее считавшихся безнадежными. Решены вопросы хирургической техники операций по изменению пола и т.д.

— В связи с этим возникли вопросы типа :

— можно ли клонировать человека?

— с какого момента следует отсчитывать наступление смерти?

— с какого момента зародыш можно считать живым существом?

— сколько раз нужно реанимировать безнадежных больных?

— допустима ли эвтаназия?

— надо ли оказывать полную медицинскую помощь обреченным больным?

Особую остроту придает рост «социальной чувствительности» по отношению к достижениям современной науки, социальная амбивалентность результатов исследования (возмож-

ность использования во благо или во зло), что требует соответствующий контроль и регулирование на этапах эксперимента и практического внедрения (М. С. Абдуллаходжаева, 2007).

В 1947 году был оглашен приговор Нюрнбергского трибунала в отношении нацистских преступников. Среди подсудимых были 23 немецких ученых-медиков, проводивших различные бесчеловечные медицинские опыты на военнопленных в концлагерях. Изучалось влияние на организм человека различных инфекций, токсических веществ, чрезмерно низкой температуры, способы быстрой, дешевой стерилизации, возможности регенерации костей, мышц, нервов, а также пересадки костей и т.п. Злодеяния нацистских врачей послужили поводом включения в приговор специального раздела, названного «Допустимые медицинские эксперименты». Этот раздел в дальнейшем приобрел самостоятельное значение и получил известность как «Нюрнбергский кодекс». Он стал первым международным документом, регламентирующим проведение медицинских опытов на людях. В этом документе впервые провозглашен приоритет блага и интересов отдельно взятого человека над интересами общества, науки.

«Нюрнбергский кодекс» состоит из десяти пунктов, первый из которых гласит, что абсолютно обязательным условием для проведения медицинских и иных опытов на человеке является добровольное согласие испытуемого. В Кодексе указана необходимость минимизации риска и вреда, благоприятное распределение риска и пользы, высокая квалификация исследователей, а также возможность испытуемого отказаться от участия в эксперименте в любое время.

Быстрое развитие фармацевтической промышленности начиная со второй половины прошлого века также явилась существенной предпосылкой формирования биоэтики. Талидаминовая трагедия 1966 года, когда в Германии у матерей, принимавших во время беременности талидамид в качестве снотворного, родилось около 20 тысяч детей с уродствами (без конечностей),

коренным образом изменила структуру взаимоотношений между научным исследованием и клинической практикой. Целью биомедицинских исследований стала разработка не только новых эффективных лекарственных препаратов и медицинских изделий, но и предотвращение их побочных действий. Последнее требует значительно больше времени и средств. Предотвращение побочных действий лекарственных препаратов (т.е. достижение безопасности их применения) является предметом фармацевтической биоэтики, которая изучает моральные, правовые, социальные, экологические и юридические проблемы, возникающие при создании, клинических испытаниях, регистрации, производстве и реализации лекарственных средств (Д. А. Асадов и др., 2005)

В 1972 году в США были опубликованы потрясшие научную общественность результаты изучения естественного течения латентного сифилиса, проводившегося у 400 мужчин в период 1932-1972гг. При наличии возможностей больным из числа неимущих слоев населения не проводилось должное лечение. В результате в 1974 году в США была создана специальная комиссия, итогом работы которой стал отчет Бельмонта «Этические принципы и руководства для защиты людей, являющихся объектом научных исследований» (1978 г.). В данном документе были сформулированы различия исследования, т.е. эксперимента и практики, в также три основных принципа этики: уважение личности, польза и справедливость.

В 1964 году Всемирная медицинская ассоциация приняла Хельсинскую декларацию, в которой изложены основные принципы руководства для врачей и других специалистов при проведении научных исследований. Данная декларация постоянно дополнялась новыми положениями. Так , в частности, в Хельсинской декларации, переизданной в 2000 году приведены следующие принципы:

1. добровольное и информированное согласие участника исследования (или его представителя в случае недееспособности участника);

2. ответственность исследователя за жизнь и здоровье испытуемого;
3. высокая квалификация исследователя;
4. защита прав пациента как личности;
5. право испытуемого отказаться от участия в исследовании в любое время;
6. предоставление комитету по этике протоколов исследования для рассмотрения, рекомендаций и осуществления мониторинга за проведением клинических испытаний.

Учитывая важность оценки безопасности, качества и эффективности новых медицинских препаратов и изделий, в 1990 году представители крупных фармацевтических компаний организовали Международную конференцию по гармонизации (ICH), которая рассмотрела вопросы стандартизации процесса разработки, контроля и выхода на рынок новых лекарственных препаратов. Позже были подготовлены директивы ICH по правилам надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice – GCP). Они являются «Международным этическим и научным стандартом качества для разработки, проведения регистрации и сообщения испытаний с участием людей». Директивы по GCP приняты большинством производителей фармацевтических препаратов и медицинских изделий как стандарт проведения клинических испытаний.

Бурное развитие медико-биологических наук и усиление опасности негативных последствий практического применения их результатов в конце 80-х годов прошлого столетия обусловило принятие Советом Европы решения о разработке соответствующего общеевропейского документа. Впоследствии в 1993 году Генеральная ассамблея Совета Европы приняла «Конвенцию по защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины».

В настоящее время новые формы тоталитаризма и насилия (опыты над людьми, манипуляция органами и тканями), дегуманизация человеческих отношений вследствие разделения людей

по материальному, социальному статусу и коммерциализации медицины, вырождение естественной способности к размножению, распад института семьи, нарушение природной фундаментальной оппозиции мужского и женского, появление новых болезней, связанных с опытами над микроорганизмами представляют серьезную угрозу для человечества. В этих условиях очевидна необходимость создания международных комитетов биоэтики, которые препятствовали бы попыткам использования достижений научно-технического прогресса, в частности медико-биологических наук в неблагоприятных целях. Признавая наличие различных этико-медицинских и морально-мировоззренческих позиций, Всемирная организация здравоохранения и Всемирная медицинская ассоциация регулируют данное существование с помощью международных медико-этических кодексов и соглашений (Д.А.Асадов, З.М.Мухамедова, 2005).

Принципы биоэтики.

В отличие от медицинской этики, принципы которой выражаются в обязанностях врача, соблюдении им своих обязанностей перед пациентами, коллегами, родными и близкими больных, основные принципы биоэтики заключаются в обеспечении прав пациента. В целом их можно сформулировать следующим образом:

1. Право пациента на информацию, изложенную в понятном и доступном виде. Пациент также должен иметь информацию о возможном риске.

2. Пациент имеет право участвовать и принимать решение относительно своей судьбы.

3. Принцип автономии личности, основанной на уважении человеческого достоинства и свободного выбора самого больного вместо патернализма, как основного принципа медицинской этики.

4. Главный принцип биоэтики - информированное согласие (informed consent).

5. Милосердие

Таким образом, патернализм как опекунская модель отношений между медицинскими работниками и больными, традиционно царивший в медицинской практике уступил свое место модели сотрудничества. Нравственная ценность принципа автономии личности достаточно высока и по этой причине биоэтика считает недопустимым даже благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента.

Проблема информированного согласия.

Данный термин и соответствующая ему практика, вменяющая в обязанности врача сообщать пациенту о возможном риске медицинского вмешательства, впервые появляется в 50-60-х годах XX века. Правда, тогда информация носила профессиональный характер.

В 70-х годах Американская ассоциация больниц стала активно обсуждать вопросы прав пациентов и одобрила соответствующий документ — билль о правах пациента, согласно которому среди прав пациента первостепенное значение имеет право на информацию, необходимую для информированного согласия.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом медицинской процедуры после предоставления врачом адекватной, доступной информации. Соответственно появился термин «ориентированная на пациента информация» (“patient oriented information”). Данный процесс состоит из двух этапов: предоставление информации и получение согласия.

Предоставление информации должно быть в общедоступной форму и включать 3 параметра:

1. характер и цель предлагаемой медицинской процедуры;
2. возможный риск, связанный с ней;
3. существующие альтернативы предлагаемой процедуре.

В процессе получения информированного согласия важное значение имеет понятие возможной альтернативы предло-

женной процедуре. Врач дает совет о наиболее приемлемом, эффективном с его точки зрения варианте, но окончательное решение принимает сам пациент.

Особое внимание при информировании также уделяется риску, связанному с предлагаемой процедурой. Так, пациент должен быть информирован о характере и серьезности риска, вероятности и внезапности его возникновения.

Добровольное согласие является принципиально важным моментом в процессе принятия пациентом решения и оно подразумевает неприменение со стороны врача принуждения, обмана, угроз и т.п. Врач должен быть честным в отношении со своим пациентом.

Существуют две основные модели информированного согласия — событийная и процессуальная.

В первой модели решение принимается как событие в определенный момент. После постановки диагноза врачом составляется рекомендуемый план лечения. Рекомендации врача с информацией о преимуществах и возможном риске, о существующих альтернативах предоставляется пациенту, который принимает приемлемый для него с медицинской точки зрения решение.

По второй модели принятие пациентом решения длительный процесс, и обмен информацией происходит в течение всего времени взаимодействия врача с больным. В данной модели различают несколько стадий, связанные с их основными задачами: установление отношения, определение проблемы, постановка целей лечения, выбор плана лечения, завершение лечения. В этой модели пациент играет более активную роль по сравнению с событийной моделью.

Принципиальный характер по вопросу информированного согласия несут Лиссабонская декларация о правах пациента (ВМА, 1981) и Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (ВОЗ, 1994).

Ранее традиционно считалось, что основной целью меди-

цины является защита здоровья и жизни пациента. Достижение данной цели нередко сопровождалось ограничением или ущемлением свободы личности пациента, который превращался в пассивного получателя блага.

С позиций биоэтики главная цель современной медицины заключается в благополучии пациента, и восстановление здоровья, как один из составляющих, служит данной цели. Уважение автономии личности является одной из главных ценностей цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован в самостоятельном принятии решения, связанного с его здоровьем и жизнью.

Вопросы трансплантации органов и тканей, донорства.

Трансплантология, как одно из перспективных направлений медицинской науки, получила бурное развитие со второй половины XX века. Если первые успешные пересадки почек были осуществлены в 50-х годах, то в 60-х годах уже были проведены успешные операции по пересадке печени, легкого, поджелудочной железы и, наконец, сердца. Трансплантация органов и тканей вышла за рамки эксперимента и стала началом нового периода в реконструктивной и восстановительной хирургии (Б.В.Петровский, 1988).

В настоящее время в ряде случаев трансплантация органов и тканей является единственным способом лечения, восстановления здоровья, в связи чем данная проблема находится в центре пристального внимания специалистов различного профиля и широкой общественности.

Развитие трансплантологии обусловило возникновение целого ряда морально-этических, правовых и других проблем. Они связаны как с реципиентом, так и донором.

Если при аутотрансплантации (пересадка органов и тканей в пределах одного организма) подобные вопросы не возникают, то совершенно иное положение в области аллотрансплантации или гомотрансплантации (пересадка органов и тканей

одного человека другому), ксенотрансплантации (пересадка органов и тканей животных людям) и эксплантации (пересадка искусственных трансплантатов).

Очевидно, что с медицинской точки зрения наиболее приемлемым, эффективным и одновременно перспективным является аллотрансплантация, так как возможности других видов значительно ограничены по ряду причин.

Взаимоотношения при пересадке органов и тканей одного человека другому существенно отличаются от других медицинских вмешательств. Так, например, при оказании медицинской помощи действует схема «пациент — врач», то при трансплантации она представлена в виде «донор — врач — реципиент». Соответственно, морально-этические и правовые аспекты трансплантации носят особый характер.

К сожалению, нередко нарушения морально-этических норм в процессе забора органов и тканей от доноров, пересадки их реципиенту, наблюдаются даже противоправные преступные действия. По этой причине во многих странах мира уделяется большое внимание проблеме правового регулирования трансплантации органов тканей человеческого организма. Морально-этические вопросы трансплантации являются одной из важных проблем современной биоэтики.

В.А.Глушков (1987) считает, что основными вопросами, требующими уголовно-правового решения, являются следующие: правомерность пересадки органов и тканей; возможность изъятия органов и тканей у донора; значение согласия донора и реципиента при данной процедуре; юридическая квалификация возможных злоупотреблений со стороны медицинских работников.

По мнению В.И.Алисиевича (1977) правомерность получения органа или ткани от донора определяется следующими обязательными условиями: оказание помощи реципиенту невозможно другими способами, кроме трансплантации; донору при этом причиняется менее значительный вред, чем предотвращенный реципиенту.

Законодательство всех странах мира запрещает куплю-продажу органов и тканей человека. Несмотря на это имеются серьезные основания для тревоги по поводу криминализации трансплантации органов и тканей.

По сообщению газеты «Аргументы и факты» (№ 45, 1996 г.) во Львове была раскрыта группа преступников, которая по данным следствия только за два года незаконно вывезла из Украины более 800 детей. Врачи и чиновники оказались не только пособниками незаконного усыновления или удочерения младенцев, которые бесследно исчезали прямо из родильных отделений от еще неоклемавшихся матерей, но были также причастны к поставкам по заявкам из других стран в качестве доноров для трансплантации внутренних органов психически больных детей. При этом цена одного органа ребенка колебалась от 20 до 100 тысяч долларов.

В течение нескольких лет малоимущих, нуждающихся, но физически здоровых граждан Молдавии нелегально вывозили в Румынию, где обманным путем изымали почку, часть печени (газета «Труд», 1 июля 2005 г.).

Израильский врач Михаэль Зис, прозванный «черным трансплантологом», был арестован в Донецке в 2007 году по обвинению в организации незаконных операций по пересадке донорских органов, в основном почек, в различных клиниках Украины. Органы, изъятые от граждан Молдавии, использованных в качестве доноров, пересаживались богатым клиентам — гражданам Израиля и стран Европы. Доноры получали за почку около трех тысяч долларов, реципиентам пересадка обходилась в десятки раз дороже («Здравоохранение Узбекистана», № 30, 2008 г.).

В свое время бурю возмущения вызвали откровения китайского врача Ван Гоци, попросившегося политического убежища в США. Он рассказал об операциях по удалению органов у приговоренных к смертной казни заключенных сразу после их казни (газета «Труд», 7 июля 2001 г.).

В 1985 году принято Заявление Всемирной медицинской ассоциации о торговле живыми органами, осуждающая куплю-продажу человеческих органов и обращение к правительствам всех стран принять меры по предотвращению таких явлений. В связи с озабоченностью по поводу увеличения числа сообщений об участии врачей в трансплантации органов и тканей, изъятых из тел заключенных, приговоренных к смерти, при эвтаназии лиц с психическими и физическими пороками, краденных детей в 1994 году Всемирная медицинская ассоциация приняла Резолюцию по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов.

При аллотрансплантации серьезной проблемой является донорство. Число нуждающихся в пересадке органов тканей всегда кратно превышает имеющиеся возможности. Например, по данным В.И.Акопова (2000г.) только в Москве очередь на пересадку почки приближается к 10000, тогда как удается пересадить 800-900.

Как и другие медицинские вмешательства для трансплантации обязательным условием является согласие реципиента, полученное после его информирования о возможных негативных последствиях планируемой операции.

Потенциально донорами могут быть и живые люди, и умершие. Признавая целый ряд преимуществ донорства живых людей с морально-этической, правовой и медицинской точек зрения, следует отметить, что все же по понятной причине возможности изъятия органов и тканей от живых людей значительно ограничены. Они могут быть донорами только отдельных парных органов (почки, надпочечники) или частей органов (печени, поджелудочной железы), тканей (кожи). У живого донора может быть изъят для трансплантации парный орган, часть органа или ткань, отсутствие которых не влечет за собой необратимого расстройства здоровья. На практике в основном проводят пересадку почек, взятых у живых доноров.

Вместе с тем удаление одной почки у здорового человека сопряжено с определенным риском и потенциальные воз-

возможности в будущем у него будут несколько ограничены. По этой причине человек, изъявивший желание отдать свою почку должен быть информирован об этом. Общеизвестно, что в законодательстве о трансплантации органов и тканей должны быть конкретно и полно приведены условия изъятия органов и тканей у живого донора.

В частности, в статье 11 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей» отмечено следующее:

«Изъятие органов и (или) тканей у живого донора для их трансплантации может осуществляться только в интересах здоровья реципиента и в случае отсутствия пригодных для трансплантации органов и (или) тканей трупа или альтернативного метода лечения, эффективность которого сопоставима с эффективностью трансплантации органов и (или) тканей.

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора для трансплантации реципиенту допускается при соблюдении следующих условий:

если донор предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и (или) тканей;

если донор свободно и сознательно в письменной форме выразил согласие на изъятие своих органов и (или) тканей;

если донор прошел всестороннее медицинское обследование и имеется заключение консилиума врачей-специалистов о возможности изъятия у него органов и (или) тканей для трансплантации;

Изъятие у живого донора органов допускается, если он находится с реципиентом в генетической связи, за исключением пересадки костного мозга».

Особо важную проблему составляют правовые аспекты трупного донорства. В мире существуют три модели правового регулирования изъятия органов и тканей у умершего человека:

1. Модель презумпции согласия. Законодательство Австрии, Бельгии, Венгрии, Испании, Чехии и некоторых дру-

гих стран основано на положении о приоритете согласия. По этой модели для возражения на изъятие органов и тканей после смерти в основном необходимо при жизни юридически оформить свое несогласие. Правда, последнее может заменить возражение близких родственников умершего, но практически связаться с ними за короткое время (считанные часы, иногда минуты) зачастую невозможно. Некоторыми исследователями эта модель рассматривается как система «неиспрошенного согласия» (М.Н.Малеина, 1995).

Данная концепция регламентирована и в Законе Российской Федерации « О трансплантации органов и (или) тканей человека». Так, согласно статьи 8 «Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкий родственник или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту».

По мнению В.Л.Попова (1999) презумпция согласия в Российском законодательстве является несовершенной, односторонне обеспечивает интересы только государственных учреждений, реципиентов, не учитывает права личности, злоупотребляет сложным психологическим состоянием, в котором находятся в ближайшее время близкие родственники умершего, в связи с чем вызывает ряд вопросов морально-этического и правового характера.

2. Модель презумпции несогласия. Законодательство большинства развитых стран (США, Канады, Германии, Франции, Голландия и др.) основано на данной модели. Она является более совершенной и полностью отвечает требованиям соблюдения прав граждан. Модель предусматривает необходимость наличия прижизненного согласия гражданина быть донором в случае гибели или согласия близких родственников после его смерти.

Во всех штатах США действует Закон о «Едином акте об анатомическом даре», согласно которому все дееспособные

лица старше 18 лет могут принять решение о дарствовании всего или части своего тела после смерти для специальных целей и заполнить единую донорскую карточку. Последняя обычно прикрепляется к водительскому удостоверению. Закон не требует согласия близких родственников, если у покойного имеет донорская карточка. При этом родственники не имеют право противиться воле покойного.

В Германии изъятие органов производится на основании особой карточки жертвователя. Карточка может быть заполнена лицом старше 18 лет, принявшим такое решение.

Граждане Финляндии имеют возможность заблаговременно определить свою волю в этом вопросе и урегулировать все его щекотливые аспекты. Заполнив специальную желтую карточку, которую можно взять бесплатно в любой аптеке, человек делегирует медикам право распорядиться его телом, органами после смерти. С этого момента вмешательство родственников исключается.

В Узбекистане до настоящего времени не принят Закон о трансплантации органов и тканей. Но вместе с тем, согласно статьи 133 Уголовного кодекса Республики Узбекистан «изъятие органов или тканей умершего человека в целях их трансплантации, консервации в научных или учебных целях без жизненного согласия на это умершего или без согласования с его близкими родственниками» квалифицируется как преступление. Сущность данной статьи соответствует модели презумпции несогласия.

Действительно, эта модель наиболее полно учитывает права человека. Эффективность ее применения во многом связано высокой нравственностью, определенным уровнем медицинской культуры граждан.

3. Анонимный вариант. Подобный подход имел место в республиках бывшего союза. 15 сентября 1937 года было принято Постановление Совета Народных Комиссаров СССР, которое предоставило Народному комиссариату здравоохранения

право распоряжения о порядке пересадки органов и тканей трупов больным. При этом согласие родных и близких умерших на забор органов и тканей не требовалось. Изъятие органов и тканей осуществлялось судебно-медицинским экспертом, произведшим вскрытие трупа.

Следует признать, что в условиях правового государства существование данной модели изъятия органов и тканей от трупа недопустимо.

Проблема определения смерти мозга

Важнейшим вопросом при заборе органов и тканей из трупа является определение времени изъятия органа у донора, что в свою очередь тесно связано с определением момента смерти. Разумеется пересадке подлежит живой орган и живая ткань, которые в дальнейшем могут выполнять свои функции. По этой причине возникает необходимость максимального сокращения промежутка между смертью человека и изъятием трансплантата.

Клиническая смерть является промежуточным состоянием организма между жизнью и смертью, когда после остановки сердца и дыхания в течение короткого времени (до 5-6 минут) функционируют высшие отделы головного мозга. С правовой и этической точки зрения данное состояние нельзя отнести к смерти, так как возможно оживление организма. Позже при невозможности восстановления сердечной и дыхательной деятельности развиваются необратимые изменения в головном мозге и наступает биологическая смерть.

Современные возможности анестезиологии и реаниматологии не всегда могут вернуть к жизни человека, но вместе с тем позволяют достаточно длительное время поддерживать жизненные процессы в органах и тканях после смерти мозга. В связи с этим правомерность прекращения реанимационных мероприятий и дальнейший забор органов или тканей упирается в вопрос о жизнеспособности донора как индивида.

При констатации смерти мозга консилиумом врачей в установленном порядке дальнейшее проведение реанимационных мероприятий теряет смысл. Профессор С.Я.Долецкий писал, что «борьба за жизнь пациента, вопреки существующим догмам, справедлива только до того, пока существует надежда, что спасение возможно».

Действительно, только возможностью полноценного восстановления основных жизненно важных функций организма определяется обоснованность и целесообразность реанимационных мероприятий. Они бессмысленны и бесперспективны при наличии признаков гибели клеток головного мозга.

Достижения современной реаниматологии позволяют стойкое восстановление самостоятельной сердечной деятельности с искусственной вентиляцией легких без всякой надежды на восстановление сознания. Человек, у которого погиб мозг и искусственно поддерживается кровообращение и дыхание, не может считаться живым (А.П.Громов, 1976). В.А.Неговский (1977) считает, что в таком состоянии это уже не человек, не личность, который никогда не сможет вернуться к сознательной жизни и принесет лишь бесцельные страдания родным и близким.

Принятие решения о смерти мозга и прекращении дальнейшей реанимации является прерогативой врачей. Еще в 1957 году Международный конгресс анестезиологов и реаниматологов, озабоченный тем, что развитие технологий искусственного поддержания жизни делает проблематичным медицинское определение момента смерти, обратился к тогдашней главе католической церкви Папе Пио XII с просьбой разъяснить, чем им следует руководствоваться, проводя границу между жизнью и смертью человека, тот ответил, что определение смерти дело не церкви, а врачей. Таким образом, и церковь вполне согласна с тем, что именно на врача, а не на священнике лежит ответственность за констатацию смерти.

Смерть мозга — это гибель всего головного мозга, вклю-

чая его ствол, с необратимым бессознательным состоянием, прекращением самостоятельного дыхания и исчезновением все ствольных рефлексов (А.М.Гурвич, 1997). Данная концепция смерти мозга является научно обоснованной, достаточно аргументированной. Она отождествляет развитие необратимых изменений в головном мозге со смертью человека как индивида. Вместе с тем ее трактовка не совпадает, даже противоречит традиционному восприятию смерти, так как при наличии сердечной деятельности, других видимых признаков жизни человек признается мертвым. В связи с этим проблема установления смерти мозга принимает сложный и серьезный характер. Данная процедура должна выполняться консилиумом опытных специалистов с использованием современных клинических и параклинических методов исследования.

С учетом морально-этических и правовых аспектов критерии определения момента смерти должны быть:

1. Научно-обоснованными, то есть позволяющими надежно и достаточно точно отличать кого можно спасти, кого - нет;
2. Практически доступными, не требующими усилий множества специалистов и много времени;
3. Объективными, одинаково понимаемыми и применяемыми любыми достаточно квалифицированными специалистами, а также правильность применения которого в каждом конкретном случае может быть проверена. Данный критерий очень важен с юридической точки зрения;
4. Приемлемыми с точки зрения господствующих в обществе культурных и этических норм.

Так, согласно «Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга» Российской Федерации от 1993 года смерть мозга эквивалентна смерти человека и представляет собой полное и необратимое прекращение всех функций головного мозга, регистрируемое при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. При установлении диагноза смерти мозга необходимо иметь точную информацию

о причинах и механизмах ее развития. Обязательным условием установления диагноза смерти мозга является доказательство отсутствия воздействия лекарственных препаратов, угнетающих ЦНС и нервно-мышечную передачу, интоксикаций, метаболических нарушений и инфекционных поражений мозга.

По данной инструкции в Российской Федерации диагноз смерти мозга устанавливается комиссией опытных врачей со стажем работы по специальности не менее 5 лет и оформляется «Протокол установления смерти мозга» по утвержденной форме. Предусмотрено обязательное включение в состав комиссии помимо других специалистов анестезиолог-реаниматолог и невропатолог.

Установление диагноза смерти мозга с составлением соответствующего документа является основанием для прекращения реанимационных мероприятий.

Разумеется в случае планирования изъятия органов и тканей от трупа в целях пересадки в комиссию не могут включаться специалисты, принимающие участие в заборе и трансплантации.

Отсутствие четких критериев определения момента смерти создает серьезные трудности в деятельности медицинских работников, иногда ставя их в сложное положение. Конкретно и правильно сформулированное медико-юридическое понятие смерти мозга дает врачу возможность принятия обоснованного решения по поводу прекращения реанимационных мероприятий.

В соответствии с Законом Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» порядок определения момента смерти человека устанавливается Министерством здравоохранения Республики Узбекистан (статья 40). По опыту зарубежных стран основными разработчиками данного порядка (правил, инструкции) должны быть анестезиологи-реаниматологи и невропатологи.

В «Правилах судебно-медицинской экспертизы трупа», утвержденных приказом Министерства здравоохранения

Республики Узбекистан № 551 от 21 октября 1992 года (приложение № 11, пункт 1.13) указано, что судебно-медицинская экспертиза трупа может быть начата после появления ранних трупных изменений (охлаждение трупа, трупные пятна, трупное окоченение). Учитывая необходимость изъятия органов и тканей из трупа для трансплантации в минимально короткие сроки после смерти, правила допускают возможность вскрытия трупа до появления вышеуказанных изменений только после констатации факта смерти в установленном Министерством здравоохранения Республики Узбекистан порядке и оформления соответствующего акта. Один экземпляр этого акта вручается судебно-медицинскому эксперту, которому поручена экспертиза трупа, и хранится в бюро судебно-медицинской экспертизы вместе с копией заключения.

Вопросы эвтаназии.

Этот термин впервые был введен английским философом Ф. Бэконом в XVII веке и в переводе с греческого (eu – хорошо, thanatos - смерть) означает легкую, хорошую смерть. В частности, в сочинении «О достоинстве и приумножении наук», изданного в 1623 году незадолго до его смерти, он писал: «... долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчать страдания и мучения, причиняемые болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение боли как опасного симптома болезни может привести к выздоровлению, но даже и в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение можно лишь сделать самую смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия... уже сама по себе является немалым счастьем». Таким образом, по Ф.Бэкону эвтаназия - «...облегчить уход из жизни тому, в ком еще не угасло дыхание...», иными словами сущность ее заключается в облегчении мучений, страданий умирающих.

Проблема эвтаназии имеет достаточно глубокие исторические корни. В древности у целого ряда народностей, племен

считалось недопустимым, позорным смерть от болезней, старости и в этих случаях они совершали самоубийства различными способами (бросались со скалы, пили яд, уходили замерзать в тундру и т.п.).

Эвтаназия в любой форме противоречит основополагающим принципам медицинской этики. В «Клятве» Гиппократа подчеркнуто «...Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для достижения подобного замысла... ». Хотя некоторые его современники (Платон, Сократ, Аристотель) считали естественным и полезным умерщвление «легкой смертью» слабых, безнадежных, нежизнеспособных больных.

Известный русский юрист А.Ф.Кони с нравственной и юридической позиций допускал возможность активной эвтаназии в исключительных случаях при наличии:

1. сознательной и устойчивой просьбы больного;
2. невозможности облегчить страдания больного известными средствами;
3. точной, несомненной доказанности консилиумом врачей невозможности спасти жизнь;
4. предварительного уведомления правоохранительных органов.

В последние десятилетия вопрос допустимости эвтаназии принял острый характер, чему в определенной мере способствовало развитие медицинской науки, в частности реаниматологии, пересмотр моральных ценностей и провозглашение приоритета прав человека, а не его здоровья. Надо признать, подходы к решению данной проблемы далеко не однозначны.

Различают четыре основные формы эвтаназии: активная эвтаназия, пассивная эвтаназия или ортотаназия, медикотаназия и дистаназия.

Активная эвтаназия — означает облегчение страданий, мучений путем ускорения смерти. Она также именуется как прямая эвтаназия, «метод наполненного шприца». Существуют два вида активной эвтаназии: добровольная и принудительная.

Добровольная активная эвтаназия (euthanasia voluntary) подразумевает наличие согласия самого больного и может быть осуществлена как самим больным, так и другим лицом, чаще врачом. В первом варианте с юридической точки зрения она квалифицируется как самоубийство. Действительно нередки случаи, когда тяжело, безнадежно больные оканчивают жизнь самоубийством, т.е. суицид в ряде случаев может быть расценен как добровольная активная эвтаназия. По этой причине при судебно-медицинской экспертизе трупов в случаях самоубийства как правило решается вопрос наличия прижизненных заболеваний.

Следует подчеркнуть, что все основные религиозные конфессии признают самоубийство тягчайшим грехом. Вместе с тем, ни в одной стране мира по понятным причинам самоубийство не карается законом. Точно также не преследуется уголовным законодательством оказание содействия, помощи в совершении суицида.

Нередко самоубийство осуществляется с помощью врача. Распространенность подобных случаев обусловила даже появление специального термина - PAS (physician assisted suicide – суицид, ассистированный врачом).

Наглядным примером PAS является деятельность отставного патолога из штата Мичиган США Джека Кеворкяна. В период 1990-1999 годов с его помощью суицид совершил 131 больной. Неоднократно безуспешно пытались привлечь его к уголовной ответственности и только в 1999 году он был осужден за убийство.

В феврале 1939 года у известного австрийского психиатра и психолога Зигмунда Фрейда был диагностирован рак кишечника. Из-за усиления постоянных мучительных болей 21 сентября 1939 года он попросил своего друга и врача прервать ему жизнь. Через два дня колебаний доктор Шор дал Фрейду определенную дозу морфия.

Голландия стала первой в мире страной, где в 2000 году активная эвтаназия официально легализована. Согласно при-

нятому закону применение эвтаназии возможно лишь при соблюдении целого ряда условий. Например, сам больной, который хочет добровольно уйти из жизни, обязан заявить об этом, находясь в здравом уме. С его желанием должны согласиться близкие родственники. Кроме того, требуется, чтобы не только лечащий врач, но и независимый медик подтвердили, что больной неизлечим и невыносимо страдает от своей болезни. И, наконец, эвтаназия может происходить только в присутствии представителей закона.

Принудительная активная эвтаназия (*euthanasia compulsory*), т.е. ускорение смерти больного без его согласия с точки зрения права рассматривается как убийство. В виде примера можно привести историю участкового врача из городка Хайд недалеко от Манчестера (Англия) Гарольда Шипмана. В 2000 году по результатам работы специальной комиссии было установлено, что за 20-летнюю деятельность он под видом взятия крови для анализа путем внутривенного введения больших доз наркотиков убил около 300 человек, в основном женщин пенсионного возраста. Г.Шипман был уличен только лишь в связи с подделкой завещания в свою пользу после убийства бывшего мэра городка Кэтлин Гранди.

Будучи последователем учения юриста Биндинга и психиатра Гохе, предложивших назвать эвтаназией уничтожение так называемых «неполноценных людей», 1 сентября 1939 года Гитлер издал секретный указ, согласно которому эвтаназии следовало подвергнуть все «недостойные формы жизни». Позже реализация концепции негативной евгеники было распространено от «жизненно неполноценных» на «расово неполноценных». Под давлением мировой общественности в конце августа 1941года данную программу были вынуждены закрыть. За неполные два года в целях улучшения чистоты «высшей арийской расы» по разным данным было уничтожено от 100000 до 275000 человек, главным образом психически больные, лица с пороками развития. В международном военном трибунале эти действия были оценены как преступления против человечества.

Активную эвтаназию, осуществленную по просьбе родственников, даже и в том случае, когда больной не в состоянии выразить свою волю, правильнее будет отнести к принудительной. С этой точки зрения некоторые приравнивают медицинский аборт к активной принудительной эвтаназии.

Выдающийся хирург С.С.Юдин, оперируя своего коллегу — профессора М.М.Дитерихса, обнаружил неоперабельный рак желудка с метастазами. По просьбе жены больного З.Ю.Ролье, также медика, осуществил активную эвтаназию — дал указание увеличить дозу наркоза.

Бывший министр здравоохранения Франции, один из основателей международной организации «Врачи без границ» Бернар Кушнер признавался, что во время войны в Ливане и Вьетнаме тяжело раненым в безнадежных случаях применял эвтаназию.

В 2006 году суд американского штата Нью-Джерси приговорил бывшего медбрата Чарльза Каллена за убийство 29 пациентов. Преступник признал свою вину, однако, заявил, что убивал смертельно больных пациентов из сострадания.

Существует также непрямая активная эвтаназия, когда действие, преследующее цель облегчения страданий, мучений пациента, приводит к смерти. Как правило, подобные случаи связаны с передозировкой различных лекарственных средств, в основном анальгетиков. Юридически эти действия могут квалифицироваться как «причинение смерти по неосторожности» (статья 102 УК РУз.) или «несчастный случай».

Пассивная эвтаназия или ортотаназия может быть полной и частичной. Полная ортотаназия означает отказ от активных мер по поддержанию и продлению жизни переносящего тяжелые страдания больного, обреченного на смерть. Частичная ортотаназия подразумевает оказание необходимой медицинской помощи в неполном объеме.

С точки зрения права ортотаназия является преступным деянием и может квалифицироваться как « ненадлежащее ис-

полнение своих профессиональных обязанностей» (статья 116 УК РУз.) или «оставление в опасности» (статья 117 УК РУз.).

Руководством больницы в г. Нисдене (Англия) был издан приказ, запрещающий проводить реанимационные мероприятия при злокачественных новообразованиях, хронических заболеваниях органов дыхания и почек. В медицинской карте этих больных заблаговременно ставился специальный шифр NTBR (not to be resuscitated — не подлежит реанимации).

В некоторых больницах США на кроватях тяжелых, безнадежных больных вешают таблички с буквами DNR (do not resuscitate - не реанимировать).

Теоретически полный или частичный отказ обреченных на смерть больных от медицинских вмешательств можно отнести к пассивной эвтаназии. Вместе с тем, общество по разному относится к практике ортотаназии в отдельных случаях. Так, пассивная эвтаназия некоторых известных лиц была принята с одобрением.

После первого инсульта бывший президент США Ричард Никсон письменно обратился к врачам с просьбой не прибегать к искусственным методам продления жизни в случае повторного инсульта, когда он не сможет выразить свою волю.

После консультации с личным врачом и составления завещания бывший президент Франции Франсуа Миттеран, страдающий последней стадией рака, сознательно прекратил принимать лекарства.

По мнению некоторых исследователей практика ортотаназии, основанная на научном понятии «противопоказания к реанимации» может нести черты гуманности и быть оправдана в современной медицине (А.Я.Иванюшкин, 1990).

Основатель военно-полевой хирургии Н.И.Пирогов, формируя принципы медицинской сортировки, выделял группу безнадежных, тяжело раненых, уход за которыми осуществляли священник и сестра милосердия.

Возможность «роковых ошибок» в диагностике и прогнозировании исхода лечения тяжелых больных является се-

рзным аргументом противников эвтаназии. Великого поэта Петрарку собирались уж хоронить, но за несколько часов до погребения начал дышать, позже пришел в себя и прожил еще 30 лет.

Известный хирург XIX века Эрнст Бергман, поставив себе диагноз неоперабельного рака кишечника, отказался от операции. На вскрытии его тела выявили лишь незлокачественную опухоль. Операция в данном случае могла спасти ему жизнь.

Несмотря на противоречивость суждений, в некоторых странах пассивная эвтаназия постепенно легализуется морально общественным мнением, а в отдельных странах приняты соответствующие законы. В частности, в Швеции и Финляндии прекращение бесполезного поддержания жизни путем пассивной эвтаназии не считается противозаконной. Основанием для принятия врачом данного решения должно быть свободное и осознанное волеизъявление больного. При этом подобные просьбы родственников больного, находящегося в бессознательном состоянии, не являются юридически действительными.

Медикотаназия означает облегчение страданий, мучений неизлечимо больных с помощью различных консервативных симптоматических методов лечения. Эти действия не противоречат нормам медицинской этики и права.

Проблема медикотаназии непосредственно связана с вопросами паллиативной помощи. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения паллиативная медицина — это активный целостный уход за пациентами, чьи болезни не поддаются излечению. Она имеет целью достижение наилучшего качества жизни для больных и их семей. Паллиативный уход утверждает жизнь и рассматривает умирание как нормальный естественный процесс. Он не ускоряет и не отдалает смерть.

Главным вопросом медицинского характера при организации паллиативной терапии обреченных на смерть больных является не продление жизни, борьба с болью и максимальное улучшение качества оставшейся жизни. По этой причине при

проведении паллиативного лечения приходится переосмысливать ряд классических положений традиционной медицинской практики. Так, та помощь, которая подходит «обычному» пациенту, может оказаться неприемлемой для умирающего. В связи с этим крайне важна профессиональная подготовка по паллиативной терапии врачей, особенно общей практики, так как зачастую им приходится оказывать медицинскую помощь умирающим больным.

В истории человечества существовали религиозные и другие благотворительные заведения, осуществляющие уход за умирающими. Первое заведение, именуемое хосписом, для ухода умирающими от рака людей было основано Жиян Гарнье в г. Лионе во Франции в 1842 году.

В XX веке первое специализированное учреждение, обеспечивающее уход за умирающими, именуемое хосписом, было организовано в 1947 году Сессилией Сондерс в Лондоне. Здесь же позже в 1967 году она основала приют св. Христофора, который считается образцовым учреждением подобного типа. Уход в хосписах включает не только медицинские вмешательства, но и оказание необходимой психологической помощи.

Одним из активных пропагандистов открытия хосписов был известный американский журналист Виктор Зорза. В 1977 году семья Зорзы пережила трагедию — от неизлечимого рака умерла единственная дочь Джейн. Последние 8 дней жизни она провела в Оксфордском хосписе и перед смертью сказала родителям, что это было самое счастливое время ее жизни и она просила родителей, чтобы те посвятили себя организации хосписов по всему миру. Похоронив дочь, семья Зорзы провела в США общенациональную кампанию по организации хосписов. Возник общенациональный комитет «Hospice action», в который вошли известные люди. В.Зорзе принадлежат слова « Жить до конца. Умереть по-людски».

Во многих странах мира развернута сеть хосписов, оказывающих как стационарную, так и амбулаторную помощь. В

развитых странах обычно на 450-500 тысяч жителей открыва-
ется один хоспис. На территории бывшего союза первый хо-
спис был организован только в 1990 году в Лахте под Санкт-
Петербургом.

Дистаназия. Данный термин был введен польским специ-
алистом по медицинскому праву Е.Савицки (1976) и он подраз-
умевает максимально возможное продление жизни больного,
признанного неизлечимым, с помощью различных, порой ради-
кальных, чрезвычайных методов лечения. Дистаназия соответ-
ствует принципам традиционной медицинской этики и высокой
нравственности. Она упреждает последствия возможных диа-
гностических ошибок (А.Я.Иванюшкин, 1990).

Действительно, дистаназия не входит в противоречие ни с
законом, ни моралью. Во первых, жизнь человека представляет
собой высшую ценность и продление ее даже на короткий про-
межуток времени является великим благом. Во вторых, меди-
цинская наука развивается и могут быть открыты способы лече-
ния болезней, которые в настоящее время считаются неизлечи-
мыми. И наконец, редко, но встречаются случаи выздоровления
так называемых «безнадежных больных», которые не могут
быть объяснены с точки зрения медицинской науки.

Резюмируя изложенное, можно предложить следующую
классификацию эвтаназии. При этом следует подчеркнуть, что
в обществе и некоторыми исследователями понятие эвтаназии
трактуются в узком смысле, включающий в себя только актив-
ную и пассивную эвтаназию.

Классификация эвтаназии.

I. Активная эвтаназия;

A. прямая:

- добровольная (самоубийство, PAS);
- принудительная (убийство).

B. Непрямая (причинение смерти по неосторожности,
несчастный случай).

II. Пассивная эвтаназия (ортотаназия);

- А. полная;
- Б. неполная.

III. Медикотаназия;

IV. Дистаназия.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите модели медицинской этики.
2. Исторические предпосылки для возникновения биоэтики.
3. Что означает принцип «благоговения перед жизнью»?
4. Перечислите принципы биоэтики.
5. Объясните понятие «ориентированная на пациента информация».
6. Основные модели информированного согласия.
7. Виды трансплантации органов и тканей.
8. Модели правового регулирования изъятия органов и тканей от трупа и их особенности.
9. Что означает понятие «смерть мозга»?
10. Требования к установлению диагноза смерти мозга.
11. Кем был введен термин «эвтаназия» и ее сущность?
12. Назовите основные формы эвтаназии.
13. К какой форме эвтаназии относится PAS?
14. Сущность непрямой активной эвтаназии.
15. Что означает ортотаназия?
16. Объясните сущность медикотаназии.
17. Какая помощь оказывается в хосписе?
18. Особенности дистаназии.

Глава 5. Профессиональные правонарушения медицинских работников

Правила поведения в обществе, правила взаимоотношений людей друг с другом, в том числе при осуществлении профессиональной деятельности, регулируются социальными нормами, представляющими собой образец, которым следует руководствоваться. Они состоят из совокупности норм морали и права.

Нормы морали зарождаются «естественным» путем и включают в себя требования этики, религии, существующих обычаев, традиций. Соблюдение норм морали обеспечивается силой общественного мнения (Ю.Д.Сергеев, 2008).

Нормы права устанавливаются государством и имеют общеобязательную силу. Соблюдение норм права обеспечивается путем государственного принуждения.

Официальный документ, содержащий нормы права называется нормативным правовым актом, который может быть в виде закона или подзаконного акта. К числу последних относятся указы, постановления, распоряжения Президента, постановления и распоряжения правительства, распоряжения органов местной власти и другие.

Как и все сферы деятельности в обществе деятельность медицинских работников также регламентирована законами и другими нормативными документами. В здравоохранении нормативными правовыми актами также являются приказы, инструкции, правила, положения, принятые Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. Следовательно, невыполнение или ненадлежащее выполнение установленных требований медицинскими работниками в процессе осуществления профессиональной деятельности называется профессиональным правонарушением медицинских работников (ППМР).

В соответствие с теорией права признаками правонарушений являются деяние (действие или бездействие), общественная опасность, противоправность, виновность и негативные последствия.

По признаку общественной опасности деяния (действия или бездействия) ППМР можно разделить на проступки и преступления. Противоправное деяние, лишенное общественно опасного характера и соответственно не предусмотренное Уголовным кодексом называется проступком. В противном случае, т.е. при общественно опасном характере деяния оно квалифицируется как преступление.

С правовой точки зрения проступки медицинских работников делятся на дисциплинарные, административные и гражданские.

Дисциплинарные проступки заключаются в нарушениях установленной трудовой, служебной и производственной дисциплины.

К административным проступкам относятся нарушения установленного порядка управления учреждением.

Гражданские проступки подразумевают нарушения имущественных и неимущественных прав граждан и различных организаций.

Особенности возникновения, сущности дисциплинарных, административных, гражданских правонарушений и привлечения к соответствующей ответственности подробно изложены в следующих главах учебника.

Помимо вышеуказанных проступков в деятельности медицинских работников существует группа неблагоприятных исходов, квалифицируемые как врачебная ошибка, несчастный случай.

Особенности деятельности врача, в отличие от представителей других профессий, заключаются в том, что он имеет дело с самым сложным объектом природы - человеком, сталкивается с задачами, не имеющими одинакового стандартного решения,

с больными с различными вариантами клинического течения болезней, а также своеобразными индивидуальными особенностями (В.Л.Попов, 1999).

Врачебная ошибка и несчастный случай не является юридическими понятиями и по этой причине они отсутствуют в юридической литературе, законодательных актах.

Врачебная ошибка.

Errare humanum est (лат.) - человеку свойственно ошибаться. С этой позиции деятельность медицинских работников не является исключением. В соответствии с этим практически исключить возможность допущения ошибок очень трудно.

Существуют разные, порой противоположные мнения по оценке врачебных ошибок. Некоторые в широком смысле к ним относят большинство недостатков в оказании медицинской помощи, в том числе квалифицируемые как преступления, так и проступки, с чем трудно согласиться. Хотя С.Я.Долецкий (1989) справедливо отмечал, что «врач ... редко не обнаружит разного рода огрехов, укладываемых в одну из трех формулировок — несчастие, осложнение или ошибка».

Термин «врачебная ошибка» впервые был предложен Н.И.Пироговым. Он считается образцом отношения врача к своим профессиональным ошибкам. По мнению И.П.Павлова в качестве профессора хирургии Н.И.Пирогов представлял редкий пример сочетания учителя и врача, и первым его профессорским подвигом было издание «Анналов хирургического отделения клиники императорского Дерптского университета». В предисловии к первому выпуску данного издания в 1837 году Н.И.Пирогов писал: «Я считал ... своим священным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих».

Своими публикациями Н.И.Пирогов заявил о праве врача на ошибку и отсутствии права скрывать ее. К концу жизни он писал: «С самого начала моего врачебного поприща принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал это, обнародовав все мои ошибки и неудачи, и чистый перед судом моей совести, смело взываю мне показать, когда и где я утаил хоть одну мою ошибку, хоть одну мою неудачу».

Известный австрийский хирург Теодор Бильрот писал: «Только слабые духом, хвастуны и утомленные жизнью бояться открыто высказаться о совершенных ими ошибках. Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не испытывает страха перед сознанием своей ошибки».

Во второй половине XIX века С.П.Боткин отметил: «Я считаю себя неплохим диагностом, но все же я был бы удовлетворен, если бы 30% моих диагнозов были правильными».

Согласно определению И.В.Давыдовского (1928) «врачебная ошибка — добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и ее методов, или в результате атипичного течения заболевания, или недостаточной подготовки врача, если при этом не обнаруживается элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества».

Медицина, как и любая наука, постоянно развивается. Вместе с тем, медицинские знания и методы далеко несовершенны. Данное обстоятельство может быть причиной заблуждения врача и привести неблагоприятным последствиям.

Особое значение И.В.Давыдовский придавал анализу и широкому обсуждению врачебных ошибок с целью упреждения их в дальнейшем в деятельности и других врачей. В этом плане важное место занимают клинико-анатомические конференции. Первая клинико-анатомическая конференция была организована и проведена 9 декабря 1930 года в московской больнице «Медсантруд» именно И.В.Давыдовским.

Исходя из вышеуказанного определения, понятие «врачебная ошибка» не должно подразумевать случаи, юридически

квалифицируемые как преступления или административные, дисциплинарные и гражданские проступки. Неблагоприятные исходы в результате «добросовестного заблуждения» медицинского работника по логике не должны повлечь за собой правовую ответственность. Они подлежат оглашению, обсуждению среди коллег для принятия соответствующих мер для предупреждения подобных случаев.

И.А.Кассирский в книге «О врачевании» (1970) писал: «Ошибки — неизбежные и печальные издержки врачебной работы, ошибки - это всегда плохо, и единственное оптимальное, что вытекает из трагедии врачебных ошибок, это то, что они по диалектике вещей учат и помогают тому, чтобы их не было. Они несут в существе своем науку о том, как не ошибаться».

Приведем пример врачебной ошибки: В лечебное учреждение в послеобеденное время самотеком обращается мужчина, 30 лет, с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, однократный жидкий стул. Ухудшение состояния связывает с приемом пищи днем на работе. Ранее ни чем не болел. При осмотре состояние относительно удовлетворительное, АД — 110/70 мм рт.ст., пульс — 90 в мин., живот слегка болезнен. Врач, заподозрив пищевое отравление, решил промыть желудок. При введении желудочного зонда, больной внезапно умер. На аутопсии обнаружен острый инфаркт миокарда. В данном случае имела место абдоминальная форма инфаркта миокарда. Врач выполнил все предусмотренные в данном лечебном учреждении процедуры. Однако, анамнез и атипичное течение заболевания ввели его в заблуждение.

К сожалению реакция общества, в частности медицинских работников на случаи врачебных ошибок далеко не однозначна. В этом плане примечательны два исторических примера.

В 1870 году в Санкт-Петербурге через 40 часов после операции иссечения гигантской кисты яичника, выполненной известным акушером-гинекологом профессором Медико-хирургической академии А.Я.Крассовским, погибла молодая

женщина. Во время патологоанатомического вскрытия трупа, произведенного Н.М.Рудневым, выяснилось, что в полости брюшины был оставлен тампон из губки, что могло послужить одной из причин смертельного исхода. А.Я.Крассовский счел своим долгом подробнейшим образом описать данный случай в мельчайших деталях в специально посвященной этому статье, опубликовав ее в популярном среди врачей журнале «Медицинский вестник» (1870 г., № 1). Он писал: «... При подобных обстоятельствах, равно как и при других несчастных оперативных случаях, положение хирурга крайне не завидно: его друзья по науке, понимающие возможность подобных неудач, относятся к нему сочувствием; другие же и, к сожалению, подчас, товарищи, подсмеиваются над ним и передают случай на обсуждение некомпетентных судей в этом специальном деле. По моему же крайнему убеждению, подобных случаев не следует скрывать, а нужно уяснить их и сообща заботиться о мерах предупреждения их на будущее время...».

В данной статье он детально исследует весь механизм допущенной ошибки в поисках ответов на вопросы: когда и как попала губка в брюшную полость; были ли приняты необходимые меры для своевременного удаления губки из брюшной полости; насколько губка могла быть причиной печального исхода операции; какие меры должны быть приняты для предотвращения подобных случаев в будущем. В заключении А.Я.Крассовский сформулировал рекомендации по предотвращению такого рода осложнений, которые остались неизменными до настоящего времени. В частности, он предложил пересчитывать губки до и после операции, а также привязывать к ним длинные тесемки.

Второй пример имеет совершенно другой финал. В 1886 году хирург профессор Петербургской военно-медицинской академии С.П.Коломнин оперировал женщину по поводу язвы прямой кишки, предположительно туберкулезной этиологии. Проведено выскабливание язвы острой ложкой с последующим прижиганием. Хирург применил анестезию кокаином в виде

клизмы 4 раза по 6 гран (1,5 г.). При этом С.П.Коломнин отметил, что эта доза вдвое меньше применяемой французскими коллегами при аналогичных операциях. Реакция больной на оперативное вмешательство — стоны свидетельствовали о недостаточности анестезии. Примерно через 45 мин. после операции, которая прошла успешно, при обходе больных было выявлено, что состояние пациентки резко ухудшилось: ослабление пульса, затруднение дыхания и посинение лица, рук. С.П.Коломнин объявил, что больная отравлена кокаином и начал проведение неотложных мероприятий, которые к успеху не привели. Больная скончалась через 3 часа после операции. При вскрытии диагноз отравление кокаином подтвердился. Однако, туберкулез не был подтвержден, у больной был сифилис, при котором операция вообще не была показана. Травля врача, развязанная в прессе, сыграла роковую роль. Спустя 5 дней после операции — 11 ноября 1886 года С.П.Коломнин застрелился.

Несчастный случай.

Под несчастным случаем подразумевают неблагоприятный исход медицинской практики, связанным со случайными, не зависящими от медицинских работников обстоятельствами, которые не могли быть предвидены и предотвращены. Чаще всего подобные случаи связаны индивидуальными особенностями организма, неизвестные при жизни больного.

Несчастные случаи могут наблюдаться при следующих обстоятельствах:

идиосинкразия к некоторым обычным лекарственным веществам;

дальнейшее возникновение высокой чувствительности к препаратам, которые ранее принимались больным;

разрыв бессимптомной, ранее не диагностированной аневризмы сосудов мозга во время обычного медицинского вмешательства;

рефлекторная остановка сердца при проведении ангиографии или гастрофиброскопии;

внезапная смерть от психо-эмоционального шока накануне операции и т.п.

Таким образом, при несчастном случае вред здоровью человека или его смерть возникают при непредвиденном случайном стечении обстоятельств и условий. В отличие от врачебных ошибок они не зависят от действия или бездействия врача. По этой причине несчастные случаи не должны повлечь за собой какую-либо правовую ответственность медицинского работника. Как и при врачебных ошибках, неблагоприятные последствия несчастных случаев подлежат обязательному изучению и анализу в лечебном учреждении.

Ятрогения.

Термин «ятрогения» (от греч. Iatros — врач и гennaо - порождает) впервые был предложен в 1925 году немецким психиатром О.Бумке. Длительное время под ятрогией подразумевали заболевания, прямо или косвенно связанные с высказываниями врача или его поступками, неблагоприятно воздействующими на психику пациента. И.А.Кассирский (1970) предложил связывать ятрогенные заболевания не только с прямым и косвенным травмированием психики больного медицинскими работниками, но и с неправильным проведением инструментального исследования, ошибочным введением лекарств и др. В последнее время отмечается тенденция более расширенного понимания ятрогении.

Иногда ятрогении могут возникнуть в связи с действиями не врачей, а средних медицинских работников. Исходя из этого обстоятельства, венгерский психотерапевт И.Харди (1972) предложил по аналогии с ятрогениями использовать термин «сороригения» (от лат. soror - сестра) для обозначения неблагоприятных исходов, связанных с действием медсестры.

Ятрогения неодинаково трактуется разными авторами. Одни включают в данное понятие неблагоприятные исходы, возникшие при всех видах профессиональных правонарушений

медицинских работников, другие — только случаи, связанные с неумышленными действиями, т.е. совершенные по неосторожности. Отдельные авторы считают ятрогенные болезни разнообразностью врачебных ошибок (В.И.Акопов,2000).

Более приемлемыми являются следующие определения ятрогении.

Ятрогения — это причинение вреда здоровью пациента, находящееся в прямой или косвенной связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических или реабилитационных мероприятий (Ю.Д.Сергеев, С.В.Ерофеев, 1998).

Также имеется более взвешенное, общее определение ятрогении, данное А.В.Шапошниковым (1998): «Ятрогении — негативные прямые и косвенные последствия действий, а также высказываний медицинских работников, обладающих прямыми распорядительными и исполнительными функциями в период и на месте выполнения ими профессиональных и служебных обязанностей, на здорового и больного человека, повлекшие за собой изменения его психического и физического состояния независимо от времени их наступления».

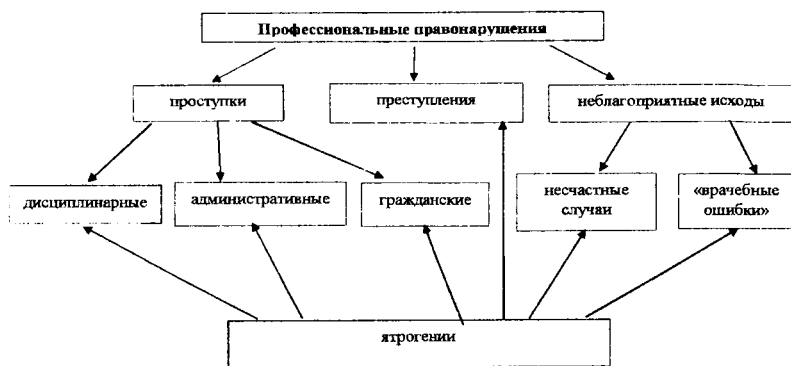
В настоящее время общепринятым является широкое толкование, согласно которому под ятрогениями понимается любой новый патологический процесс, стимулированный медицинским фактором. Медицинский фактор, будучи собирательным понятием, включает в себя все элементы медицинских технологий (диагностика, лечение, профилактика, реабилитация и пр.) и условия существования пациента в лечебно-профилактическом учреждении. Соответственно следует различать ятрогении диагностики, лечения (лекарственного, хирургического, физического), психо-эмоциональную и информационную, профилактическую, нелечения (позднее обращение за медицинской помощью) и прочие.

Таким образом, все неблагоприятные последствия в случаях профессиональных правонарушений, включая преступления, проступки медицинских работников, врачебные ошибки,

несчастные случаи, можно трактовать как проявления ятрогении.

Исходя из вышеизложенного профессиональные правонарушения медицинских работников можно классифицировать следующим образом:

Классификация профессиональных правонарушений медицинских работников



Контрольные вопросы:

1. Отличия норм права и морали.
2. Что означает нормативно-правовой акт?
3. Определение профессиональных правонарушений медицинских работников.
4. Чем отличаются преступления от проступков?
5. Перечислите виды проступков медицинских работников.
6. Кем впервые был введен термин «врачебная ошибка»?
7. Определение врачебной ошибки по И.В.Давыдовскому.
8. Правовая ответственность в случаях врачебной ошибки.
9. Определение понятия «несчастный случай».
10. При каких обстоятельствах в медицинской практике может возникнуть несчастный случай?

11. Определение понятия «ятрогения».
12. Перечислите виды ятрогении.
13. Что означает термин «сороригения»?
14. Правовая ответственность медицинских работников при ятрогениях.

Глава 6. Трудовое законодательство и деятельность медицинских работников

Основные положения трудового законодательства приведены в Конституции и Трудовом кодексе Республики Узбекистан. Согласно Конституции Республики Узбекистан каждый гражданин имеет право на труд, на свободный выбор работы, на справедливые условия труда и на защиту от безработицы в порядке, установленном законом (ст. 37) .

Правовое регулирование трудовых отношений на основе рыночных принципов осуществляется через нормы Трудового кодекса, являющегося главным источником трудового права.

Взаимоотношения работников и работодателей по организации труда регулируются нормами трудового права. Вследствие чего данные отношения приобретают правовой характер и становятся трудовыми правоотношениями. Нормы трудового права, наделяя работников и работодателей правами и обязанностями, оказывают воздействие и способствуют развитию этих отношений.

Трудовое право, будучи отраслью правовой системы, регулирует трудовые отношения работников и работодателей на основе заключенного между ними трудового договора, также тесно связанные с ними другие общественные отношения. Нормами трудового права определяется порядок установления, изменения и прекращения трудовых правоотношений, меры труда, размер оплаты труда, правила внутреннего распорядка, поддержание дисциплины (поощрение и наказание в дисциплинарном порядке), охрана труда, рассмотрение трудовых споров и другие вопросы.

Трудовые отношения имеют определенные особенности, которые отличают их от других трудовых процессов, являющихся предметом иных отраслей права (например, гражданское право). Они следующие:

А. Трудовые отношения возникают в процессе непосредственного труда и связаны с созданием материальных и духовных ценностей;

Б. Работник, как член трудового коллектива и непосредственный исполнитель работы, приобретает определенные права и на него возлагаются конкретные обязанности;

В. Работник трудится не только для реализации своего физического или интеллектуального потенциала, но и для удовлетворения своих материальных и духовных потребностей, что придает трудовым отношениям возмездный характер и отличает их от труда на общественных началах.

Г. В трудовых отношениях гражданин участвует личным трудом и выполняет работу по определенной профессии, должности (Й.Турсунов, 2004).

Принудительный труд, т.е. принуждение к выполнению работы под угрозой применения наказания трудовым правом запрещается. Вместе с тем не считается принудительным трудом выполнение работы на основании законодательных актов о военной или альтернативной службе, в условиях чрезвычайного положения, вследствие вступившего в законную силу приговора суда, а также в других случаях, предусмотренных законом (ст.7 ТК РУз).

Права работника и работодателя.

Законодательством четко определены основные права работника и работодателя. Так , каждый работник имеет право: на вознаграждение за труд не ниже установленного законодательством минимального размера; на отдых; на условия труда отвечающие требованиям безопасности и гигиены;

На профессиональную подготовку , переподготовку и повышение квалификации; на возмещение вреда, причиненного его здоровью или имуществу в связи с работой; на объединение в профессиональные союзы и другие организации, представляющие интересы работников и трудовых коллективов; на соци-

альное обеспечение по возрасту, в случае утраты трудоспособности и в иных, установленных законодательством случаях; на защиту, в том числе судебную, трудовых прав и квалифицированную юридическую помощь; отстаивать свои интересы в коллективных трудовых спорах (ст. 16 ТК РУз.).

В числе других прав работодатель имеет право заключать и прекращать трудовые договоры в соответствии с законодательством, требовать от работника надлежащего выполнения работы, обусловленной трудовым договором. (ст. 17 ТК РУз.).

В трудовом законодательстве приведены основные обязанности работника и работодателя. Согласно статьи 176 ТК РУз работник обязан добросовестно выполнять свои трудовые обязанности; соблюдать дисциплину труда; своевременно и точно исполнять законные распоряжения работодателя; соблюдать технологическую дисциплину; требования по охране труда, технике безопасности и производственной санитарии; бережно относиться к имуществу работодателя. Также отмечено, что трудовые обязанности работника конкретизируются в правилах внутреннего распорядка, уставах и положениях о дисциплине, локальных актах, принимаемых на предприятии.

В соответствии со статьей 177 ТК РУз. в обязанности работодателя входят организация труда работников, создание условия труда, предусмотренные законодательными и иными нормативными актами, трудовым договором, обеспечение трудовой и производственной дисциплины, соблюдение правил охраны труда, внимательное отношение к нуждам и запросам работников, улучшение условий их труда и быта, заключение коллективного договора в соответствии данным Кодексом. Отмечено, что работодатель не вправе требовать от работника выполнение работ, не входящих в его трудовые обязанности, совершения действий, которые незаконны или ставят под угрозу жизнь и здоровье, унижают честь и достоинство работника или других лиц.

Индивидуальный и коллективный трудовой договор.

При приеме на работу заключается трудовой договор, являющийся соглашением между работником и работодателем о выполнении работы по определенной специальности, квалификации, должности за вознаграждение с подчинением внутреннему трудовому распорядку на условиях, установленных соглашением сторон, а также законодательными и иными нормативными актами о труде. Соглашению сторон о заключении трудового договора могут предшествовать дополнительные обстоятельства (прохождение по конкурсу, избрание на должность и др.) при заключении (ст 72 ТК РУз.).

В трудовом договоре должны быть определены: конкретное место работы работника; специальность, квалификация, должность, по которой он будет работать; день начало работы; срок действия договора при заключении его на определенный срок; размер оплаты и другие условия труда. Следует подчеркнуть, что при заключении трудового договора установленный законодательными и иными нормативными актами уровень трудовых прав и гарантий не может быть понижен. (ст. 73 ТК РУз.).

Трудовые договоры могут заключаться на неопределенный срок, определенный срок не более пяти лет или на время выполнения определенной работы. Если в трудовом договоре не оговорен срок его действия, то он считается заключенным на неопределенный срок. В соответствии с законодательством трудовой договор, заключенный на неопределенный срок, не может быть перезаключен на определенный срок или на время выполнения конкретной работы без согласия работника (ст. 75 ТК РУз.).

При приеме на работу предъявляются следующие документы: паспорт или его заменяющий документ; трудовая книжка, за исключением лиц, поступающих на работу впервые; военный билет или приписное свидетельство; диплом об окончании высшего или среднего специального учебного заведения, удостоверение на право выполнения данной работы или другой

соответствующий документ о специальном образовании или специальной подготовке, позволяющий в соответствии с законодательством допуск к выполнению определенной работы. Лица, поступающие на работу по совместительству, предъявляют справку с основного места работы вместо трудовой книжки. (ст. 80 ТК РУз.).

В ряде случаев может быть предварительное испытание при приеме на работу. Оно проводится с целью проверки соответствия работника поручаемой работе, принятия работником решения о целесообразности продолжения работы, обусловленной трудовым договором. В соответствии с трудовым законодательством в некоторых случаях предварительное испытание не устанавливается (при приеме на работу беременных, женщин, имеющих детей до трех лет и др.) (ст. 84 ТК РУз.). Предварительное испытание устанавливается сроком не более трех месяцев. (ст. 85 ТК РУз.).

До окончания срока предварительного испытания по соглашению сторон одна из них может прекратить трудовой договор, предупредив другую сторону за три дня. Если в течение срока предварительного испытания ни одна из сторон не заявила о прекращении договора, то действие трудового договора продолжается и он может быть расторгнут только на общих основаниях (ст.87 ТК РУз.).

Профсоюз учреждения в лице его полномочного органа или непосредственно общее собрание (конференция) трудового коллектива обладают правом принятия решения о необходимости заключения коллективного договора с работодателем.

Согласно статьи 29 ТК РУз коллективный договор является нормативным актом, регулирующий трудовые, социально-экономические и профессиональные отношения между работодателем и работниками на предприятии.

Основные принципы заключения коллективных договоров изложены в статье 30 ТК РУз. Они следующие:

- соблюдение норм законодательства;

- полномочность представителей сторон;
- равноправие сторон;
- свобода выбора и обсуждения вопросов, составляющих содержание коллективных договоров, соглашений;
- добровольность принятия обязательств;
- реальность обеспечения принимаемых обязательств;
- систематичность контроля;
- неотвратимость ответственности.

Сторонами коллективного договора являются работники в лице профсоюзов или уполномоченных ими представительных органов и работодатель или уполномоченные им представители. Содержание и структура данного договора определяется сторонами. Коллективный договор включает в себя взаимные обязательства сторон ,регулирующие трудовые, социальные, экономические, профессиональные и другие вопросы между работодателем и трудовым коллективом.

С учетом экономических возможностей учреждения в коллективный договор могут быть включены льготные трудовые и социально-экономические условия по сравнению с нормами и положениями, установленными законодательными и иными нормативными актами (например: дополнительные отпуска, надбавки к пенсиям, досрочный уход на пенсию, компенсация транспортных, командировочных расходов и иные дополнительные льготы).

В коллективном договоре должны содержаться нормативные положения, если в действующих законодательных актах содержится прямое предписание об обязательном закреплении данных положений в коллективном договоре (ст.37 ТК РУз.).

Проект коллективного договора обсуждается в подразделениях учреждения и после доработки с учетом поступивших замечаний, предложений выносится на рассмотрение общего собрания (конференции) трудового коллектива.

Срок действия коллективного договора определяется сторонами и по истечению установленного срока он действует до

тех пор, пока стороны не заключат новый коллективный договор или изменят, дополняют действующий

Совместительство, совмещение и замещение.

Согласно законодательству помимо основной работы допускается работа по совместительству, совмещение профессий и замещение.

Совместительством считается выполнение другой оплачиваемой работы в учреждении по основной работе (внутреннее совместительство) или в другом учреждении (внешнее совместительство) сверх основного рабочего времени.

При совмещении профессий работник наряду с основной работой в учреждении дополнительно выполняет работу по другой профессии или должности. В частности, руководителям учреждений здравоохранения разрешено совмещение должности врача или врачи - должности средних медицинских работников. Совмещение возможно лишь при выполнении объема работы по основной должности и оно может осуществляться в течение основного рабочего времени.

Выполнение наряду с основной работой другой платной работы на период временно отсутствующего работника, за которым сохраняется его должность именуется замещением.

Рабочее время.

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 не может превышать сорока часов в неделю. При шестидневной рабочей неделе продолжительность рабочего дня не может превышать семи часов, а при пятидневной рабочей неделе - восьми часов.

Вместе с тем в соответствии с законодательными и иными нормативными актами о труде, условиями трудового договора

отдельным категориям работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени без уменьшения размеров оплаты труда. К ним относятся лица, не достигшие восемнадцатилетнего возраста, инвалиды I и II групп, работники, занятые на работах с неблагоприятными условиями труда, женщины – работники учреждений и организаций, финансируемых из бюджета, имеющие детей в возрасте до трех лет, а также работники, имеющие особый характер работы (ст. 116 ТК РУз.).

Особый характер работы последней категории работников связан с повышенным эмоциональным, умственным, нервным напряжением. Согласно законодательством продолжительность их рабочего времени для данных работников устанавливается не более тридцати шести часов в неделю. Перечень таких работников и конкретная продолжительность рабочего времени определяется Правительством Республики Узбекистан. (ст.118 ТК РУз.). В частности, к данной категории относятся и медицинские работники.

Охрана труда.

Сущность государственной политики Республики Узбекистан в области охраны труда изложена в статье 4 Закона Республики Узбекистан «Об охране труда»

Особое внимание в трудовом законодательстве уделяется вопросам охраны труда. Так, во всех учреждениях должны быть созданы условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены. Создание условий охраны труда является обязанностью работодателя, за что он несет ответственность перед законом.

При приеме на работу или переводе на другую работу работодатель должен информировать работника об условиях труда, в том числе о наличии риска профессиональных и иных заболеваний, полагающихся ему в связи с этим льготам и компенсациях, о состоянии охраны труда, а также используемых средствах индивидуальной защиты.

В свою очередь, работник обязан неукоснительно соблюдать все требования по охране труда, распоряжения работодателя по безопасному ведению работ, пользоваться полученными средствами индивидуальной защиты, немедленно сообщать о ситуации, создающей угрозу жизни и здоровью людей, а также о любом несчастном случае, происшедшем во время работы или в связи с ней.

В соответствии с законодательством на работодателя возложена обязанность организации проведения предварительного при приеме на работу, а также в дальнейшем в процессе работы периодических медицинских осмотров отдельных категорий работников (не достигших восемнадцати лет; мужчин достигших шестидесяти лет, женщин, достигших пятидесяти пяти лет; инвалидов; занятых на работах с неблагоприятными условиями труда, ночных работах; непосредственно обслуживающих население и т. п.). Согласно ст. 214 ТК РУз. перечень работ с неблагоприятными условиями труда и иных работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры, и порядок их проведения устанавливается Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Работники не вправе уклоняться от прохождения медицинских осмотров. Уклонение от прохождения медицинского осмотра, а также не выполнение рекомендаций врачей по результатам обследования является основанием для работодателя не допускать их к работе.

В то же время, если работник полагает, что ухудшение состояния его здоровья связано с условиями труда, он вправе требовать проведения внеочередного медицинского осмотра.

Следует подчеркнуть, что работники не несут расходов, связанных с прохождением медицинских осмотров.

Прекращение трудового договора

При определенных обстоятельствах трудовые договор-

ные правоотношения могут прекращаться. В этих случаях связь между работником и работодателем прерываются, и они освобождаются от взаимных прав и обязанностей.

Общими основаниями прекращения трудового договора могут быть:

- соглашение сторон;
- инициатива одной из сторон;
- истечение срока действия договора;
- обстоятельства, не зависящие от воли сторон

(Й.Турсунов, 2004).

Последние обстоятельства подробно изложены в статье 97 ТК РУз.

В трудовом законодательстве приведены условия прекращения трудового договора по инициативе работника (ст. 99 ТК РУз.). Так, работник имеет право прекратить бессрочный и срочный трудовой договор, письменно предупредив об этом работодателя за две недели. По истечении данного срока работник вправе прекратить работу, а работодатель обязан выдать работнику трудовую книжку и произвести с ним расчет. Вместе с тем по соглашению сторон трудовой договор может быть прекращен до истечения двухнедельного срока. Работник вправе отозвать свое заявление в течение срока предупреждения.

Если по истечении срока предупреждения трудовой договор не был прекращен, то заявление работника о прекращении трудового договора теряет свою силу.

В ряде случаев, когда работник не имеет возможности продолжения работы (например, зачисление в учебное заведение, уход на пенсию и др.), его заявление о прекращении трудового договора удовлетворено в срок, о котором просит работник.

Расторжения трудового договора по инициативе работодателя имеет определенные особенности. Так, при этом работодателем должны быть выполнены два важных условия:

1. расторжение должно осуществляться по причинам, предусмотренным в Трудовом кодексе;

2. при прекращении трудового договора работодателем должны быть строго соблюдены процедурные требования (например, предварительное предупреждение, предложение другой работы и др.).

Согласно статьи 100 ТК РУз обоснованность прекращения трудового договора по инициативе работодателя означает наличие одной из следующих причин:

– изменения в технологии, организации производства и труда, сокращение объемов работ, повлекшие изменение численности (штата) работников или изменение характера работ, либо ликвидация предприятия;

– несоответствие работника выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации либо состояния здоровья;

– систематическое нарушение работником своих трудовых обязанностей. Систематическим нарушением трудовых обязанностей признается повторное совершение работником дисциплинарного проступка в течение года со дня привлечения работника к дисциплинарной или материальной ответственности либо применения к нему мер воздействия, предусмотренных законодательными и иными нормативными актами о труде, за предыдущее нарушение трудовых обязанностей;

– однократное грубое нарушение работником своих трудовых обязанностей. Перечень однократных грубых нарушений трудовых обязанностей, за которые может последовать прекращение трудового договора работника определяется:

правилами внутреннего трудового распорядка:

трудовым договором между собственником предприятия и руководителем предприятия;

положениями и уставами о дисциплине в отношении отдельных категорий работников.

Исходя из тяжести совершенного проступка и последствий, которые данное нарушение повлекло или могло повлечь в каждом конкретном случае решается вопрос грубого характера проступка.

– прекращение трудового договора с совместителями в связи с приёмом другого работника, не являющегося совместителем, а также вследствие ограничения работы по совместительству по условиям труда;

– прекращение трудового договора с руководителем предприятия в связи со сменой собственника.

Не допускается прекращение трудового договора по инициативе работодателя в период временной нетрудоспособности и пребывания работника в отпусках, предусмотренных законодательными и иными нормативными актами о труде, за исключением случаев полной ликвидации предприятия.

Как было ранее указано, при прекращении трудового договора по инициативе работодателя должны быть соблюдены определенные процедурные требования, к которым относится предварительное предупреждение. В статье 102 ТК РУз подробно приведены сроки предварительного предупреждения при прекращении трудового договора по инициативе работодателя по различным причинам. Так, работодатель обязан письменно (под роспись) предупредить работника о своем намерении прекратить трудовой договор в следующие сроки:

- не менее чем за два месяца при прекращении трудового договора в связи с изменениями в технологии, организации производства и труда, сокращением объемов работ, повлекших изменение численности (штата) работников или изменение характера работ, либо в связи с ликвидацией предприятия;

- не менее чем за две недели при прекращении трудового договора в связи с несоответствием работника выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации или состояния здоровья.

По соглашению сторон в вышеуказанных случаях предупреждение может быть заменено соразмерной сроку предупреждения денежной компенсацией.

В случаях прекращения трудового договора по причине систематического нарушения или однократного грубого нару-

шения работником своих трудовых обязанностей работодатель не менее чем за три дня извещает работника о прекращении трудовых отношений или выплачивает ему соразмерную денежную компенсацию.

Дисциплинарные взыскания и порядок их применения.

Нарушения трудовой дисциплины, в то числе требований индивидуального и коллективного трудового договора квалифицируются как дисциплинарные проступки и за их допущение работодатель вправе применить в отношении работника наказание. Законодательством предусмотрены следующие меры дисциплинарного взыскания: выговор, штраф в размере не более тридцати процентов среднего месячного заработка, прекращение трудового договора. Вместе с тем правилами внутреннего распорядка учреждения за отдельные дисциплинарные проступки может быть предусмотрен штраф в размере не более пятидесяти процентов среднего месячного заработка (ст. 181 ТК РУз.).

Существует определенный порядок применения дисциплинарного наказания. Так, дисциплинарное взыскание может быть применено в течение одного месяца со дня обнаружения проступка. В данный срок не входит время болезни работника или пребывания его в отпуске. Дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее шести месяцев, а по результатам ревизии или проверки финансово-хозяйственной деятельности – в течение двух лет со дня совершения нарушения. До применения дисциплинарного наказания должно быть затребовано письменное объяснение работника. При этом отказ работника дать объяснение не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания. Согласно трудовому законодательству за каждое нарушение может быть наложено только лишь одно дисциплинарное наказание и приказ о его применении объявляется работнику под расписку (ст. 182 ТК РУз.).

Дисциплинарные взыскания имеют срок действия до одного года со дня его применения. В случае отсутствия новых

дисциплинарных взысканий по истечении данного срока, работник считается не имеющим дисциплинарного взыскания. Законодательство допускает досрочное снятие дисциплинарного взыскания работодателем по собственной инициативе, по просьбе работника или ходатайству трудового коллектива (ст. 183 ТК РУз.).

Контрольные вопросы:

1. Какие права имеют работник и работодатель согласно законодательству?

2. Требования и условия заключения индивидуального и коллективного трудового договора?

3. Особенности работы по совместительству, совмещению и замещительству?

4. Какие требования предъявляются законодательством рабочему времени?

5. Обязанности работодателя и работника в сфере охраны труда?

6. Общие основания для прекращения трудового договора?

7. Порядок прекращения трудового договора по инициативе работника?

8. Особенности прекращения трудового договора по инициативе работодателя?

9. Возможные причины прекращения трудового договора по инициативе работодателя?

10. Порядок прекращения трудового договора по инициативе работодателя?

11. Виды взысканий при дисциплинарных правонарушениях?

12. Порядок применения дисциплинарных взысканий?

Глава 7. Административная ответственность медицинских работников

Понятие об административном законодательстве.

Будучи самостоятельной отраслью законодательства, административное законодательство представляет собой совокупность юридических актов, регулирующих общественные отношения в различных отраслях и сферах государственного управления. Данный вид законодательства закрепляет многие права граждан, устанавливает правила деятельности различных организаций, поведения должностных лиц и граждан (например: санитарные правила, правила лицензирования, охраны окружающей среды и др.), предусматривает ответственность за нарушение правил, а также порядок применения санкций за административные правонарушения.

Конституция Республики Узбекистан регламентирует равенство не только прав и свобод граждан, но и их обязанностей. Таким образом, граждане, наряду с использованием своих прав, должны выполнять возложенные на них законом обязанности.

Несоблюдение гражданами обязанностей, уклонение от их выполнения, злоупотребление правами влечет за собой применение соответствующих мер правового воздействия.

Процесс реализации прав и обязанностей, предусмотренных административным законодательством, осуществляется через совершение гражданами юридических действий, которые подразделяются на правомерные и неправомерные.

Правомерные действия граждан могут быть связаны как с правами (фактическое использование имеющихся прав, приобретение законных прав, защита нарушенных прав), так и с их обязанностями (добровольное выполнение обязанностей, соблюдение требований законности).

Неправомерные действия граждан, т. е. нарушения норм административного законодательства образуют административные правонарушения, влекущие за собой меры административного принуждения.

Административные правонарушения, понятие и виды.

Согласно законодательству административным правонарушением признается посягающее на личность, права и свободы граждан, собственность, государственный и общественный порядок, природную среду противоправное виновное (умышленное или неосторожное) деяние (действие или бездействие), за которое предусмотрена административная ответственность. Данные правонарушения не имеют признаков общественной опасности и, соответственно, не влекут за собой уголовной ответственности. Следует подчеркнуть, что административные проступки имеют ряд общих признаков с преступлениями. В зависимости от значимости, тяжести последствий, кратности их совершения отдельные правонарушения могут квалифицироваться с позиций уголовного законодательства как преступления. Так, например, нарушения санитарного законодательства, правил борьбы с эпидемиями, требований радиационной и пожарной безопасности порядка предоставления государственной статистической отчетности в силу вышеуказанных обстоятельств могут приобретать общественно опасный характер и считаться преступлением.

Умышленным признается административное правонарушение, если лицо, его совершившее, сознавало противоправный характер своего деяния (действия или бездействия), предвидело его вредные последствия, делало или сознательно допускало их наступление.

Совершенным по неосторожности признается административное правонарушение, если лицо, его совершившее, предвидело возможность наступления вредных последствий своего деяния (действия или бездействия), но легкомысленного

рассчитывало на их предотвращение, либо не предвидело возможности наступления таких последствий, хотя должно было и могло их предвидеть.

Действия, причинившие вред правам и охраняемым законом интересам, совершенные в состоянии крайней необходимости не являются административным правонарушением. В данном случае подразумевается действие, совершенное для устранения опасности, угрожающей личности или правам граждан, интересам государства и общества, если опасность при сложившихся обстоятельствах не могла быть устранена другими средствами и если наступивший вред является менее значительным, чем предотвращенный.

Согласно законодательству административной ответственности подлежат лица, достигшие шестнадцатилетнего возраста к моменту совершения административного правонарушения.

В ряде случаев при малозначительности совершенного правонарушения допускается освобождение от административной ответственности и орган (должностное лицо), уполномоченный рассматривать дело может ограничиться лишь предупреждением (ст. 21 КоАО РУз.).

Виды административных взысканий и порядок их применения.

В соответствии с Кодексом Республики Узбекистан об административной ответственности за совершенные данные правонарушения могут быть применены следующие виды административных взысканий: штраф; возмездное изъятие или конфискация, предмета, явившегося орудием совершения или непосредственным предметом административного правонарушения; лишение специального права, предоставленного данному лицу; административный арест (ст. 23 КоАО РУз.).

За одно административное правонарушение может быть наложено основное либо основное и дополнительное взыскание. Следует отметить, что возмездное изъятие и конфискация

могут применяться как в качестве основных, так дополнительных административных взысканий (ст. 24 КоАО РУз.).

Наиболее часто за административные профессиональные правонарушения медицинских работников применяется административное взыскание в виде штрафа.

Штраф является денежным взысканием в доход государства и размер его определяется исходя минимальной месячной заработной платы, установленный на момент совершения правонарушения, а при длящемся правонарушении – на момент обнаружения. Размеры штрафа, налагаемых на граждан и должностных лиц отличаются. Так, минимальный размер штрафа, налагаемого на граждан, не может быть менее одной пятидесятой части, а на должностных лиц – не менее одной десятой части минимального размера заработной платы. Максимальный размер штрафа, налагаемого на граждан, не может превышать пяти, а на должностных лиц – десяти минимальных размеров заработной платы. Вместе с тем, в исключительных случаях за отдельные правонарушения законодательными актами может быть установлен штраф граждан – до ста, должностных лиц – до ста пятидесяти минимальных размеров заработной платы (ст. 25 КоАО РУз.).

Согласно законодательству органы государственной власти на местах полномочны принимать решения по вопросам охраны общественного порядка, если они не урегулированы Кодексом Республики Узбекистан об административной ответственности, а также по вопросам борьбы со стихийными бедствиями и эпидемиями (ст.6 КоАО РУз.). В данных случаях максимальный размер штрафа, устанавливаемого решениями органов государственной власти на местах не может превышать трех минимальных размеров заработной платы – на граждан, пяти - на должностных лиц (ст.25 КоАО РУз.).

Возмездное изъятие или конфискация, как виды взыскания, могут быть применены за административные правонарушения в сфере частной медицинской или фармацевтической

практики. Возмездное изъятие предмета, явившегося орудием совершения или непосредственно предметом административного правонарушения, состоит в его принудительном изъятии и последующей реализации. При этом вырученная сумма за вычетом расходов по реализации передается бывшему собственнику. Конфискация же подразумевает принудительное безвозмездное обращение данного предмета в собственность государства. Решения о конфискации принимаются судьями по административным делам районного (городского) суда, налоговыми и таможенными органами.

Законодательством предусмотрены определенные сроки применения административных взысканий (ст. 36 КоАО РУз.). Так, они могут быть применены не позднее двух месяцев со дня совершения административного правонарушения, а в случаях длящихся правонарушений – двух месяцев со дня их обнаружения. Вышеуказанные сроки не распространяются на случаи применения конфискации предметов таможенными органами.

Также отличаются сроки применения административных взысканий в случаях отказа в возбуждении уголовного дела или прекращения этого дела. В данных случаях административное взыскание может быть применено в месячный срок со дня принятия решения об отказе возбуждения уголовного дела или о его прекращении.

Органы (должностные лица), уполномоченные рассматривать дела об административных правонарушениях

В соответствии с законодательством дела об административных правонарушениях рассматриваются:

- судьей по административным делам районного (городского) суда;
- хозяйственными судами;
- административными комиссиями при органах самоуправления граждан поселков, кишлаков, аулов;
- районными (городскими) комиссиями по делам несовершеннолетних;

- органами (должностными лицами) внутренних дел, государственных инспекций и другими органами (должностными лицами), уполномоченными Кодексом Республики Узбекистан об административной ответственности.

К числу последних относятся органы государственного пожарного надзора, органы железнодорожного транспорта и метрополитена, органы воздушного и водного транспорта, органы пассажирского городского и междугородного транспорта и электротранспорта, правовые и технические инспектора труда, органы Министерства обороны, органы государственного санитарного надзора, медицинские службы Министерства обороны, Министерства внутренних дел и Службы национальной безопасности Республики Узбекистан, осуществляющие санитарный надзор, органы государственного ветеринарного надзора, орган по охране природы, таможенные органы, налоговые органы, органы Главного контрольно-ревизионного управления Министерства финансов Республики Узбекистан, органы стандартизации, метрологии и сертификации, органы статистики и другие

Порядок рассмотрения административного правонарушения

По результатам расследования административного правонарушения уполномоченным должностным лицом соответствующего органа, на который законодательством возложен контроль или надзор за соблюдением правил, нарушение которых влечет административную ответственность составляется протокол об административном правонарушении.

В данном протоколе должны быть указаны: дата и место его составления; должность, фамилия, имя, отчество лица составившего протокол; сведения о личности правонарушителя; место, время совершения и сущность административного правонарушения; нормативный акт, предусматривающий ответственность за данное правонарушение; фамилии, адреса свидетелей

и потерпевших, если они имеются; объяснения правонарушителя; иные сведения, необходимые для разрешения дела. Если в результате правонарушения был причинен материальный ущерб, об этом также указывается в протоколе.

Протокол подписывается составившим его лицом и лицом, совершившим правонарушение. При наличии свидетелей и потерпевших они также подписывают протокол. В случае отказа лица, совершившего правонарушение, от подписания протокола, в нем делается соответствующая запись об этом.

Лицо, совершившее правонарушение имеет право представить прилагаемые к протоколу объяснение и замечания по его составлению и содержанию, а также может изложить мотивы своего отказа от подписания

Особо следует отметить, что в соответствии с административным законодательством при составлении протокола обязательным является разъяснение правонарушителю его прав и обязанностей, как лица привлекаемого к административной ответственности, предусмотренные статьей 294 Кодекса Республики Узбекистан об административной ответственности. В частности, согласно законодательству лицо, привлекаемое к ответственности, имеет право знакомится с материалами дела, давать объяснения, представлять доказательства, заявлять ходатайства, при рассмотрении дела пользоваться юридической помощью адвоката, выступать на родном языке, пользоваться услугами переводчика, обжаловать постановление по делу.

Дела об административном правонарушении рассматриваются в присутствии лица, привлекаемого к административной ответственности. Если имеются данные о своевременном его извещении о месте и времени рассмотрения дела и от него не поступало ходатайство об отложении рассмотрения дела, дело может быть рассмотрено в отсутствие этого лица. Вместе с тем в ряде случаев присутствие лица, привлекаемого к административной ответственности, является обязательным. К ним относятся административные правонарушения, за совершение

которых предусмотрено применение административного ареста, конфискации или возмездного изъятия.

Среди лиц, участвующих в производстве по делу об административном правонарушении может быть потерпевший. Согласно административному законодательству потерпевшим признается лицо, которому в результате административного правонарушения причинен моральный, физический или имущественный вред. При рассмотрении дела об административном правонарушении потерпевший имеет такие же права, как и лицо, привлекаемое к административной ответственности.

В случае возникновения необходимости в специальных познаниях орган (должностное лицо), в производстве которого находится дело об административном правонарушении назначает экспертизу. Права и обязанности эксперта, процессуальный порядок производства экспертизы, требования к заключению эксперта такие же, как и при назначении и производстве экспертиз по уголовным и гражданским делам.

В деятельности медицинских работников могут иметь место различные административные правонарушения. Так, в Кодексе Республики Узбекистан об административной ответственности приведен ряд правонарушений, посягающих на права и свободы граждан, к числу которых относятся клевета (ст.40), оскорбление (ст.41), нарушения законодательства о государственном языке (ст.42), об обращениях граждан (ст.43), о труде (ст.49), административное принуждение к труду (ст.51). Следует отметить, что вышеуказанная группа административных правонарушений относительно более характерна для деятельности руководителей медицинских учреждений и их подразделений, нежели для медицинского персонала.

Ряд правонарушений в области охраны здоровья населения влекут за собой административную ответственность. Они приведены в главе VI Кодекса Республики Узбекистан об административной ответственности. К их числу относятся следующие проступки: причинение легкого телесного повреждения

(ст. 52), нарушение санитарного законодательства (ст. 53), нарушение правил борьбы с эпидемиями (ст.54), нарушение правил, норм, инструкций и других требований по радиационной безопасности (ст. 55), незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств или психотропных веществ в небольших размерах (ст. 56). Следует отметить, что в вышеуказанных случаях субъектами правонарушений, наряду с другими гражданами, могут быть медицинские работники.

Ряд правонарушений данной группы прямо или опосредованно связан с венерическими заболеваниями или СПИД. Так, сокрытие больным венерическим заболеванием или СПИДом источника заражения, а также лиц, имевших с ним контакт, создающее опасность заражения венерической болезнью или СПИДом квалифицируется как административное правонарушение (ст. 57). Также граждане могут быть привлечены к административной ответственности за уклонение от обследования, если в их отношении имеются достаточные данные о том, что они больны венерическими заболеваниями или СПИДом (ст. 58). Вместе с тем, в случае ненадлежащего обеспечения условий безопасности медицинского обследования на СПИД, а также проведения медицинских и косметических манипуляций, могущих повлечь заражение СПИДом, медицинские работники подлежат административной ответственности (ст. 59).

В главе X111 Кодекса Республики Узбекистан об административной ответственности указаны правонарушения в области торговли, предпринимательства и финансов, которые могут наблюдаться в деятельности учреждений частной системы здравоохранения. К ним относятся нарушения правил торговли и оказания услуг (ст. 164), порядка занятия предпринимательской деятельностью (ст. 176), договорной дисциплины (ст.176'). К данной административной ответственности может быть привлечен и медицинский персонал учреждений государственной и других систем здравоохранения за правонарушения, допущен-

ные при оказании платных услуг населению, выполнении работ на хоздоговорной основе.

Правонарушения, посягающие на установленный порядок управления и влекущие за собой административную ответственность приведены в главе ХУІ Кодекса Республики Узбекистан об административной ответственности. Некоторые из них встречаются и в деятельности органов и учреждений здравоохранения. Так, подлежит административной ответственности заведомо ложный вызов специализированных служб, в том числе скорой медицинской помощи (ст. 199), нарушение порядка представления государственной статистической отчетности (ст. 215). Если в первом случае субъектом правонарушения являются граждане, то во втором – должностные лица органа или учреждения здравоохранения.

Контрольные вопросы:

1. Задачи административного законодательства?
2. Понятие об административном правонарушении?
3. Чем отличаются административные проступки от преступлений?
4. Является ли административным правонарушением действие, совершенное в условиях крайней необходимости?
5. С какого возраста наступает административная ответственность?
6. Виды административных взысканий?
7. Какой порядок применения административных взысканий?
8. Какие административные взыскания чаще применяются при профессиональных правонарушениях медицинских работников?
9. Какие органы уполномочены рассматривать дела об административных правонарушениях?
10. Порядок рассмотрения административного правонарушения?
11. Какие требования предъявляются к протоколу об административном правонарушении?

12. Какие права имеет лицо, привлекаемое к административной ответственности?

13. В каких случаях при рассмотрении дел об административном правонарушении назначается экспертиза?

14. Перечислите административные правонарушения, посягающие на права и свободы граждан?

15. Административные правонарушения в области охраны здоровья населения?

16. Перечислите административные правонарушения, посягающие на установленные порядок управления?

Глава 8. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников

Понятие о гражданском праве

Гражданское право – система правовых норм, регулирующих имущественные и связанные с ними неимущественные отношения граждан и различных организаций. Гражданское законодательство состоит из Гражданского кодекса (ГК) и других нормативных актов.

Субъектами гражданских правовых отношений могут быть как физические лица (граждане Узбекистана, иностранные граждане, лица без гражданства), так и юридические лица (организации, учреждения, предприятия и др.), государственные и административно-территориальные образования, обладающие гражданской правосубъектностью.

Обязательными условиями правосубъектности являются правоспособность и дееспособность. Если правоспособность подразумевает способность субъекта иметь гражданские права и обязанности, т. е. социально-правовая возможность субъекта быть участником гражданских правоотношений, то дееспособность – способность субъекта своими действиями приобретать для себя права и создавать обязанности, а также самостоятельно нести ответственность за совершенные гражданские правонарушения.

Объектами гражданского права являются вещи, в том числе деньги ценные бумаги, другие предметы, имущества, включая имущественные права, работы, услуги, изобретения, промышленные образцы, произведения науки, литературы, искусства и иные результаты интеллектуальной деятельности, а также личные неимущественные права и другие материальные и нематериальные блага (ст. 81 ГК РУз.). Следует отметить, что честь, достоинство и деловая репутация также относятся к не-

имущественным права и граждане могут требовать их защиты через суд.

Конституция Республики Узбекистан гарантирует охрану личных прав и свобод граждан. В частности, к числу путей осуществления защиты гражданских прав наряду с другими относятся возмещение убытков, компенсация морального вреда (ст. 11 ГК РУз.).

Возмещение причиненного вреда

В случае причинение вреда правонарушитель несет ответственность в форме возмещения вреда при наличии предусмотренных законом обстоятельств. В гражданском праве различают деликтную и договорную ответственность. При профессиональных правонарушениях медицинских работников чаще наблюдается деликтная ответственность, так как договорные отношения между пациентами и лечебно-профилактическими учреждениями, в том числе негосударственной системы здравоохранения формируются крайне редко. При установлении противоправности действий лица применительно к деликтной ответственности исходят их общепринятых объективных критериев, а при договорной ответственности противоправность означает нарушение только требований, закрепленных в договоре. Следует подчеркнуть, что объем договорной ответственности не может быть меньше деликтной, наоборот, объем возмещения вреда может быть повышен в сравнении с общими правилами.

В гражданском законодательстве существует общий принцип деликта, согласно которому причинение вреда одним лицом другому само по себе является основанием для возникновения обязанности возмещения причиненного вреда. Таким образом, основанием деликтной ответственности является факт причинения вреда имуществу гражданина или юридического лица или неимущественным благам (Е. А. Суханов, 1996).

Согласно закону к личным неимущественным правам от-

носятся жизнь и здоровье, честь и достоинство личности, личная неприкосновенность, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, частная и семейная тайна и иные. Личные неимущественные права и другие нематериальные блага, принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона, не могут быть отчуждены и переданы другому лицу иным способом (ст.99 ГК РУз.).

Данная проблема является актуальной для деятельности медицинских работников и учреждений, что подтверждается ростом числа гражданских дел с исками о возмещении вреда, связанных с неблагоприятными исходами оказания медицинской помощи (Г. А. Пашинян и др., 2008). Тем более согласно законодательству привлечение к другим видам правовой (дисциплинарной, административной, уголовной) ответственности не освобождает от гражданско-правовой ответственности, т. е. от возмещения причиненного вреда. А.В. Тихомировым (2000) даже предложен специальный термин «ятрогенный деликт», обозначающий правонарушение, влекущее за собой возмещение вреда, причиненного врачом пациенту.

Гражданское право регламентирует презумпции вину причинителя вреда. В связи с этим потерпевший не обязан доказывать противоправность действий, вину причинителя вреда, который может быть освобожден от гражданско-правовой ответственности, лишь доказав противоположное. Например, пациент обвинил медицинского работника в причинении вреда вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, то он считается виновным, если не докажет правомерность своих действий, отсутствие вины.

Согласно статьи 14 ГК РУз. Лицо, право которого нарушено, вправе требовать полного возмещения причиненного ему убытков, если законом или договором не предусмотрено возмещение убытков в меньшем размере.

Наиболее универсальной формой гражданско-правовой ответственности, связанной с ненадлежащим оказанием ме-

дицинской помощи является возмещение убытков. Последние делятся на реальный ущерб и неполученные доходы. Реальный ущерб включает в себя различные расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести в дальнейшем для восстановления нарушенного права, утрата или повреждение его имущества..

Применительно к деятельности медицинских работников к реальному ущербу относятся расходы на лечение, дополнительное питание, санаторно-курортное лечение, приобретение лекарств и различных специальных средств и т.п. Вместе с тем, следует отметить, что суд обычно принимает решение о возмещении вышеуказанного ущерба, основываясь на результатах проведенной врачебно-трудовой, а в спорных случаях судебно-медицинской экспертизы

Неполученные доходы составляют утраченный заработок или иной доход, который пациент мог бы получить при обычных условиях (упущенная выгода).

Условия возникновения ответственности за причинение вреда

Обязательство и, соответственно, ответственность за причинение вреда возникает при наличии следующих условий:

- факт причинения вреда;
- противоправность поведения (действия или бездействия) лица, причинившего вред;
- причинная связь между противоправным поведением причинителя вреда и возникшим вредом;
- вина лица, причинившего вред.

Вина медицинского работника в причинении вреда здоровью может быть двух форм: в форме умысла (врач умышленно желает и допускает возникновение вреда) и в форме неосторожности (вред причиняется из-за небрежности, самонадеянности врача).

Медицинская помощь, не соответствующая существующим стандартам, условиям договора или обычно предъявляе-

мым требованиям, в частности с дефектами оказания медицинской помощи квалифицируется как ненадлежащая. Следует подчеркнуть, что в подобных случаях доказательство отсутствия вины в причинении вреда возлагается на лицо (медицинский работник, лечебно-профилактическое учреждение), допустивший недостаток.

Как правило только в трех случаях медицинский работник может быть признан невиновным:

1. В случае доказательства имевшего место чрезвычайного обстоятельства или непреодолимой силы (например, стихийные бедствия и т.п.).

2. Если вред причинен по просьбе пациента или с его согласия. Данное обстоятельство подчеркивает важность соблюдения требований получения информированного согласия пациента.

3. В случае доказательства грубой неосторожности, нарушения предписаний врача со стороны пациента (В. В. Чернобай, 2005).

В этих случаях особое значение приобретает состояние ведения медицинской документации - наличие оригинала, полноценные информативные записи, отсутствие исправлений и т.д.

Согласно ст. 985 ГК РУз. вред, причиненный неправомерными действиями (бездействием) личности или имуществу гражданина, а так вред, причиненный юридическому лицу, подлежит возмещению в полном объеме, включая упущенную выгоду, лицом, причинившим вред. Обязанность возмещения вреда может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда. В ряде случаев законодательством или договором может быть установлена выплата компенсации потерпевшим сверх возмещения вреда. Причинивший вред освобождается от ответственности, если докажет, что вред причинен не по его вине. Хотя законом может быть предусмотрено возмещение вреда и при отсутствии вины причинителя. В случае причинения вреда по просьбе или с согласия потерпевшего и действия

причинителя не нарушают нравственные принципы, в возмещении вреда может быть отказано.

Если по уголовному законодательству действия в состоянии крайней необходимости не подлежат ответственности, то в гражданском законодательстве они не являются поводом для освобождения от ответственности в виде возмещения вреда. Так, вред, причиненный в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, угрожающей самому причинителю вреда или другим лицам, даже если эта опасность при данных обстоятельствах не могла быть устранена другими путями, должен быть возмещен лицом, причинившим вред. При этом с учетом обстоятельств причинения вреда суд может возложить обязанность по его возмещению на третье лицо, в интересах которого действовал причинитель вреда, либо частично или полностью освободить их от возмещения вреда (ст.988 ГК РУз.).

В соответствии с ст. 989 ГК РУз. юридическое лицо и гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении им своих трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Применительно к медицинской деятельности учреждения различных систем здравоохранения несут гражданско-правовую ответственность за вред, причиненный их работниками в процессе исполнения служебных обязанностей.

В данном вопросе особое значение приобретает страхование гражданской ответственности, когда страховая компания возмещает причиненный вред. При недостаточности страховой суммы для полного возмещения вреда, юридическое лицо или гражданин, застраховавшие свою ответственность в порядке добровольного или обязательного страхования в пользу потерпевшего, возмещают разницу между страховой суммой и фактическим размером ущерба (ст.992 ГК РУз.).

Законодательство регламентирует право регресса к лицу, причинившему вред (ст.1001 ГК РУз.), что означает требование юридического лица (например, лечебно-профилактического уч-

реждения), возместившего вред, причиненный его сотрудником, вернуть выплаченную сумму в счет учреждения. Однако, на практике подобные случаи предъявления встречного иска от лечебно-профилактического учреждения к своему сотруднику (врачу, среднему медицинскому работнику) встречаются крайне редко.

На основании требований потерпевшего или лица, причинившего вред суд может увеличить и уменьшить размер возмещения если трудоспособность потерпевшего снизилась или напротив возросла по сравнению с той, которая была у него к моменту присуждения возмещения вреда (ст.1012 ГК РУз.).

В ГК РУз. отдельно освещены вопросы возмещения вреда вследствие недостатков товаров, работ, услуг, которые могут быть применены и для медицинской, фармацевтических сфер деятельности. Так, вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина или имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара (работы, услуги), а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге) подлежит возмещению продавцом или изготовителем (исполнителем) независимо от их вины и от того, состоял ли потерпевший с ними в договорных отношениях или нет (ст. 1017 ГК РУз.).

В данных случаях существуют определенные особенности возмещения вреда. Вред, причиненный вследствие недостатков товара, подлежит возмещению по выбору потерпевшего продавцом или изготовителем товара (например, лекарственных препаратов и других средств в фармацевтической деятельности, медицинской техники и изделий). Вред, причиненный вследствие недостатка работы (услуги), подлежит возмещению лицом выполнившим работы или оказавшим услуги (исполнителем) (например, медицинскую помощь можно рассматривать как оказание медицинской услуги). В таком же порядке возмещается вред, причиненный вследствие непредоставления полной и достоверной информации о товаре (работе, услуге) (ст. 1018 ГК РУз.).

Вместе с тем продавец или изготовитель товара, исполнитель работы (услуги) освобождается от ответственности, если докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил хранения или пользования товарами (результатами работы, услугами) (ст.1020 ГК РУз.).

Исковая давность по возмещению вреда

Понятие исковой давности подразумевает срок, в пределах которого лицо может защитить свое нарушенное право путем предъявления иска. Действительно, по истечении длительного срока теряется возможность правильного решения спорных вопросов. Согласно статьи 150 ГК РУз. общий срок исковой давности составляет три года.

Началом течения срока исковой давности считается день, когда лицо узнало или должно было узнать о нарушении своего права. По обязательствам с определенным сроком исполнения течение исковой давности начинается по окончании срока исполнения (ст. 154 ГК РУз.). Вместе с тем закон предусматривает ряд особых обстоятельств, связанных с сроком исковой давности.

Оказание медицинских услуг по договору

В последнее время практикуется оказание медицинских услуг на договорной основе, что чаще наблюдается в деятельности учреждений частной системы здравоохранения.

Согласно гражданскому законодательству договором признается соглашение двух или нескольких лиц (физических, юридических) об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей (ст. 353 ГК РУз.). Граждане и юридические лица свободны в заключении договора. Договора могут заключаться о выполнении как предусмотренных, так и не запрещенных законодательством действий. В целом, принуждение к заключению договора не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством (ст. 354

ГК РУз.). Таким образом, не только заключение договора, но и его содержание в виде прав и обязательств должно отражать свободное волеизъявление сторон.

Возмездным считается договор, по которому сторона должна получить плату или иное встречное предоставление за исполнение предусмотренных обязанностей. В противоположном случае договор признается безвозмездным (ст.355 ГК РУз.).

При оказании различных видов услуг, в том числе и медицинских, заключается договор возмездного оказания услуг, согласно которому исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), не имеющую вещественной формы, а заказчик обязуется оплатить эти услуги (ст.703 ГК РУз.).

Оплата оказанных услуг должна быть произведена в сроки и в порядке, указанные в договоре. Если оказание услуг стало невозможным не по вине исполнителя, а также не по заказчика и исполнителя (например, при возникновении случайных обстоятельств), заказчик обязан возместить исполнителю понесенные расходы за вычетом выгод, которые исполнитель приобрел или мог приобрести вследствие освобождения его от оказания услуги. Вместе с тем, в случае невозможности исполнения услуг по вине заказчика, он должен оплатить стоимость услуг в полном объеме, если иное не предусмотрено законодательством или заключенным договором (ст.705 ГК РУз.)

При неисполнении или ненадлежащем исполнении требований договора исполнитель обязан возместить заказчику причиненные убытки в полном объеме, но не свыше двукратного размера цены услуг, предусмотренных договором (ст.706 ГК РУз.).

Закон предусматривает определенные условия расторжения договора возмездного оказания услуг. Так, заказчик вправе требовать расторжения договора только при условии выплаты полностью установленной их цены, за исключением случаев,

когда расторжение договора обусловлено виной исполнителя.

Исполнитель также вправе требовать расторжения договора лишь при условии полного возмещения убытков, понесенных заказчиком в связи с расторжением договора, кроме случаев, когда это произошло по вине заказчика (ст. 707 ГК РУз.).

Возмещение морального вреда

В последние годы участились случаи предъявления исков о компенсации морального вреда на огромные суммы. Ряд исследователей гражданского права, особенно зарубежных стран считают данные требования безнравственными и рассматривают уплату денег в виде возмещения морального вреда « как моральное унижение». Поэтому в судах наблюдается отход от практики удовлетворения исков о возмещении морального вреда. Зачастую суды ограничиваются вынесением решения о возмещении символической суммы, свидетельствующей о порицании действий причинителя вреда (Е. А. Суханов).

Согласно законодательству моральный вред – физическое и нравственное страдание, причиненное действиями, посягающими на личные неимущественные права граждан или на принадлежащие им нематериальные блага. В основном, моральный вред компенсируется только при наличии вины причинителя. Тем ни менее предусмотрен ряд обстоятельств, составляющих исключение из данного правила (ст. 1021 ГК РУз.).

Моральный вред компенсируется в денежной форме. При определении размера компенсации суд учитывает характер причиненных физических и нравственных страданий, фактические обстоятельства причинения вреда, индивидуальные особенности потерпевшего, а также степень вины причинителя, когда вина является основанием компенсации. Размер компенсации должен быть определен с учетом требований разумности и справедливости. Следует подчеркнуть, что моральный вред компенсируется независимо от подлежащего возмещению материального вреда (ст. 1022 ГК РУз.).

В целом, любые неправомерные действия медицинских работников или учреждений в отношении пациентов могут рассматриваться как источник причинения морального вреда, так как в этих случаях допускается нарушение общепризнанных прав граждан и ухудшение их социального статуса. Таким образом, абсолютно все случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи, включая грубость, неуважительное отношение к пациенту, разглашение врачебной тайны, независимо от причинения материального вреда, могут быть основанием для иска о возмещении морального вреда.

Практика гражданского судопроизводства за последние годы свидетельствует о том, что в абсолютном большинстве случаев, связанных с деятельностью медицинских работников и учреждений, иски о возмещении причиненного морального ущерба подаются гражданами. Вместе с тем, медицинские работники и учреждения также обладают гражданской правосубъектностью, являются правоспособными и дееспособными и они имеют такие же права как все физические или юридические лица в вопросе защите материальных и нематериальных благ. К сожалению, случаи реализации данных прав со стороны медицинских работников и учреждений является казуистикой.

Помимо вопросов, связанных с возмещением материального и морального вреда, медицинские работники могут столкнуться еще с одной ситуацией из сферы гражданского права — необходимостью удостоверения завещания пациентов. Так, согласно статье 1126 Гражданского кодекса Республики Узбекистан завещания граждан, находящихся на излечении в больницах, госпиталях, других стационарных лечебных учреждениях или проживающих в домах престарелых и инвалидов, удостоверенные главными врачами, их заместителями по лечебной работе или дежурными врачами данных лечебных учреждений, а также начальниками госпиталей, директорами или главными врачами домов для престарелых и инвалидов приравниваются к нотариально удостоверенным завещаниям.

Закон Республики Узбекистан «О защите прав потребителей»

Закон был принят в 1996 году. Его требования также могут быть применены и для деятельности медицинских работников учреждений. Как ранее было отмечено, с точки зрения этого Закона если медицинский работник или учреждение рассматривается как исполнитель услуги, то есть медицинского вмешательства, то пациент – как потребитель данной услуги.

В соответствии со ст. 4 Закона потребители указано имеют право на получение достоверной информации об услуге и исполнителе, свободный выбор и надлежащее качество услуги, безопасность услуги, возмещение материальных убытков и морального вреда, причиненных услугой, а также неправомерными действиями исполнителя.

Ст.20 Закона регламентирует имущественную ответственность за вред, причиненный вследствие недостатков товара (работы, услуги). В частности, указано, что вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу потребителя вследствие конструктивных, производственных, рецептурных и иных недостатков товара (работы, услуги), а также применения материалов, оборудования, приборов, инструментов, приспособлений или иных средств, не обеспечивающих безопасность жизни, здоровья или имущества потребителя, подлежит возмещению продавцом (изготовителем, исполнителем). При этом потребитель вправе требовать возмещение независимо от того, состоял ли он в договорных отношениях с исполнителем (изготовителем, продавцом) или нет. Исполнитель (изготовитель, продавец) освобождается от ответственности, если докажет, что вред причинен вследствие непреодолимой силы или по вине потребителя.

Компенсация морального вреда, причиненного потребителю вследствие нарушения его прав производится причинителем вреда при наличии его вины и она осуществляется независимо от возмещения имущественного вреда и понесенных потребителем убытков. При этом размер компенсации морального вреда должен определяться судом (ст. 22).

Контрольные вопросы:

1. Понятие о гражданском праве.
2. Субъекты гражданского права и обязательные условия правосубъектности.
3. Перечислите объекты гражданского права.
4. Понятие деликтной ответственности.
5. Отличия деликтной и договорной ответственности.
6. При каких условиях возникает ответственность за возмещение вреда?
7. Особенности возмещения вреда при страховании гражданской ответственности.
8. Исковая давность при возмещении вреда.
9. Требования к заключению договора о возмездном оказании услуг и условия его расторжения.
10. Понятие морального вреда и условия его компенсации.
11. Какие требования предъявляются к деятельности медицинских работников и учреждений с позиций Закона Республики Узбекистан «О защите прав потребителей»?

Глава 9. Уголовная ответственность медицинских работников.

Наиболее серьезным видом профессиональных правонарушений медицинских работников является преступление. Деяние, квалифицируемое как преступление, характеризуется следующими признаками: общественная опасность, уголовная противоправность, виновность и наказуемость.

В соответствии с уголовным правом преступлением признается виновное общественно опасное деяние (действие или бездействие), запрещенное Уголовным кодексом под угрозой применения наказания. Общественно опасным признается деяние, которое причиняет или создает реальную угрозу причинения ущерба объектам, охраняемым данным Кодексом (статья 14 УК РУз.).

Таким образом, общественная опасность заключается в том, что данное деяние по своему характеру и последствиям причиняет или может причинить существенный вред как интересам общества в целом, так и интересам отдельных граждан.

Уголовная противоправность означает, что конкретное общественно опасное деяние признается преступным только в том случае, если оно квалифицируется в таком качестве законом.

Виновность подразумевает то, что общественно опасное деяние считается преступлением лишь тогда, когда оно совершено под контролем сознания и воли человека. Виновным признается лицо, совершившее деяние умышленно или по неосторожности (статья 20 УК РУз.).

Различают прямой и косвенный умысел. Преступление признается совершенным с прямым умыслом, если лицо, совершившее его, сознавало общественно опасный характер своего деяния, предвидело его общественно опасные последствия и желало их наступления. Если лицо, совершившее деяние, со-

знавало общественно опасный характер, предвидело его общественно опасные последствия и сознательно допускало их наступление, преступление признается совершенным с косвенным умыслом (статья 21 УК РУз.).

Следует отметить, что в целом для деятельности медицинских работников не характерны преступления, совершенные с прямым умыслом. Но вместе с тем, типичным примером такого преступления является преступный аборт, должностной подлог.

Неосторожным преступлением признается общественное опасное деяние, совершенное по самонадеянности или небрежности. Если лицо предвидело возможность наступления предусмотренных законом общественно опасных последствий своего поведения, сознательно не соблюдая меры предосторожности, безосновательно рассчитывало, что эти последствия не наступят, то данное деяние признается преступлением, совершенным по самонадеянности. Преступление признается совершенным по небрежности, если лицо, совершившее не предвидело возможные общественно опасные последствия своего поведения, хотя должно было и могло их предвидеть (статья 22 УК РУз.).

В абсолютном большинстве случаев медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности по преступлениям, совершенным по неосторожности. Например, ночью во время дежурства анестезиолог и хирург (без каких-либо объективных причин, без соответствующей предоперационной подготовки, при отсутствии ассистента и операционной медсестры) провели плановую операцию на брюшной полости, которая привела к серьезным последствиям. Данное деяние признается неосторожным преступлением, совершенным по самонадеянности.

Другой пример. При оказании медицинской помощи больному врач не обеспечил выполнение требований действующего стандарта диагностики и лечения. Развилось осложнение имеющегося заболевания, приведшее к смерти пациента. На пред-

варительном следствии установлено, что врач не был знаком с требованиями действующих стандартов, хотя должен был их знать. Это преступление считается совершенным по неосторожности, в частности, по небрежности.

Вместе с тем, имеется ряд обстоятельств, исключая преступность деяний. К ним относятся крайняя необходимость, оправданный профессиональный риск, имеющие место в деятельности медицинских работников.

Так, не является преступлением деяние, причинившее вред правам и охраняемым законом интересам, совершенное в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, угрожавшей личности или правам данного лица либо других граждан, интересам общества или государства, если опасность при этих обстоятельствах не могла быть устранена иными средствами и если причиненный вред является менее значительным, чем предотвращенный (статья 38 УК РУз.).

Например, вне лечебного учреждения для устранения угрозы для жизни при ларингоспазме врач был вынужден наложить трахеостому, используя подручные средства (перочинный нож, кусок полиэтиленовой трубки). Жизнь больного была спасена. Однако, позже развились гнойные осложнения, потребовавшие длительного лечения. Данное действие врача нельзя признать преступлением, так как оно было обусловлено крайней необходимостью.

Не является преступлением причинение вреда при оправданном профессиональном риске. Согласно уголовному праву риск признается оправданным, если совершенное действие соответствует современным научно-техническим знаниям и опыту, а поставленная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями и лицо, допустившее риск предприняло необходимые меры для предотвращения вреда правам и охраняемым законом интересам. При оправданном профессиональном риске ответственность за причиненный вред не наступает даже в том случае, если желаемый общественно полезный результат

не был достигнут. Риск не признается оправданным, если он заведомо был сопряжен с угрозой гибели людей, экологической катастрофой либо иными тяжкими последствиями (статья 41 УК РУз.).

В виде примера оправданного профессионального риска в деятельности медицинских работников можно привести следующий случай:

Вечером в приемное отделение сельской районной больницы доставлен больной с колото-резанным ранением органов грудной клетки с признаками наружного и внутреннего кровотечения. Установлено повреждение сердца. В операционной хирургического отделения отсутствуют необходимые специальные условия для проведения операции на сердце. Вместе с тем, больной не транспортабельный. Вызов кардиохирурга из областного центра по санитарной авиации бесполезен, больной может умереть до его приезда. Учитывая сложившуюся ситуацию дежурным хирургом принято решение провести операцию по ушиванию повреждения сердца. Данное решение сопряжено с определенным риском для жизни больного. Но в этом случае это единственное правильное решение для сохранения жизни больного и профессиональный риск в данной ситуации должен быть признан оправданным. Соответственно, действие врача не может быть квалифицировано преступлением.

Таким образом, именно установление вины медицинского работника представляет особую сложность для судебно-следственных органов, так как уголовная ответственность наступает лишь для лица, совершившего общественно опасное деяние умышленно или по неосторожности. Исходя из этого, под профессиональным преступлением медицинских работников понимается умышленное или по неосторожности совершенное медицинским работником нарушение своих профессиональных обязанностей, которое причинило или могло реально причинить существенный вред государственным интересам в области охраны здоровья, а также жизни и здоровью отдельных граждан (Ю.Д.Сергеев,1988).

Наказуемость означает, что в случае нарушения уголовного закона возникают уголовно-правовые отношения, в которых суд, установив факт виновного совершения запрещенных уголовным законодательством действий, применяет к нарушителю уголовное наказание. Наказание является особой формой государственного принуждения, назначаемая судом от имени государства к лицу, признанному виновным в совершении преступления.

Уголовной ответственности подлежат вменяемые физические лица, достигшие установленного Уголовным кодексом возраста. В большинстве случаев это лица, которым до совершения преступления исполнилось 16 лет (статья 17 УК РУз.). Вменяемость подразумевает способность лица понимать свои действия, отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Невменяемость имеет место при сочетании двух признаков: медицинского и юридического. Медицинский критерий характеризуется наличием у лица психической болезни, временного расстройства психической деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. Юридический критерий невменяемости выражается в неспособности лица отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Совокупность установленных законом признаков преступного деяния называется составом преступления, который состоит из следующих элементов:

а. объект преступления — это то, на что направлено преступное деяние, чему наносится вред. В профессиональных преступлениях медицинских работников объектом преступления как правило является жизнь и здоровье граждан.

б. объективная сторона преступления - внешняя форма проявления преступного деяния, его последствия, причинившие вред и причинная связь между деянием и наступившим результатом. Объективная сторона также включает место, время, способы и средства совершения преступления.

в. субъект преступления — это лицо, совершившее общественно опасное деяние. Субъектом уголовного права может

быть только физическое лицо. Субъектами преступлений медицинских работников чаще являются врачи, значительно реже - средний и младший персонал. Следует отметить, что должностные лица системы здравоохранения (например, руководители учреждений и их подразделений) могут быть также субъектами должностных преступлений.

г. субъективная сторона преступления заключается в психическом отношении лица к совершаемому деянию и его общественно опасным последствиям и она включает в себя вину, мотив преступления и цели его совершения. Вина подразумевает психическое отношение лица к совершенному деянию и его последствиям (умысел или неосторожность). Мотив - осознанное побуждение лица, вызвавшее у него намерение совершить преступление. Цель — это то, что желает достигнуть лицо, совершая общественно опасное деяние.

В деятельности медицинских работников могут наблюдаться различные общественно опасные деяния. В соответствии с Уголовным кодексом Республики Узбекистан их можно разделить на следующие группы:

1) Преступления против жизни и здоровья:

- Причинение смерти по неосторожности (статья 102);
- Причинение телесных повреждений различной степени тяжести (статьи 104,105,109,111);
- Распространение венерического заболевания или ВИЧ-инфекции/СПИД (статья 113);
- Преступный аборт (статья 114);
- Ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей (статья 116);
- Оставление в опасности (статья 117).

2) Преступления против семьи, молодежи и нравственности:

- Подмена ребенка (статья 124);
- Разглашение тайны усыновления (статья 125);
- Изыятие органов или тканей человека (статья 133).

3) Преступления в сфере хозяйственной деятельности:

- Нарушение правил торговли и оказания услуг (статья 189);
- Занятие деятельностью без лицензии (статья 190).

4) Преступления против порядка управления:

- Должностная халатность (статья 207);
- Должностной подлог (статья 209);
- Получение взятки (статья 210);
- Дача взятки (статья 211);
- Вымогательство вознаграждения (статья 214)

5) Экологические преступления:

- Нарушение норм и требований экологической безопасности (статья 193);
- Умышленное сокрытие или искажение сведений о загрязнении окружающей природной среды (статья 194);
- Загрязнение окружающей природной среды (статья 196).

6) Преступления против правосудия:

- Лжесвидетельство (статья 238);
- Разглашение данных дознания или предварительного следствия (статья 239);
- Уклонение участников уголовного процесса от исполнения возложенных обязанностей (статья 240);
- Несообщение о преступлении или его укрывательство (статья 241).

7) Преступления против общественной безопасности:

- Нарушение правил обращения с радиоактивными материалами (статья 253);
- Нарушение правил безопасности при осуществлении исследовательской деятельности (статья 256);
- Нарушение санитарного законодательства или правил борьбы с эпидемиями (статья 257');

8) Преступления, составляющие незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ:

- Нарушение правил производства или обращения с наркотическими средствами и психотропными веществами (статья 275).

Ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей.

Наиболее часто медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности за совершение данного преступления. Согласно статьи 116 УК РУз. подлежит уголовному наказанию невыполнение или ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей вследствие небрежного или недобросовестного отношения в нем, повлекшее средней тяжести или тяжкое телесное повреждение. Более серьезное наказание предусмотрено во второй части данной статьи за неоказание без уважительной причины помощи больному лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или специальными правилами, повлекшее средней тяжести или тяжкое повреждение. Если выше указанные деяния повлекли за собой по неосторожности смерть человека или человеческие жертвы и иные тяжкие последствия, то в этих случаях предусмотрено еще значительнее наказание.

Объектом данного преступления является жизнь и здоровье граждан. Обязательным условием квалификации деяния как преступление является причинение вреда здоровью в виде средней тяжести или тяжкого повреждения, а также смерти. Человеческие жертвы подразумевают смерть двух и более лиц, а иные тяжкие последствия — причинение тяжких повреждений двум и более лицам.

Субъектами данного деяния могут быть как медицинские, фармацевтические работники, так и представители других профессий, на которых возложена такая обязанность.

В соответствии со статьей 30 Закона Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» «медицинские и фармацевтические работники обязаны оказывать гражданам неотложную медицинскую помощь». Это означает то, что в случае необходимости данная помощь гражданам должна быть оказана вне зависимости места нахождения и времени, то есть она должна быть оказана и вне лечебного учреждения, и в нерабочее время.

В этой статье также указано, что «первичную неотложную доврачебную помощь на месте происшествия должны оказывать сотрудники милиции, работники пожарной охраны, аварийных служб, транспортных организаций, а также представители других профессий, на которых законодательством возложена такая обязанность». Следует отметить, что программа обучения представителей указанных профессий содержит вопросы оказания неотложной доврачебной помощи.

Небрежность и самонадеянность как формы неосторожности составляют субъективную сторону преступления. Таким образом, важным условием привлечения к уголовной ответственности является ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей без уважительных причин. К последним относятся объективные причины, препятствующие надлежащему выполнению возложенных обязанностей: болезнь самого медицинского работника, занятость лечением другого, не менее тяжело больного пациента, отсутствие необходимых лекарственных средств, инструментария, аппаратуры, транспорта, стихийные бедствия, угрожающие жизни самого медицинского работника.

Не могут считаться уважительными причинами выходные и праздничные дни, нерабочее время, нахождение в отпуске, ссылка на отсутствие специальных знаний, если речь идет об оказании неотложной помощи, личные неприязненные отношения с пациентом и другие.

В каждом конкретном случае решение вопроса уважительности причины является прерогативой суда.

По мнению И.Г.Вермеля (1988) для привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей даже при возникновении неблагоприятных последствий необходимы следующие три условия:

1. Действия медицинского работника в данном конкретном случае были объективно неправильными и противоречили

общепринятым и установленным официальными инструкциям, правилам, стандартам и т.п.

2. Медицинский работник в соответствии с профессиональной подготовкой и квалификацией должен был сознавать неправильность своих действий или бездействий, которые могли причинить вред здоровью. При этом совокупность знаний, практических навыков и умений медицинского работника давала реальную возможность в данных условиях принять правильное решение и его выполнить.

3. Действия или бездействия медицинского работника привели к наступлению серьезных неблагоприятных последствий, которые имеют прямую причинно-следственную связь с ними.

Эти же условия необходимы для наступления гражданской ответственности медицинских работников.

Преступный аборт.

Преступный аборт также является одним из часто наблюдаемых преступлений медицинских работников. В первой части статьи 114 УК РУз. предусмотрена уголовная ответственность за производство искусственного прерывания беременности (аборта) врачом — акушером-гинекологом вне лечебного учреждения или при наличии медицинских противопоказаний. Вторая часть данной статьи касается производства аборта лицом, не имеющим на это право.

Объектом данного преступления является жизнь и здоровье беременной женщины, субъектом преступления могут быть как врачи — акушеры-гинекологи, так и врачи других специальностей, средние медицинские работники, иногда лица без какого-либо медицинского образования. Субъективная сторона преступления выражается в умысле, то есть лицо производящее искусственное прерывание беременности, полностью сознает противозаконность вмешательства и предвидит, что в результате его действий беременность будет прервана, и желает на-

ступления подобного результата. В абсолютном большинстве случаев корыстное побуждение является мотивом данного преступления.

В нашей стране при определенных условиях и соблюдении соответствующих требований официально производство аборта разрешено. Так, по желанию женщин в специализированных учреждениях может быть проведено прерывание беременности сроком до 12-недель. Допускается прерывание беременности в более поздние сроки по социальным (до 22 недель) и медицинским показаниям (независимо от срока беременности). Перечень социальных показаний к искусственному прерыванию беременности определяется Кабинетом Министров Республики Узбекистан, а медицинских — Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. Они приведены в соответствующих нормативных документах.

Следует подчеркнуть, что данную операцию могут проводить только врачи — акушеры-гинекологи в специализированных учреждениях или подразделениях с соблюдением установленных требований. Следовательно не допускается производство аборта врачами других специальностей, тем более средними медицинскими работниками (например: медсестрами, акушерками) и лицами без медицинского образования. Также не допускается производство аборта в непрофильных медицинских подразделениях лечебно-профилактического учреждения, не говоря о производстве искусственного прерывания беременности вне медицинского учреждения.

В частности, медицинскими противопоказаниями к искусственному прерыванию беременности являются следующие:

1. срок беременности более 12-недель;
2. острые инфекционные заболевания;
3. острые и подострые воспалительные заболевания половых органов;
4. наличие гнойных очагов в организме независимо от места их локализации;
5. срок менее 6 месяцев после предшествовавшего аборта.

Другие обстоятельства, являющиеся с медицинской точки зрения противопоказаниями приводятся в соответствующих инструкциях по производству искусственного прерывания беременности.

При производстве аборта вне медицинского учреждения наличие или отсутствие вышеуказанных медицинских противопоказаний не принимается во внимание. Также следует отметить, что при привлечении к уголовной ответственности по статье 114 УК РУз. способ прерывания и срок прерванной беременности значения не имеют.

Если прерывание беременности повлекло за собой причинение тяжкого телесного повреждения, то данное преступление квалифицируется не по статье 114 УК РУз. «Преступный аборт», а по первой части статьи 104 УК РУз. «Умышленное тяжкое телесное повреждение», где наказание более серьезное.

Если прерывание беременности повлекло смерть беременной женщины или иные тяжкие последствия (потеря производительной способности, развитие психического заболевания), в этих случаях преступление должно квалифицироваться по третьей части статьи 114 УК РУз.

В случаях если сама беременная женщина производила искусственное прерывание беременности уголовная ответственность не предусмотрена.

Также исключается уголовная ответственность за искусственное прерывание беременности, проведенное в виду крайней необходимости с целью устранения угрозы для жизни беременной женщины, даже если данное вмешательство произведено вне медицинского учреждения или при наличии медицинских противопоказаний.

Распространение венерического заболевания или ВИЧ-инфекции/ СПИД.

Субъектом преступления, предусмотренного статьей 113 УК РУз. чаще являются больные венерическими заболеваниями

или ВИЧ-инфицированные (лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека), которые, заведомо зная о своей болезни, поставили в опасность заражения или заразили другого человека венерическим заболеванием или ВИЧ-инфекцией/СПИД. При этом вид венерического заболевания, его особенности, в том числе возможность лечения или их последствия не влияют на правовую квалификацию преступления.

Позже в 2010 году было внесено дополнение в данную статью, предусматривающее уголовную ответственность медицинских работников. В данном случае имеется в виду заражение другого лица ВИЧ-инфекцией/СПИД вследствие невыполнения или ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей. Таким образом, если объектом преступления, предусмотренного пятой частью статьи 113 УК РУз., являются пациенты, то субъектами в основном могут быть медицинские работники, в частности врачи и средний медицинский персонал. Сущность данной статьи, в том числе принятого дополнения, заключается в недопущении распространения ВИЧ-инфекции/СПИД.

Следует также подчеркнуть, что этому вопросу посвящен специально принятый в 1999 году Закон Республики Узбекистан «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». В нем отмечено, что сфера профилактики ВИЧ-инфекции/СПИД находится на государственном обеспечении (статья 4) и финансируется за счет средств государственного бюджета, целевых фондов, добровольных взносов юридических и физических лиц, иных источников финансирования в соответствии с законодательством (статья 5). В данном Законе отдельно приведены права и социальная защита лиц, заболевших ВИЧ-инфекцией/СПИД, и членов их семей (статья 9), вопросы гарантии прав ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом (статья 10).

Отдельная статья (11) Закона посвящена социальной защите медицинских работников, подвергающихся риску зараже-

ния вирусом иммунодефицита человека, при выполнении ими профессиональных обязанностей. Так, в частности, предусматривается предоставление этой категории медицинских работников определенных льгот.

Согласно Закону ВИЧ-инфицированные граждане Республики Узбекистан не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов, тканей и подлежат медицинскому наблюдению. В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории страны, они могут быть депортированы в порядке, установленном законодательством (статья 6).

Должностные преступления медицинских работников.

Должностные преступления направлены против порядка управления и применительно к деятельности медицинских работников к ним чаще относятся «Злоупотребление властью или должностными полномочиями» (статья 205), «Превышение власти или должностных полномочий» (статья 206), «Должностная халатность» (статья 207), «Должностной подлог» (статья 209), «Получение взятки» (статья 210).

Субъектом вышеуказанных преступлений могут быть только должностные лица. Согласно законодательству должностным признается лицо, занимающее определенную должность на предприятии, в учреждении, организации, независимо от форм собственности, связанное с выполнением административно-хозяйственных, организационных, распорядительных и контрольных функций. Из медицинских работников к данной категории относятся руководители органов, учреждений здравоохранения и их заместители, руководители структурных подразделений учреждений (заведующие отделами, отделениями, лабораториями, аптеками), а также главные (старшие) медсестры.

Врачи и средние медицинские работники при выполнении обычных профессиональных обязанностей, то есть при

осуществлении диагностической, лечебной, профилактической деятельности, не признаются должностными лицами и соответственно не могут быть субъектами должностных преступлений. Но вместе с тем, в ряде случаев их действия могут приобретать должностной характер и следовательно могут повлечь правовые последствия. К таковым относятся выдача листка временной нетрудоспособности, установление инвалидности, решения вопроса об аттестации, присвоения квалификационной категории, возможности воинской службы (освобождение или разрешение) и другие. Нарушения, допущенные в этих случаях, могут быть квалифицированы как должностные преступления.

Должностные преступления характеризуются следующими тремя признаками:

1. нарушение должностным лицом, возложенных на обязанности, связанных с занимаемой должностью;
2. возникновение последствий, представляющих общественную опасность;
3. наличие прямой причинной связи между правонарушением и наступившими последствиями.

Злоупотреблением властью или должностными полномочиями признается умышленное использование должностным лицом своих должностных полномочий, причинившее крупный ущерб либо существенный вред правам или охраняемым законом интересам граждан либо государственным и общественным интересам. Например: неправильная расстановка, прием на работу и увольнение кадров, необоснованное наказание или поощрение сотрудников со стороны руководителя учреждения; отказ от госпитализации при наличии четких показаний или преждевременная выписка неудобных больных заведующим отделением или дежурным врачом.

Если аналогичные последствия возникают вследствие умышленного совершения должностным лицом действий, выходящих за пределы его должностных полномочий, то данное действие расценивается как превышение власти или должност-

ных полномочий. При этом должностным лицом совершается действие, которое при конкретных обстоятельствах он не был вправе совершать. К примеру, главный врач больницы единолично решает вопрос, требующий коллегиального рассмотрения; семейный врач сразу выдает листок временной нетрудоспособности на 30 дней.

Невыполнение или ненадлежащее выполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие небрежного или недобросовестного к ним отношения, причинившее крупный ущерб либо существенный вред правам или охраняемым законом интересам граждан, государства, общества, повлекшие причинение гражданам средней тяжести или тяжкого телесного повреждения, смерть человека, незаконный провоз через государственную или таможенную границу Республики Узбекистан наркотических средств или психотропных веществ в крупных размерах, квалифицируется как должностная халатность. Например: грубые нарушения санитарно-эпидемиологического режима со стороны медицинского персонала привели к распространению внутрибольничной инфекции с тяжкими последствиями; нарушение техники безопасности в физиотерапевтическом отделении привело к смерти пациента в результате электротравмы; отсутствие возможности рентгенологического исследования из-за неисправности оборудования или отсутствия специалиста явилось причиной недиагностирования повреждений костей черепа. В этих случаях руководители лечебно-профилактических учреждений или их подразделений, ответственные за надлежащую организацию лечебно-диагностического процесса могут быть привлечены к уголовной ответственности за должностную халатность.

Внесение должностным лицом из корыстной или иной заинтересованности заведомо ложных сведений и записей в официальные документы, подделка или составление и выдача заведомо ложных документов, повлекшие существенный вред правам или охраняемым законом интересам граждан, государ-

ства, общества расценивается как должностной подлог. Более серьезное наказание предусмотрено за совершение аналогичных действий повторно или в интересах организованной группы. Например: выдача заведомо ложного документа для освобождения от воинской службы ли наоборот; ведение истории болезни негоспитализированного больного; с целью занижения степени тяжести повреждений врач не указал в истории болезни имеющиеся переломы ребер. В большинстве случаев данные правонарушения сочетаются с другими преступлениями, в частности, с получением взятки.

Получением взятки считается заведомое незаконное принятие должностным лицом лично или через посредника материальных ценностей либо извлечение имущественной выгоды за выполнение или невыполнение в интересах дающего взятку определенного действия, которое должностное лицо должно было или могло совершить с использованием своего служебного положения. Отягчающими обстоятельствами являются совершение деяния по предварительному сговору группой должностных лиц, в интересах организованной группы, путем вымогательства, ответственным должностным лицом, а также получение взятки в крупном размере.

К категории преступлений против порядка управления входит также «вымогательство вознаграждения» (статья 214), которое не является должностным преступлением. Требование предоставления материального вознаграждения или имущественной выгоды служащим, не являющимся должностным лицом государственного органа, предприятия, учреждения, организации, независимо от формы собственности, общественного объединения, органа самоуправления граждан за выполнение определенной работы или оказание услуги, входящих в круг служебных обязанностей такого работника, а равно умышленное оставление гражданина в условиях, при которых он вынужден предоставить такое вознаграждение для предотвращения нарушения прав и охраняемых законом интересов квалифици-

руется как вымогательство вознаграждения. Субъектом данного преступления фактически могут быть все медицинские работники — врачи, средний и младший медицинский персонал.

Большинство должностных преступлений медицинских работников имеет прямой умысел за исключением халатности, которая обычно совершается по неосторожности.

Преступления против правосудия.

Из медицинских работников чаще субъектом этих преступлений могут быть судебно-медицинские и судебно-психиатрические эксперты, а также представители других специальностей, привлеченные в качестве судебного эксперта к производству судебной экспертизы. Применительно к их деятельности из данной группы правонарушений могут наблюдаться деяния, квалифицируемые как «Лжесвидетельство» (статья 238), «Разглашение данных дознания или предварительного следствия» (статья 239), «Уклонение участников уголовного процесса от исполнения возложенных обязанностей» (статья 240).

Согласно Уголовному кодексу Республики Узбекистан лжесвидетельством квалифицируется заведомо ложное показание свидетеля, потерпевшего или заведомо ложное заключение эксперта, а равно заведомо неправильный перевод с одного языка на другой при производстве дознания, предварительного следствия или в суде. Также лжесвидетельством считается подкуп свидетеля, потерпевшего к даче ложных показаний или эксперта к даче ложного заключения, или переводчика к ложному переводу при производстве дознания, предварительного следствия либо при рассмотрении дела в суде, а равно принуждение к лжесвидетельству посредством психического или физического воздействия на них либо их близких родственников.

Разглашение данных дознания или предварительного следствия без разрешения дознавателя, следователя или прокурора также расценивается как преступления.

Отказ или уклонение от дачи показаний свидетеля или потерпевшего либо эксперта от дачи заключения при производ-

стве дознания, предварительного следствия или в суде квалифицируется как преступление. Но вместе с тем, не подлежит ответственности отказ или уклонение от дачи свидетельских показаний близких родственников подозреваемого, обвиняемого или подсудимого.

Следует отметить, что выше указанные виды ответственности приведены в статье 16 «Обязанности судебного эксперта» Закона Республики Узбекистан «О судебной экспертизе», в статье 68 «Права и обязанности эксперта» Уголовно-процессуального кодекса Республики Узбекистан. Согласно статьи 14 «Обязанности руководителя государственного судебно-экспертного учреждения или иной организации в области судебно-экспертной деятельности» Закона Республики Узбекистан «О судебной экспертизе» руководитель обязан предупредить судебного эксперта о выше отмеченных видах уголовной ответственности, взять у него соответствующую подписку и направить ее вместе с заключением в орган (лицу), назначивший судебную экспертизу.

В деятельности медицинских работников могут наблюдаться правонарушения, квалифицируемые по статье 241 УК РУз. «Несообщение о преступлении или его укрывательство», которое подразумевает несообщение о достоверно известном готовящемся или совершенном тяжком или особо тяжком преступлении, а также заранее не обещанное укрывательство подобных преступлений. Следовательно, при обращении за медицинской помощью граждан в таких случаях медицинские работники обязаны сообщить об этом в правоохранительные органы. Целесообразно зафиксировать данное сообщение (кому, когда, каким способом передано) в соответствующих официальных медицинских документах.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите признаки деяний, признаваемых преступлениями.
2. Что означает прямой и косвенный умысел?
3. Что означают преступления, совершенные по неосторожности?
4. Являются ли преступлением деяния, совершенные по крайней необходимости?
5. Признается ли преступлением действие, причинившее вред при оправданном профессиональном риске?
6. Что подразумевает понятие вменяемость?
7. Назовите элементы состава преступления.
8. Что означает ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей?
9. Субъективная сторона ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.
10. Перечислите условия привлечения медицинских работников к ответственности за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей.
11. В каких случаях произведенный аборт признается преступным?
12. Кто является субъектом преступного аборта?
13. Субъективная сторона преступного аборта?
14. В каких случаях медицинские работники могут привлечены к уголовной ответственности за заражение ВИЧ-инфекцией / СПИД?
15. Перечислите должностные преступления медицинских работников.
16. Какие действия квалифицируются как злоупотребление властью или должностными полномочиями?
17. Что означает превышение власти или должностных полномочий?
18. Что подразумевается под должностной халатностью?
19. Что означает должностной подлог?
20. Перечислите преступления против правосудия?

Глава 10. Судебно-медицинская экспертиза в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников.

При расследовании и судебном рассмотрении профессиональных правонарушений в сфере охраны здоровья граждан возникает ряд вопросов, требующий специальных медицинских познаний и навыков. Согласно законодательству в подобных случаях обязательно назначается комиссия судебная экспертиза. Порядок назначения и проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы, оценки заключения экспертной комиссии регламентирован Законом «О судебной экспертизе», Уголовно-процессуальным и Гражданским процессуальным кодексами Республики Узбекистан. Также существуют специальные ведомственные правила производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

Основаниями для производства комиссионной судебно-медицинской экспертизы являются постановление дознавателя, следователя, прокурора, определение суда. В констатирующей части постановления или определения кратко излагаются обстоятельства дела, являющиеся основанием для назначения данной судебной экспертизы. Далее должно быть указаны вид назначаемой экспертизы, кому поручается ее исполнение. В постановляющей части приводятся вопросы подлежащие разрешению экспертной комиссией. Формулировка вопросов, поставленных перед экспертной комиссией, должна быть четкой, ясной и соответствующей задачам судебной экспертизы. Они не должны выходить за пределы компетенции судебно-медицинской экспертной комиссии.

В распоряжении экспертной комиссии предоставляются материалы дела, документы, в том числе медицинские, и другие объекты, необходимые для проведения исследования и дачи за-

1

ключения. Они указываются в постановлении (определении) о назначении судебной экспертизы.

Экспертная комиссия должна пользоваться достоверными медицинскими документами (истории болезни, амбулаторные карты и другие) в подлинниках. В исключительных случаях допускается использование копий медицинских документов, заверенных руководителями медицинских учреждений и скрепленных печатью. По отдельным выпискам, справкам производство комиссионной судебно-медицинской экспертизы не допускается.

В делах о привлечении к правовой ответственности медицинских работников в распоряжение экспертной должны быть предоставлены материалы ранее проведенных ведомственных и вневедомственных служебных проверок, характеристики на привлекаемых к ответственности медицинских работников с указанием данных о степени подготовки, опыте работы и квалификации по специальности. В случаях с летальным исходом также необходимы заключение судебно-медицинской экспертизы или протокол патологоанатомического исследования трупа, результаты дополнительных лабораторных (гистологического, судебно-химического и других) исследований. При этом по предложению экспертной комиссии недостающие материалы, документы могут быть затребованы руководителем судебно-экспертного учреждения от органа (лица), назначившего судебную экспертизу.

Если экспертная комиссия убеждается, что поставленные вопросы не могут быть разрешены на основе их специальных знаний или представленные объекты исследования непригодны или недостаточны для дачи заключения и не могут быть восполнены, либо состояние науки и судебно-экспертной практики не позволяет ответить на поставленные вопросы, согласно действующему законодательству экспертная комиссия составляет мотивированный акт о невозможности дачи заключения, который направляется в орган (лицу), назначившему судебную экспертизу.

Комиссионные судебно-медицинские экспертизы проводятся только в бюро судебно-медицинской экспертизы, исполнение данного вида судебной экспертизы в районном, городском и межрайонном отделениях действующими правилами не допускается. Экспертная комиссия должна состоять не менее, чем из трех человек. Помимо государственных судебно-медицинских экспертов, являющихся штатными сотрудниками бюро судебно-медицинской экспертизы, исходя из обстоятельств дела по мере необходимости в состав экспертной комиссии могут быть включены различные специалисты клинического профиля.

Орган (лицо), назначивший экспертизу, вправе определить состав экспертной комиссии по своему усмотрению или вводить состав экспертной комиссии отдельных специалистов. Вместе с тем, если в постановлении (определении) о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы состав экспертной комиссии не указан, то по согласованию с органом (лицом), назначившим экспертизу он определяется руководителем судебно-экспертного учреждения из числа работников данной организации, обладающих соответствующими специальными знаниями. Руководитель судебно-экспертного учреждения имеет право ходатайствовать перед органом (лицом), лицом назначившим экспертизу, о включении в состав экспертной комиссии специалистов других учреждений, если их специальные знания необходимы для решения поставленных перед судебной экспертизой задач. В то же время в состав экспертной комиссии не могут быть включены руководители, специалисты лечебного учреждения или его подразделений, в котором произошло разбираемое происшествие. Также членами экспертной комиссии не могут быть лица, в какой-либо степени заинтересованные в исходе дела. Отвод членов экспертной комиссии разрешается в установленном законом порядке только органом (лицом), назначившим экспертизу.

В составе экспертной комиссии различают ведущего эксперта, докладчика до делу и других членов комиссии. Ведущим

экспертом обычно является руководитель судебно-экспертного учреждения или руководитель соответствующего экспертного подразделения. Он обеспечивает надлежащую организацию и координацию деятельности экспертной комиссии. В обязанности докладчика по делу входят: составление плана исполнения экспертизы, поддержание постоянного контакта с лицом, назначившим экспертизу, подготовка материалов к заседанию комиссии, своевременно знакомить членов экспертной комиссии с материалами дела, составление проекта выводов, контроль оформления заключения экспертной комиссии.

Следует подчеркнуть, что все члены экспертной комиссии, включая ведущего эксперта и докладчика по делу, имеют равные процессуальные права, обязанности и ответственность. Таким образом, никто, в том числе и ведущий эксперт, не имеет никаких преимуществ при производстве комиссионной судебно-медицинской экспертизы, в частности при разрешении вопросов по существу.

В соответствии с законодательством экспертная комиссия имеет право знакомиться с разрешения органа (лица), назначившего судебную экспертизу, с материалами уголовных, гражданских дел, имеющими значение для производства данной судебной экспертизы. Экспертная комиссия также вправе требовать от органа (лица), назначившего судебную экспертизу, допроса медицинских работников, привлекаемых к ответственности за профессиональные правонарушения, для дачи разъяснений в присутствии экспертной комиссии.

Согласно действующим правилам все медицинские учреждения должны оказывать полное содействие работе экспертных комиссий (участие специалистов медицинских учреждений в составе экспертной комиссии, проведение консультаций, различных лабораторных исследований и т.д.). Иногда возникает необходимость обследования в стационарных условиях, и в этих случаях по предложению экспертной комиссии на основании направления органа (лица), назначившего судебную экс-

пертизу, лицо может быть помещено в соответствующий стационар. Результаты стационарного обследования дополнительно предоставляются экспертной комиссии органом (лицом), назначившим судебную экспертизу.

Комиссионная судебно-медицинская экспертиза оформляется в виде заключения по утвержденной форме, которое состоит из трех частей: введения, исследовательской части и выводов.

Во **введении** заключения указываются:

- число, месяц, год производства экспертизы;
- место производства экспертизы;
- основание для производства экспертизы;
- состав экспертной комиссии с указанием должности, ученой степени, звания, стажа работы и квалификационной категории по специальности;
- дело, по которому производится комиссия судебно-медицинская экспертиза;
- цель экспертизы и вопросы, поставленные на разрешение экспертизы;
- материалы, документы и другие объекты, представленные в распоряжение экспертной комиссии.

Исследовательская часть представляет собой краткое изложение сущности дела, отражая факты, имеющие значение для решения задач экспертизы, то есть она должна содержать все необходимые данные для суждения и обоснования заключения экспертной комиссии.

В данной части заключения следует приводить:

- повод для возбуждения дела (например, жалоба потерпевшего, его родственников или обвиняемого);
- выдержки из протокола осмотра места происшествия или обнаружения трупа;
- данные из представленных медицинских документов (история болезни, амбулаторная карта и другие документы с указанием его номера, лечебного учреждения и его подразделе-

ния) с обязательным описанием жалоб, объективного состояния больного в день обращения за медицинской помощью, дальнейшей динамики изменений состояния больного, проведенного лечения (консервативного, оперативного), консультаций и консилиумов специалистов, результатов параклинических исследований и т.д.;

- выдержки из заключений экспертизы трупа, в том числе выводы заключения;

- выдержки из протоколов патологоанатомического исследования трупа, в том числе патологоанатомический диагноз, клинико-анатомический эпикриз;

- данные дополнительных лабораторных (гистологических, токсикологических и других) исследований;

- выдержки из протоколов клинико-анатомических и клинических конференций;

- сведения из характеристики привлекаемых к ответственности медицинских работников;

- данные из материалов ведомственных и вневедомственных проверок;

- данные из протоколов допросов, объяснительных записок обвиняемого, потерпевшего, свидетелей.

Все выше указанные выдержки, данные из документов должны быть приведены со ссылкой на листы представленного в распоряжение экспертной комиссии дела.

Выводы заключения экспертной комиссии содержат ответы на поставленные перед экспертизой вопросы и они должны исходить и соответствовать данным исследовательской части заключения. Выводы экспертной комиссии должны быть объективными, научно-обоснованными. Изложение положений в выводах должно быть ясным, четким, исключаящее разночтение или разнотолкование. В их основе должны быть положены имеющиеся в представленных материалах медицинские и другие объективные данные. Не допускается составление неполных, абстрактных выводов, основанных только на субъектив-

ных данных, предположениях, а также выводов, содержащих противоречия.

В случае недостаточности представленных объектов исследования, материалов или специальных знаний судебных экспертов, выявленных в ходе исследования, экспертной комиссией должно быть приведено обоснование отказа ответить на некоторые вопросы. Вместе с тем, в выводах заключения экспертная комиссия вправе по своей инициативе отразить и другие обстоятельства, имеющие значение для дела, хотя по которым вопросы не были поставлены.

Придя общему мнению при анализе полученных результатов, экспертная комиссия составляет и подписывает совместное заключение. В случае возникновения разногласий между членами экспертной комиссии каждый из них дает отдельно заключение по всем или по некоторым вопросам, вызвавшим разногласия.

В заключении экспертной комиссии могут быть указаны причины правонарушения и условия, способствовавшие его возникновению, а также рекомендации по их устранению и упреждению.

Материалы, иллюстрирующие заключение и его результаты, прилагаются к данному заключению и служат его составной частью. Материалы, документирующие ход, условия и результаты исследования, хранятся в судебно-экспертном учреждении в установленные законодательством сроки.

По завершению судебной экспертизы заключение экспертной комиссии, материалы дела, объекты исследования направляются в орган (лицу), назначившему судебной экспертизы. Не допускается выдача заключения экспертной комиссии участникам процесса без официального разрешения органа (лица), назначившего судебную экспертизу.

В Уголовно-процессуальном кодексе приведены права подозреваемого, обвиняемого, подсудимого при назначении и производстве судебной экспертизы (статья 179). Так, выше указанные лица имеют следующие права:

- требовать разъяснения своих прав по вопросу назначения, проведения и судебной экспертизы;
- знакомиться с постановлением или определением о назначении судебной экспертизы до ее начала проведения;
- заявлять отвод судебному (ым) эксперту (ам) или ходатайствовать о назначении эксперта из числа указанных им лиц;
- поставить перед судебной экспертизой дополнительные вопросы, представить дополнительные материалы;
- с разрешения органа (лица), назначившего судебную экспертизу присутствовать при ее производстве;
- знакомиться с заключением судебной экспертизы и заявлять ходатайства о назначении и производстве дополнительной или повторной судебной экспертизы.

При производстве комиссионной судебно-медицинской экспертизы, связанной с оценкой оказанной медицинской помощи, данными правами обладают привлекаемые к ответственности медицинские работники.

Присутствие участников процесса при производстве судебной экспертизы может быть разрешено органом (лицом), назначившим ее, в установленном законом порядке. При этом присутствующие при производстве судебной экспертизы участники процесса не должны вмешиваться в ход исследований, но могут требовать от экспертной комиссии разъяснения сущности применяемых методов исследования и полученных результатов, а также давать соответствующие пояснения. Не допускается присутствие участников процесса на стадии совещания экспертной комиссии и формулирования выводов.

В случаях недостаточной ясности заключения экспертной комиссии, необходимости внесения уточнений или восполнения имеющихся пробелов, не требующих проведения дополнительных исследований, члены экспертной комиссии могут быть допрошены дознавателем, следователем или судом. Следует подчеркнуть, что допрос может быть проведен только по данному заключению. Соответственно, не допускается допрос

членов экспертной комиссии до дачи ими заключения судебной экспертизы.

Согласно статьи 187 УПК РУз. заключение экспертной комиссии оценивается органом (лицом), назначившим судебную экспертизу, в совокупности с другими доказательствами по делу с точки зрения научной обоснованности и соблюдения установленных процессуальных норм. При этом заключение судебной экспертизы не имеет какую-либо приоритетную доказательную силу для дознавателя, следователя, суда. Несогласие с заключением судебной экспертизы должно быть соответствующим образом мотивировано лицом, производящим дознание, следствие или судом.

Иногда по одному делу могут быть проведены две и более комиссионных судебно-медицинских экспертиз, где мнения экспертных комиссий в оценке оказанной медицинской помощи расходятся. В этих случаях дознаватель, следователь или суд должен обосновать свое согласие с заключением одной экспертной комиссии и несогласие с заключением другой комиссии.

Контрольные вопросы:

1. Нормативные документы, регламентирующие производство комиссионной судебно-медицинской экспертизы?
2. Что является основанием для назначения комиссионной судебно-медицинской экспертизы?
3. Какие требования предъявляются к вопросам перед комиссионной судебно-медицинской экспертизой?
4. Какие материалы предоставляются при производстве комиссионной судебно-медицинской экспертизы в случаях привлечения к ответственности медицинских работников?
5. Когда составляется акт о невозможности дачи заключения?
6. Как формируется состав экспертной комиссии?
7. Права и обязанности членов экспертной комиссии?
8. Из каких частей состоит заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы?

9. Требования к выводам заключения комиссионной судебно-медицинской экспертизы?

10. Какие права имеет подозреваемый, обвиняемый и подсудимый при назначении и проведении комиссионной судебно-медицинской экспертизы?

11. В каких случаях проводится допрос членов экспертной комиссии?

12. Кем и как оценивается заключение экспертной комиссии?

Глава 11. Дефекты медицинской помощи

Основная задача комиссионной судебно-медицинской экспертизы в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников заключается в оценке качества оказанной пациенту медицинской помощи.

Целесообразно привести определения некоторых общепринятых понятий в соответствии с действующим законодательством:

пациент — лицо, обратившееся за медицинской помощью, получающее ее и связанные с ней услуги, независимо от наличия или отсутствия у него заболевания;

качество медицинской помощи — совокупность свойств, характеризующих медицинские технологии и результаты их применения, соответствие медицинской помощи современному уровню медицинской науки, стандартам качества медицинской помощи;

медицинские стандарты — упорядочение последовательности лечебно-диагностических мероприятий, их объем и характер, отражающие достижения науки и практики в сочетании с оценкой эффективности медицинской деятельности;

В последние годы уделяется особое внимание вопросам стандартизации при оказании медицинской помощи. Стандарты необходимы для определения объема и характера оказываемой пациенту медицинской помощи. Они крайне важны при решении вопросов правомерности, обоснованности, полноты и своевременности оказанной медицинской помощи в процессе производства комиссионной судебно-медицинской экспертизы, связанных с профессиональными правонарушениями медицинских работников.

Стандартизация в системе здравоохранения должна основываться на международных принципах управления качеством

лечения. Она позволяет добиться преемственности на разных оказания медицинской помощи, устраняя методологические разногласия и несогласованность действий медицинских работников. Между тем стандарты не должны настраивать врачей на механическое следование их указаниям. В каждом конкретном случае оказания медицинской помощи врач должен подходит творчески, допуская возможность внесения дополнений и изменений в общепринятые стандарты на основе принципов доказательной медицины (П.Р.Менликулов, .А.Асадов, 2005).

Термин «доказательная медицина» или «медицина, основанная на доказательствах» впервые был предложен в начале 90-х годов прошлого века группой канадских ученых из Университета Мак Мастер. Несмотря на множество определений, появившихся в последующем, наиболее распространенным является определение, данное в 1996 г. D. Sackett: «Доказательная медицина — это добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного». Это означает поиск, сравнение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах больного. Доказательная медицина предполагает объединение индивидуального клинического опыта врача с наилучшими и независимыми клиническими из систематизированных исследований. Внедрение принципов доказательной медицины в систему здравоохранения обеспечит оптимизацию качества медицинской помощи как с позиции безопасности, эффективности, так , что немаловажно, и стоимости (Д.А.Асадов, 2004).

Разработка и внедрение современных руководств по клинической практике, основанных на принципах доказательной медицины, является важным условием повышения качества медицинской помощи. В 2002 г. ВОЗ была подготовлена методология разработки клинических руководств. В этом же году была образована Международная сеть разработчиков клинических руководств — Guidelines International Network (GIN), основной

целью которой является повышение качества медицинской помощи посредством создания программ по разработке клинических руководств и их внедрению в практику на основе международного сотрудничества.

Дефект медицинской помощи (ДМП) не является юридическим понятием и в широком смысле означает невыполнение или ненадлежащее выполнение требований общепринятых, установленных правил, инструкций, руководств, положений, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу. С позиций уголовного права к ДМП относятся недостатки в оказании медицинской помощи, повлекшие за собой причинно связанные с ними неблагоприятные последствия.

Для объективной оценки действий медицинских работников важное значение имеет унифицированный методический комплексный подход. В этом плане особое значение приобретает использование классификации ДМП, предусматривающей, в частности, определение сущности дефекта медицинской помощи, причины его возникновения, а также степени его влияния на исход болезни или травмы (табл.1).

Такой подход необходим не только в процессе производства комиссионных экспертиз по оценке действий медицинских работников, но и при проведении ведомственных и вневедомственных проверок комиссиями лечебно-профилактических учреждений, органов здравоохранения, профессиональных ассоциаций, страховых компаний и т.п. Вышеизложенное обеспечит последовательность и преемственность в работе различных комиссий по оценке упущений медицинских работников в оказании медицинской помощи и устранил несоответствия, противоречия в результатах их деятельности.

В случаях выявления дефектов медицинской помощи прежде всего необходимо выяснить их сущность, т. е. характер, содержание допущенных недостатков. По данному признаку можно выделить четыре группы дефектов: дефекты диагностики, дефекты лечения, дефекты профилактики и другие дефекты.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А. Специальность	Б. Характер ДМП	В. Причины ДМП	Г. Где получен ДМП	Д. Влияние ДМП на исход
01 - врач общей практики 02 - акушер-гинеколог 03 - хирург 04 - нейрохирург 05 - травматолог 06 - педиатр 07 - терапевт 08 - реаниматолог 09 - невропатолог 10 - ЛОР 11 - окулист 12 - уролог 13 - нефрологист 14 - проктолог 15 - стоматолог 16 - кожнодерматолог 17 - физиотерапевт 18 - рентгенолог 19 - врач скорой мед. помощи 20 - онколог 21 - ВТЭК 22 - эндокринолог 23 - токсиколог 24 - психиатр 25 - комбустиолог 26 - патологоанатом 27 - гематолог 28 - нарколог 29 - врач функциональной диагностики 30-профпатолог 31-специалист по ВИЧ-инфекции 32 - средний мед. персонал	Дефекты диагностики 01 - нераспознавание основного заболевания (травма) 02 - нераспознавание осложнения основного заболевания (травмы) 03 - нераспознавание важное сопутствующее заболевание 04 - поздняя диагностика 05 - прочие Дефекты лечения 06 - поздняя госпитализация 07 - дефекты хирургического лечения 08 оплошкы при назначении и проведении медицинских процедур 09 - нерациональное ведение родов 10 - неправильное применение лекарственных средств 11 - прочие Дефекты профилактики 12 - нарушения установленных санитарных норм, правил 13 - недостатка иммунопрофилактики 14 - прочие Другие 15 - нарушение правил транспортировки 16 - недостатка диспансерного наблюдения 17 - недостатка ведения медицинской документации 18 - прочие	Субъективные причины 01 - невнимательное отношение к пациенту 02 - недостаточная квалификация медицинского персонала 03 - прочие Дефекты организации 04 - недостатка в организации лечебно-диагностического процесса, отсутствие ответственности 05 - отсутствие необходимых средств диагностики 06 - отсутствие необходимых средств лечения 1. Объективные причины 07 - позднее обращение за медицинской помощью 08 - тяжелое течение болезни 09 - объективные трудности при оказании мед. помощи	2. Догоспитальный этап 01 - сельский врачебный пункт 02 - районная, городская поликлиника 03 - поликлинические отделения стационарных учреждений 04-областные центры 05-общественные медицинские диагностики 06 - скорая мед. помощь 06 - лазареты при военных частях 3. Госпитальный этап 07 - ПРФ, (в том числе родильные отделения), 08 - городская больница (в том числе родильные отделения); 09 - областные многопрофильные медицинские центры, диспансеры. 10 - клиническая больница, 11 - подразделения ГНЦЭМП; 12 - медико-санитарная часть, 13 - военный госпиталь, Другие 14-учреждения 15-санитарно-курортные лечебные учреждения, 16 - дом ребенка, 17 - стационар на дому, 18 - приемная комиссия, 19 - ВТЭК 20 - прочие	01 - удлинение срока лечения 02 - наступление инвалидности 03 - отказ существовавшее влияние на исход и способствовал наступлению смерти. 04 - летальный исход 05 - не оказал влияния на исход 06 - прочие

К первой группе — дефектам диагностики относятся нераспознанное основное заболевание (травма), нераспознанное осложнение основного заболевания (травмы), нераспознанное важное сопутствующее заболевание; поздняя диагностика, и прочие недостатки диагностики.

Дефекты лечения могут проявляться в виде поздней госпитализации, недостатков хирургического лечения, ошибок при назначении и проведении медицинских процедур, нерационального ведения родов, неправильного применения лекарственных средств и прочих недостатков в лечении.

Дефекты профилактики могут быть в виде нарушений установленных санитарных норм, правил, недостатков иммунопрофилактики и прочих дефектов профилактики.

К четвертой группе — другим дефектам лечения относятся нарушения правил транспортировки, недостатки диспансерного наблюдения, недостатки ведения медицинской документации и прочие упущения.

По месту допущения ДМП можно выделить три группы: догоспитальный этап, госпитальный этап и другие.

К учреждениям догоспитального этапа относятся сельские врачебные пункты, районные, городские поликлиники, областные центры медицинской диагностики, поликлинические отделения различных стационарных учреждений, скорая медицинская помощь и лазареты при воинских частях.

Среди учреждений госпитального этапа различают: центральные районные и городские больницы (в том числе родильные отделения); областные многопрофильные центры, больницы, диспансеры; клинические больницы; подразделения экстренной медицинской помощи; медико-санитарные части; военные госпитали.

К третьей группе относятся санаторно-курортные учреждения, дома ребенка, стационар на дому, служба переливания крови, ВТЭК, учреждения негосударственной системы здравоохранения.

Для юридической квалификации недостатков в деятельности медицинских работников особое значение имеет установление причины возникновения ДМП. Тем более согласно действующему законодательству, в частности УПК Республики Узбекистан, Закону Республики Узбекистан «О судебной экспертизе», в заключении могут быть указаны причины правонарушения и условия, способствовавшие его совершению, а также рекомендации по их устранению. Таким образом, установление причин возникновения ДМП является важным условием не только объективной правовой оценки допущенных недостатков, но и разработки целенаправленных эффективных мер по упреждению подобных случаев.

Причины ДМП — различные обстоятельства, обуславливающие их возникновение. Их условно можно разделить на три группы: субъективные причины; организационные причины; объективные причины.

К субъективным причинам относятся невнимательное отношение к пациенту, недостаточная квалификация медицинского работника и прочие. Последние, как правило, заключаются в противоправных действиях совершенных умышленно или по неосторожности.

Среди организационных причин следует различать отсутствие необходимых средств диагностики и лечения, недостатки в организации лечебно-диагностического процесса, отсутствие преемственности.

Объективными причинами возникновения ДМП могут быть позднее обращение за медицинской помощью, атипичное течение заболевания (травмы), а также иные объективные трудности при оказании медицинской помощи (в частности, тяжесть состояния пациента, кратковременность пребывания в лечебном учреждении и т.п.).

В правовой оценке ДМП, особенно с позиции уголовного права, определяющим фактором является вызванное допущенным недостатком последствие. По этой причине особое вни-

мание уделяется влиянию ДМП на исход. По степени влияния ДМП могут обусловить удлинение сроков лечения, наступление инвалидности, оказать существенное влияние и способствовать наступлению смерти, привести к летальному исходу. Вместе с тем дефект может не оказать какое-либо влияние на исход относительно отдельно взятого пациента. При этом важным является установление наличия и характера причинной связи между действием (бездействием) врача и наступившим исходом. Следует отметить, что только лишь установление прямой причинной связи является основанием для привлечения врача к ответственности.

Иногда страх перед риском возможного неблагоприятных исходов и связанных с ними различных негативных последствий обуславливает проведение минимума медицинских вмешательств. Данная тактика получила название как «оборонительная позиция врача». В зарубежной литературе она именуется как «оборонительная медицина» (defensive medicine) (W.F.May,1994). Выявление и доказательство «защитной позиции» медицинских работников в процессе комиссионной судебно-медицинской экспертизы представляет большую трудность и требует тщательный анализ не только медицинских документов, но и других материалов дела, содержащих сведения о субъективной стороне правонарушения.

Наиболее часто «оборонительная позиция врача» выражается в следующем:

- отказ от оперативного вмешательства;
 - выбор менее сложного вида оперативного вмешательства;
 - затягивание подготовки к операции;
 - немотивированный отказ от выполнении сложных инвазивных методов диагностики;
 - организация необоснованных консультаций, консилиумов;
 - назначение необоснованного обследования;
 - направление больного в другое лечебное учреждение и т.п.
- (Ю.Д.Сергеев, С.В.Ерофеев,2001).

Следует отметить, что «оборонительная позиция врача», как правило, противоречит интересам больных и наносит вред их здоровью.

Анализ ДМП требует определенную последовательность, в связи с чем предлагается следующий алгоритм оценки действий медицинских работников:

1. Формирование экспертного мнения о имеющемся у пациента патологическом процессе.

2. Оценка реально совершенных врачом действий по критериям обусловленности, обоснованности, своевременности, технического исполнения и полноты.

3. Установление наличия и характера причинно-следственной связи между действием (бездействием) медицинского работника и наступившим неблагоприятным исходом.

На первом этапе изучается характер имеющегося патологического процесса с позиций этиологии, патогенеза, частоты встречаемости, давности возникновения, темпа развития, тяжести течения.

На втором этапе оценивается действие (бездействие) медицинского работника по различным позициям.

Обусловленность подразумевает условия, в которых оказывалась медицинская помощь. Различают формальные и фактические условия. «Формальные» условия устанавливаются нормативно-правовыми актами, ведомственными инструкциями, указаниями, приказами и т.п. «Фактическими» считаются условия оказания медицинской помощи в конкретном случае, имевшиеся в распоряжении медицинского работника.

Оценка с позиции обоснованности означает изучение оснований для действий медицинских работников. Таковыми могут быть жалобы пациента, клинические проявления патологии, знания о закономерностях развития выявленной патологии и ее осложнениях, возможных последствиях планируемого или проведенного вмешательства.

Действия медицинских работников могут своевременны-

ми и несвоевременными. С учетом темпа развития и тяжести течения патологического процесса своевременные действия могут быть разделены на неотложные, срочные, плановые. Критерий своевременности может быть применен и к предупредительным действиям.

Оценка действий по критерию техники исполнения требует от экспертов знаний технических приемов конкретного медицинского вмешательства.

Оценка полноты действий сопоставлением объема реально совершенного действия с объемом того действия, которое должно и могло быть совершено в тот или иной отрезок времени. Данная оценка должна проводиться с учетом фактических условий оказания медицинской помощи.

Таким образом, надлежащими (т.е. правильными) можно признать только те действия, которые исполнены в соответствии с фактическими условиями, обоснованно, своевременно, в полном объеме и технически безупречно.

На последнем этапе изучается степень влияния ДМП на исход, т.е. в целом на жизнь и здоровье пациента, в частности на течение патологического процесса. С данной точки зрения могут быть следующие варианты:

1. Патологический процесс развивался закономерно. ДМП не оказал какого-либо значимого влияния, не привел к возникновению новой патологии. В данном случае вред здоровью пациента обусловлен закономерным развитием имевшегося патологического процесса и, соответственно, допущенные медицинскими работниками недостатки не состоят в причинной связи наступившим исходом.

Пример: Из-за невнимательности врачом допущены недостатки ведения медицинской документации (истории болезни), что не оказало какого-либо влияния на течение патологического процесса и его исход.

2. ДМП не вызвал возникновение нового патологического процесса, но усугубил тяжесть и ускорил течение имевшегося

патологического процесса, т.е. явился способствующим фактором в наступлении неблагоприятного исхода. В этом случае ДМП имеет непрямую (опосредованную) причинную связь с наступившим исходом.

Пример: При дорожно-транспортном происшествии больному причинена сочетанная множественная травма головы, грудной клетки и живота с переломами костей свода и основания черепа, ушибом головного мозга тяжелой степени, с множественными двухсторонними переломами ребер, разрывами легких, печени и селезенки, с внутренним кровоизлиянием. Несмотря на оказанную медицинскую помощь в лечебном учреждении, через несколько часов больной скончался. При вскрытии трупа клинический диагноз в целом был подтвержден. Но вместе с тем, также были установлены обширные разрывы брыжейки тонкого кишечника, которые не были диагностированы врачом. Данный дефект диагностики не имеет прямую причинную связь с наступлением смерти. Однако он оказал существенное влияние и способствовал наступлению неблагоприятного исхода.

3. ДМП обусловил развитие нового патологического процесса, взаимодействие которого с имевшимся может быть различным:

а. Основной патологический процесс не оказал влияния на возникновение и течение новой патологии, которая привела к неблагоприятному последствию, т.е. дефект состоит в прямой причинной связи с исходом.

Пример: При операции по поводу экстирпации матки ошибочно был перевязан левый мочеточник. Данный дефект хирургического лечения был выявлен через несколько недель, позже из-за развившегося гидронефроза левая почка была удалена. В данном случае ДМП является прямой причиной наступившего исхода - инвалидности.

б. Основной патологический процесс имел ведущее значение в наступлении исхода, но вместе с тем он оказал влияние на

возникновение и течение новой патологии. В данном варианте можно лишь утверждать о наличии не прямой причинной связи между дефектом и наступившим неблагоприятным исходом.

Пример: *В клинику доставлен больной с проникающим ранением живота с повреждениями кишечника. Имеются начальные проявления перитонита. Произведена лапаротомия по поводу ушивания повреждений кишечника, санации брюшной полости. В послеоперационной периоде клиника перитонита нарастает. При релапаротомии - проявления разлитого гнойного перитонита, в брюшной полости обнаружена марлевая салфетка, оставленная во время первой операции. Данный дефект лечения имеет не прямую связь с исходом, так как основным в развитии перитонита повреждение кишечника.*

в. возникшая в результате ДМП новая патология усугубила течение имевшего патологического процесса и имела ведущее значение в наступлении неблагоприятного исхода. В этом случае ДМП имеет прямую причинную связь с исходом.

Пример: *Больному с постгеморрагической анемией по имеющим строгим показаниям производится гемотрансфузия. Из-за неправильного определения группы крови пациента вследствие недостаточной квалификации врача развивается посттрансфузионное осложнение с летальным исходом. В данном случае ДМП имеет прямую причинную связь с неблагоприятным исходом, т.е. обусловил наступление смерти.*

Резюмируя вышеизложенное, следует подчеркнуть, что комплексный анализ недостатков оказания медицинской помощи с верификацией сущности ДМП, причин их возникновения, места допущения, а также степени их влияния на наступивший неблагоприятный исход как в процессе производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз, так и ведомственных, вневедомственных служебных проверок имеет важное значение не только для объективной правовой оценки деятельности медицинских работников, но и разработки целенаправленных эффективных мер, направленных на улучшение качества и совершенствование медицинского обслуживания населения.

Контрольные вопросы:

1. Что является основной задачей комиссионной судебно-медицинской экспертизы в случаях привлечения медицинских работников к ответственности?

2. Значение стандартов качества оказания медицинской помощи.

3. Сущность доказательной медицины.

4. Что означает понятие дефект медицинской помощи?

5. Какие группы ДМП различают по их сущности?

6. Перечислите три группы причин возникновения ДМП.

7. Возможные виды влияния ДМП на исход заболевания (травмы).

8. Что означает понятие «оборонительная позиция врача»?

9. Приведите алгоритм оценки действий медицинских работников в процессе проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы.

10. Сущность оценки действий медицинских работников с позиции обусловленности, обоснованности, своевременности, техники исполнения, полноты.

Рекомендуемая литература:

Акопов В.И. - Медицинское право в вопросах и ответах. М., изд-во «Приор», 2000.

Алимов Х. Р.- Маъмурий ҳуқуқ. Т., ЎзР ИИВ Академияси, 1995.

Алимов Х.Р., Соловьева Л.И. и др.- Административное право Республики Узбекистан. –Т.: Адолат, 1998.

Бегичев Б. К. – Трудовое право, М., Юрид. Литер, 1985.

Глушков В.А.- Ответственность за преступления в области здравоохранения. Киев, Вища школа, 1987.

Иванюшкин А.Я. - Профессиональная этика в медицине. М., Мед., 1990,

Козлов Ю.М.-Административное право. М.: Юристъ, 2003.

Мухамедова З.М. - Введение в биоэтику, Ташкент, 2004.

Попов В.Л., Попова Н.П.- Правовые основы медицинской деятельности. Спб., изд-во «Деан», 1999.

Рустамбаев М.Х Жинойт ҳуқуқи (Махсус қисм). Т., Ўқитувчи, 2003.

Рустамбоев М.Х. Жинойт ҳуқуқи (Умумий қисм). - Т., ИЛМ ЗИҲО, 2005.

Самигжонов Ф. Р., Ҳакимов Ғ.Т. – Маъмурий ҳуқуқ. Т., ТДҮОИ,2008.

Сергеев Ю.Д. - Профессия врача.Юридические основы.. Киев, Вища школа,1988.

Сергеев Ю.Д.,Ерофеев С.В.- Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. Москва-Иваново, 2001.

Сергеев Ю.Д., Мохов А.А.- Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М., изд.группаа

«ГЭОТАР-Медиа», 2007.

Суханов Е. А.- Гражданское право, 1-2 том, М., 1998.

Трудовое право. Под ред. О. В. Смирнова. М., «Проспект», 1998.

Турсунов Й – Трудовое право Республики Узбекистан. Т., ТГЮИ, 2005.

Хамедов И.-Административное право. –Т.: УМЭД, 2004.

Хожиев Э., Хожиев Т. – Маъмурий ҳуқуқ. Т., ТДЮИ, 2006.

Оглавление:

Введение	3
<i>Глава 1.</i> Цель, задачи и предмет медицинского права.....	5
<i>Глава 2.</i> Основы законодательства в сфере охраны здоровья населения.....	9
<i>Глава 3.</i> Формирование системы здравоохранения Республики Узбекистан.....	21
<i>Глава 4.</i> Проблемы биоэтики.....	35
<i>Глава 5.</i> Профессиональные правонарушения медицинских работников.....	66
<i>Глава 6.</i> Трудовое законодательство и деятельность медицинских работников.....	77
<i>Глава 7.</i> Административная ответственность медицинских работников.....	91
<i>Глава 8.</i> Гражданско-правовая ответственность медицинских работников.....	102
<i>Глава 9.</i> Уголовная ответственность медицинских работников.....	115
<i>Глава 10.</i> Судебно-медицинская экспертиза в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников.....	135
<i>Глава 11.</i> Дефекты медицинской помощи.....	145
Рекомендуемая литература	157

Гиясов Зайнитдин Асамутдинович

**ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА**

ООО «ТАФАККУР-ВО‘СТОНІ»
100190. г. Ташкент, Юнусабад 9-13.

Тел: 199-84-09, e-mail: tafakkur0880@mail.ru

Лицензия № АІ-190. от 10.05.2011

Ответственная за выпуск *М. Сапаров*
Художественный редактор *А. Мамасолиев*
Технический редактор *У. Вахидов*
Компьютерная верстка *Й. Уринов*

Подписано в печать 20.07.2012. Формат 60x84^{1/16}.
Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Усл.печ.л. 10. Тираж 200.
Заказ № 15. Цена договорная.

Отпечатано в типографии ООО «Tafakkur-Bo‘stoni»
г. Ташкент, ул. Чиланзар 1.