

Составители: Заведующий кафедрой Д.М.Н, Профессор А.И. Искандаров,
Д.М.Н. Профессор Кулдошев Д.Р.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой Судебной медицины и Медицинского права Ташкентской
медицинской Академии Д.М.Н., Профессор З.А. Гиясов

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

1. Предисловие

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

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

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

В связи с этим основной целью обучения правовой медицины является передача будущим врачам теоретических знаний и практических навыков по нормативно-правовой стороне медицинской деятельности.

Одной из основных задач данного предмета является обучение студентов существующим законодательствам по здравоохранению нашей Республики.

Основопологающим в этом законодательстве является конституция и Закон РУз. «Об охране здоровья граждан».

По ходу занятия студенты должны полностью ознакомиться со всеми разделами закона «Об охране здоровья граждан», с Конституцией РУз., с вопросами, касающимися профессиональных правонарушений медицинских работников, ответственности их при оформлении медицинской документации, материалами уголовных дел при различных правонарушениях в медицинской деятельности.

Все приведенные данные при изучении данного предмета помогают студентам точно и четко ориентироваться в их правовой ответственности во врачебной деятельности, в частности, предупреждают о профессиональных правонарушениях.

ЦЕЛИ: Основной целью обучения предмету «Правовые основы врачебной деятельности» является освоение студентами теоретических знаний и практических навыков в области медицинского права, юридических норм в деятельности врача.

ЗАДАЧИ: В задачи обучения предмету «правовые основы врачебной деятельности» врача общего профиля входит изучить основы законодательства об охране здоровья граждан, усвоить особенности различных правовых взаимоотношений в медицинской деятельности, ознакомить студентов с различными видами (дисциплинарными, гражданскими, административными) наказаниями, научить дифференцировать сущность преступных деяний и проступков медицинских работников.

Требования к знаниям, умениям и навыкам

В результате изучения цикла по правовым основам врачебной деятельности **студенты должны знать:**

- основы законодательства системы здравоохранения в Республике Узбекистан;

- права и обязанности медицинских работников и их пациентов;
- нормы гражданского, административного, уголовного права, касающиеся деятельности врача;
- основные принципы охраны здоровья граждан;
- особенности расследований в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников;
- определение и понятие «Врачебная этика», «Врачебная диентология».
- лечебно-диагностическое, научно-практическое, воспитательное и юридическое значение медицинских документов.
- трудовой и административный кодекс Республики Узбекистан.
- виды административных взысканий.

После окончания занятий по правовым основам врачебной деятельности студенты **должны уметь:**

- использование Конституции и Закона об охране здоровья граждан Р.Уз. при изучении права граждан вообще и права больных;
- анализировать медицинские документы;
- на основании самостоятельного изучения истории болезни конкретно выявить недостатка в записях о механических повреждениях и разработать вопросы юридического характера.
- самостоятельно изучив Трудового и Административного Кодекса РУз иметь полное представление о трудовых и административных законодательствах

Студент должен овладеть следующими практическими навыками:

- участвовать в служебном расследовании конфликтных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- участвовать в качестве специалиста или врача-эксперта при производстве экспертиз трупов, живых лиц, а так же комиссионных экспертиз, в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников.
- самостоятельно анализировать заключения комиссионных экспертиз в случаях врачебных правонарушений;
- овладеть навыками осмотра трупа на месте его обнаружения и уметь самостоятельно проводить осмотр трупа и выявления, сбора вещественных доказательств;

Перечень учебных дисциплин и их разделов, необходимых для изучения данной учебной дисциплины.

Для глубокого изучения «правовых основ врачебной деятельности» и овладения необходимыми навыками необходимы базисные знания со всеми клиническими дисциплинами, патологической анатомией и судебной медициной, а так же с логикой и юридическими дисциплинами (гражданское, трудовое, административное и уголовное право).

Обязательный минимум требований к количеству выполняемых заданий по практическим занятиям.

Задание №1. Знание основ законодательства в области здравоохранения, правовых взаимоотношений в деятельности врача.

Задание №2. Выработать навыки анализа по:

А) гражданскому законодательству.

Б) трудовому законодательству.

В) административному законодательству.

Г) уголовному и уголовно-процессуальному законодательству.

Задание №3. Анализировать недостатки в оказании медицинской помощи с дифференциацией их сущности и причин возникновения.

Задание №4. Знать особенности участия специалиста при различных видах экспертиз.

Задание №5. Знание особенности проведения экспертиз при профессиональных правонарушениях медицинских работников.

Задание №6. Анализировать статьи УК, затрагивающие вопросы ответственности медицинских работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья и причинения вреда.

Задание №7. Знать, в каких случаях в соответствии с УПК обязательно назначается судебно-медицинская экспертиза.

Количество контрольных мероприятий для оценки знаний студентов.

Текущий и итоговый контроль знаний студентов оценивается по 100 бальной рейтинговой системе.

Контроль успеваемости проводится:

- ТК-
1. Оценка знаний теоретического материала по данной теме.
 2. Оценка тестового задания, решения ситуационной задачи.
 3. Оценка выполнения домашнего задания.
 4. Оценка освоения практических навыков.

ИК.- 1. Письменно – ответы на тестовые вопросы.

2. Устно - ответы на контрольные вопросы по билетам.

Текущий и итоговый контроль знаний студентов оценивается по 100 бальной рейтинговой системе.

Компьютерные, информационные и другие современные технологии обучения

В процессе обучения используются;

1. Компьютер.
2. Электронные версии и мультимедийный учебный материал;
3. Раздаточный материал;
4. Аудио и видео аппаратура (видеокассета с материалами по темам).
5. Ситуационные задачи ;
6. Ролевые игры и интерактивные занятия на практических занятиях в аудитории;
7. Тестовые задания.

2. СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА:

№	№ темы лекционного материала	Название темы лекционного материала	№ издания. Ссылка на дополнительную литературу	Колич. часов
1.	1.	«Основы законодательства в сфере здравоохранения».	Литература № 1, 4, 5, 6, 7	1
2.	2.	«Ответственность медицинских работников за профессиональные правонарушения».	Литература № 1, 2, 5, 11, 12	2
3.	3.	«Медицинская	Литература № 1, 2, 3	1

		документация и её юридическое значение».		
4.	4.	«Правовые основы судебно-медицинской экспертизы».	Литература № 1, 2, 3, 5, 11, 12	1
5.	5.	«Трудовой и административный Кодекс Республики Узбекистан.»	Литература № 7, 8, 9, 10, 13	1
		ВСЕГО:		6

Лекция № 1.

Тема: «Основы законодательства в сфере здравоохранения».

Цели: Дать сведения о предмете правовой медицины и чётко указать основные цели обучения и задачи этого предмета. Довести до сознания студентов значение изучения основ медицинского законодательства..

Задачи: Ознакомить с «Законом Республики Узбекистан об охране здоровья граждан» и всеми его разделами, а также с основными разделами законодательства, задачами и принципами «Охраны здоровья граждан», правами больных и медицинских работников.

План лекции:

1. Основы законодательства в сфере здравоохранения.
2. Предмет и содержание правовой медицины.
3. «Закон Республики Узбекистан об охране здоровья граждан» и его разделы.
4. Основные задачи и принципы законодательства.
5. Характеристика каждому разделу закона.

Студент будет знать:

1. Законы Республики Узбекистан об охране здоровья граждан .
2. Предмет и определение «Правовая медицина».
3. Основы законодательства системы Здравоохранения в Республике Узбекистан.
4. Права и Обязанности медицинских работников и их пациентов.
5. Основные принципы охраны здоровья граждан.
6. Основные разделы «Закона Республики Узбекистан об охране здоровья граждан».
7. Основные статьи Конституции Республики Узбекистан касающиеся деятельности медицинских работников.

Краткое содержание лекции

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

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

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

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

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

- обеспечение гарантированных государством прав, касающихся здоровья граждан;
- формирование здорового образа жизни граждан;
- юридическое упорядочивание сферы охраны здоровья граждан в организациях, в государственных органах, на предприятиях.

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

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

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

В законе приведены основные принципы охраны здоровья граждан:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Граждане имеют право получать экстренную медицинскую помощь во всех лечебно-профилактических учреждениях. Работники медицинской и фармацевтической служб обязаны оказывать экстренную медицинскую помощь гражданам. При отказе от оказания экстренной медицинской помощи, а также при нанесении вреда здоровью они несут ответственность перед законом. При опасном для жизни состоянии граждан медицинские работники имеют право отвезти их в лечебно-профилактические учреждения, пользуясь любыми транспортными средствами.

В четвёртом разделе закона освещены задачи различных видов медицинской экспертизы: экспертизы на временную нетрудоспособность, медико-правовой, военно-

медицинской, судебно-медицинской и судебно-психиатрической.

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

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

Здесь надо остановиться на 3 задачах:

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

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

В заключительной части Закона «Заключительные правила» приведены понятия о клятве врачей и врачебной тайне. Почему-то в тексте клятвы на русском языке принят во внимание только врач, а другие медицинские работники остались в стороне. Разглашать врачебную тайну без разрешения граждан или их законных представителей можно в следующих ситуациях:

С целью обследования и лечения граждан, которые находятся в тяжёлом состоянии и не могут выразить свою волю.

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

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

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

Оснащение лекции: Таблицы по основным разделам закона об охране здоровья граждан.

Конституция Республики Узбекистан. Таблицы и плакаты с иллюстрациями статей Конституции Республики Узбекистан касающиеся деятельности медицинских работников.

Тематика самостоятельной работы: Права и обязанности медицинских работников. Основные вопросы Государственной программы реформирования системы Здравоохранения и их разделы. Основные принципы охраны здоровья граждан. Правовые основы оказания медицинской помощи.

Контрольные вопросы:

1. В каком разделе закона приведены основные задачи и принципы законодательства?
2. Что подразумевается под законом о правовой защите здоровья граждан?

3. Какие вопросы относятся к правам больных?
4. В каком разделе закона предусмотрены права и обязанности медицинских работников?
5. Какой вопрос предусмотрен в 4 разделе закона?

Лекция № 2.

Тема: «Ответственность медицинских работников за профессиональные правонарушения».

Цели: Довести до сознания студентов понятие о медицинской деонтологии. Дать полное представление о профессиональных правонарушениях в медицинской деятельности.

Задачи: Ознакомить студентов с классификацией и подробно изложить материалы по вопросу об умышленных преступлениях, преступлений по неосторожности, врачебной ошибке и несчастных случаях в деятельности врача. По ходу лекции особо отметить об уголовной ответственности за профессиональные правонарушения и те статьи, которые касаются этого вопроса.

План лекции:

1. Понятие о медицинской деонтологии и профессиональных правонарушениях.
2. Классификация нарушений и дефектов в профессиональной деятельности медработников.
3. Умышленные преступления.
4. Преступления по неосторожности.
5. Врачебная ошибка.
6. Несчастные случаи в медицинской практике.
7. Ответственность медицинских работников за профессиональные правонарушения.

Студент будет знать:

1. Определение и содержание профессиональных правонарушений медицинских работников.
2. Особенности расследований в случаях профессиональных правонарушений.
3. Медицинская деонтология.
4. Классификация правонарушений медицинских работников.
5. Умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью и их определение, статьи УК РУЗ.
6. Халатность медицинских работников, определение и понятие.
7. Особенности судебно-медицинской экспертизы в случаях профессиональных правонарушений.
8. Определение и понятие «Врачебная этика», «Врачебная деонтология».
9. Врачебные ошибки. Объективные и субъективные причины.
10. Несчастные случаи в медицине.

Краткое содержание лекции:

Под медицинской деонтологией (от греческого deon – должное) следует понимать принципы поведения медицинских работников, направленные на максимальное повышение

полезности лечения и устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы. Медицинская деонтология является частью врачебной этики, врачебной морали.

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

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

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

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

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

Общие вопросы юридической ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения

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

Врачебные ошибки нередко приводят к жалобам больных или их родственников. Конкретные поводы и причины жалоб весьма разнообразны: неблагоприятный исход лечения или операции, ошибочный или несвоевременно поставленный диагноз, грубость и невнимательность медработников и др. В большинстве случаев к жалобам приводит деятельность активно вмешивающихся в болезненный процесс врачей – хирургов и акушеров-гинекологов.

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

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

Умышленные преступления.

Преступления по неосторожности.

Врачебные ошибки.

Несчастные случаи в медицинской практике.

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

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

Умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью.

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

К умышленным преступлениям, связанным с медицинской деятельностью, относятся:

- неоказание помощи больному (ст. 116 УК РУз);
- преступный аборт (ст. 114 УК РУз);
- оставление больного в опасности (ст. 117 УК РУз);
- нарушение санитарного законодательства или правил борьбы с эпидемиями (ст. 2571 УК РУз);
- незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка или сбыт наркотических и сильнодействующих ядовитых веществ (ст. 273 УК РУз);
- стерилизация женщин или мужчин без медицинских показаний (это ТТП - ст. 104 УК РУз);
- злоупотребление властью или служебным положением (ст. 301 УК РУз);
- халатность (ст. 207 УК РУз);
- должностной подлог (ст. 209 УК РУз);
- разглашение тайны усыновления (ст. 125 УК РУз).

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

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

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

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

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

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

4. Нарушение санитарного законодательства или правил борьбы с эпидемиями (ст.

2571 УК РУз).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Неосторожные действия медицинских работников.

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

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

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

Согласно этой статье халатностью называется «невыполнение или ненадлежащее выполнение должностным лицом своих обязанностей, вследствие небрежного или недобросовестного к ним отношения, причинившее существенный вред государственным или общественным интересам».

Особенности СМЭ в случаях привлечения медицинских работников к

уголовной ответственности за профессиональные правонарушения.

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

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

Вопросы о своевременности и правильности диагностики имевшихся у больного повреждений и заболеваний.

Вопросы о своевременности полноте, правильности и эффективности применявшихся лечебных мероприятий.

Вопросы в связи с произведённой больному операцией (показана ли она была, своевременно ли и технически правильно ли выполнена и т.п.).

Вопросы о конкретном характере недостатков в обследовании, диагностике и лечении, допущенных всеми врачами, имевшими отношение к данному больному.

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

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

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

Комиссия должна установить наличие или отсутствие упущений и дефектов в действиях медработников. При наличии дефектов она должна указать, в чем конкретно они выразились, объяснить их причину и установить в какой степени они могли повлиять на исход лечения.

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

Оснащение лекции:

Таблицы по классификации профессиональных правонарушений. Таблицы по объективным и субъективным причинам врачебных ошибок. Уголовный кодекс Республики Узбекистан. Статьи Уголовного кодекса касающиеся профессиональных правонарушений.

Тематика самостоятельной работы:

Медицинская диентология. Классификация дефектов в профессиональной деятельности мед работников. Умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью: неоказание помощи больному статья УК РУЗ, преступный аборт, должностной подлог, разглашение тайны усыновления, неосторожные действия врачей, небрежное введение медицинской документации, врачебная диентология, несчастные случаи в медицине.

Контрольные вопросы:

1. В какой статье У.К. предусмотрено умышленные преступления и их виды?
2. При каких видах преступлений предусмотрена халатность?
3. Определение врачебной ошибки?

4. Понятие несчастных случаев в медицинской практике?
5. Какая экспертиза назначается при профессиональных правонарушениях медицинских работников?

Лекция № 3.

Тема: «Медицинская документация и её юридическое значение».

Цели: Дать понятие о медицинской документации и её видах. Информировать о правильном оформлении, указать значение записей в истории болезни.

Особо отметить о роли диагностики, структуре диагноза, а также лечебно-диагностическом и научно-практическом значении медицинской документации.

Задачи: Довести до сознания студентов о серьезном отношении при описании механических повреждений в истории болезни и имеющих важное юридическое значение.

План лекции:

1. Понятие о медицинской документации и её видах.
2. Оформление медицинской документации.
3. Значение записей в истории болезни.
4. Построение диагноза в истории болезни.
5. Лечебно-диагностическое и научно-практическое значение истории болезни.
6. Юридическое значение истории болезни.

Студент будет знать.

1. Формы медицинских документов.
2. Первичные учетные медицинские документы.
3. Лечебно-диагностическое значение истории болезни.
4. Научно-практическое значение истории болезни.
5. Воспитательное значение истории болезни.
6. Юридическое значение медицинской документации.
7. Определение диагноза и их составляющих частей.
8. Значение патологоанатомического исследования трупа и ее отличие от судебно-медицинского.
9. Значение данных истории болезни для судебно-медицинских экспертов и следственных органов при расследовании уголовных преступлений.

Краткое содержание лекции:

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

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

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

Научно-практическое значение историй болезни заключается в том, что они являются незаменимым источником получения научной информации о причинах и условиях возникновения различных заболеваний, их клиническом течении и исходах. Анализ

большого количества историй болезни даёт возможность выработать рекомендации для правильной диагностики, рационального лечения и профилактики болезней. Внедряющиеся в настоящее время способы формализации записей о клинических проявлениях различных заболеваний позволяют применять методы кибернетики в целях диагностики, определения факторов риска, показаний для применения тех или иных методов лечения, в том числе оперативного прогнозирования заболеваний.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Чем полнее и объективнее содержание истории болезни, тем легче установить по нему

тот или иной интересующий следствие факт.

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

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

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

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

Значительное место в истории болезни отводится диагнозу.

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

Диагноз, выставленный лечащим врачом в истории болезни и являющийся итогом клинических, инструментальных и лабораторных исследований больного, определяет не только тактику и методику лечения, но и, в значительной степени, заключение судебно-медицинского эксперта о характере и степени тяжести повреждений, имеющих у пострадавшего. Диагноз обязательно должен обосновываться объективными данными и записями о них в истории болезни.

В случаях, когда пострадавший госпитализирован по поводу причинённых ему повреждений, для судебно-медицинской экспертизы важно, чтобы в истории болезни были указаны: вид повреждения (например: «закрытая тупая черепно-мозговая травма»), его характер и особенности (например: колото-резаное ранение передней брюшной стенки,

проникающее в брюшную полость со сквозным повреждением стенки тощей кишки»). В диагнозе должны найти отражение не только ведущие повреждения, но и все остальные (ссадины, кровоподтёки и т.п.), имеющиеся у пострадавшего. Если развились явления шока, то необходимо указать его стадию. При наличии кровопотери даётся её характеристика.

Относительно диагноза схема истории болезни предусматривает заполнение следующих граф:

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

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

Оснащение лекции: Таблицы по формам медицинских документов и первичной медицинской документации. Схемы историй болезни. Заполненные истории болезни. Материалы комиссионных экспертиз. Материалы уголовных дел (копии). Медицинские справки из различных стационаров. Заключение экспертов по материалам (истории болезни и амбулаторные карты).

Тематика самостоятельной работы:

Формы медицинских документов Первичные учетные медицинские документы. Сигнальный лист и его значение. Составление судебно-медицинского диагноза. Патологоанатомический диагноз. Особенности патологоанатомического исследования и их значение для врачей практического Здравоохранения. Значение записей в истории болезни для судебно-медицинских экспертов.

Контрольные вопросы:

1. Дать определение медицинской документации?
2. Что относится к учетным и первичным медицинским документам?
3. Какие документы относятся к отчетным документам?
4. Кто впервые предложил схему истории болезни и какие там истории болезни?
5. Какие вопросы решаются по записям истории болезни?
6. Какие данные в истории болезни имеют значение для расследования преступления против жизни и здоровья?

Лекция № 4.

Тема: «Правовые основы судебно-медицинской экспертизы».

Цели: Дать студентам понятие о судебной медицине, судебно-медицинской экспертизе. Четко излагать материалы о процессуальных и организационных основах СМЭ. Информировать студентов о правах и обязанностях эксперта и ответственности их.

Задачи: Дать сведения об участии эксперта в следственных действиях при осмотре места происшествия. Указать задачи эксперта при первоначальном осмотре трупа на месте его обнаружения.

План лекции:

1. Понятие о судебной медицине, экспертизе и СМЭ.
2. Объекты СМЭ и виды экспертизы.
3. Порядок проведения СМЭ.
4. Документация СМЭ.
5. Организационные основы СМЭ.
6. Осмотр места происшествия и задача судмедэксперта или врача-эксперта при первоначальном обнаружении трупа на месте происшествия.

Студент будет знать.

1. Предмет и задачи судебной медицины.
2. Объекты и виды судебно-медицинской экспертизы.
3. Права и обязанности судебно-медицинского эксперта и врача-эксперта.
4. Особенности осмотра трупа на месте его обнаружения.
5. Основные задачи врача-эксперта на месте обнаружения трупа.
6. Порядок проведения экспертизы.
7. Комиссионные экспертизы по правонарушениям медицинских работников.
8. Особенности проведения комиссионных экспертиз.
9. Значение комиссионных экспертиз при расследовании уголовных дел при профессиональных правонарушениях медицинских работников.
10. Документация судебно-медицинской экспертизы, поводы для назначения экспертиз. Заключение эксперта и его значение.

Краткое содержание лекции:

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

Любой врач становится судебно-медицинским экспертом по определённому уголовному делу только тогда, когда он назначается экспертом в соответствии с постановлением следователя или определением суда (имеются в виду врачи любой специальности, включая штатных сотрудников судебно-медицинских учреждений). Поэтому следует различать судебно-медицинского эксперта как процессуальную фигуру и судебно-медицинского эксперта как штатного сотрудника судебно-медицинского

учреждения. Несмотря на это, при проведении судебно-медицинской экспертизы их деятельность регламентируется одинаковыми правами, обязанностями и ответственностью.

Процессуальное положение эксперта.

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

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

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

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

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

Эксперт имеет следующие права:

- знакомиться с материалами дела имеющими отношение к предмету экспертизы;
- давать ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения;

- разрешения органа дознания, следователя, прокурора и суда, присутствовать при допросах и другие следственных и судебных действиях и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы;

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

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

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

Предмет, объекты и виды судебно-медицинской экспертизы.

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

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

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

первичная экспертиза может выполняться группой специалистов.

Дополнительную экспертизу проводят, если первичное заключение составлено недостаточно ясно и полно, если в ходе предварительного или судебного следствия выявляются новые сведения, требующие специального экспертного исследования. Повторную экспертизу назначают при необоснованности или сомнении в правильности первичного или дополнительного экспертного заключения. Её поручают другому эксперту или, что бывает чаще, нескольким другим экспертам.

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

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

Порядок проведения экспертизы

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

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

Суд выясняет специальность и компетентность приглашённого эксперта (или экспертов). После этого суд выносит специальное определение, узаконивающее участие эксперта в данном судебном заседании. Эксперт присутствует на судебных заседаниях и имеет право задавать всем допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. В конце судебного следствия суд выносит определение, в котором ставит перед экспертом вопросы. Для дачи заключения эксперт обязан изучить необходимые материалы дела и, если это требуется, провести непосредственное исследование объектов: вещественного доказательства, живого человека, в исключительных случаях – эксгумированного трупа. Время, необходимое для проведения экспертизы в суде, определяет эксперт. Выполнив все необходимые исследования, эксперт даёт письменное заключение, которое оглашается им на судебном заседании. В целях уточнения положений письменного заключения участники

судебного разбирательства вправе задавать эксперту устные вопросы, на которые он даёт устные ответы. Эти вопросы и ответы заносят в протокол судебного заседания. Если эксперту, кроме заданных вопросов, предлагают ответить на новые вопросы, то на них целесообразно давать письменные ответы.

Оснащение лекции.

Таблицы и плакаты по структуре и организации судебно-медицинской службы в Республике Узбекистан. Таблицы по видам судебно-медицинской экспертизы. Плакаты по поводам назначения экспертизы и по документациям. Схемы заключения экспертов. Материалы комиссионных экспертиз. Заключение экспертов.

Тематика самостоятельной работы.

Организационные и процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы. Виды Экспертиз. Виды судебно-медицинской экспертизы. Документация судебно-медицинской экспертизы. Права и обязанности судебно-медицинского эксперта. Статьи УПК и УК РУз касающиеся деятельности судебно-медицинских экспертов. Лжесвидетельство. Порядок проведения экспертизы.

Контрольные вопросы:

1. Дать определение судебной медицине, СМЭ и экспертизе?
2. Случаи обязательного проведения СМЭ?
3. Порядок проведения СМЭ?
4. Какие документы относятся к документам СМЭ?
5. Какие подразделения входят в состав бюро СМЭ?
6. Скажите права и обязанности эксперта?

Лекция № 5.

Тема: «Трудовой и административный Кодекс Республики Узбекистан.»

Цели: Дать сведения о Трудовом Кодексе и ознакомить студентов о нормативных документах регулирующих трудовые отношения. Разъяснить студентам вопросы коллективного и трудового договора, правах и обязанностях работодателя, а также работника, рабочего времени.

Задачи: Сформировать о материалах охраны труда, дисциплинарных взысканиях. Излагать данные об административных ответственностях и правонарушениях. Кратко изложить об административных взысканиях.

План лекции:

1. Трудовой Кодекс, содержание.
2. Трудовые отношения и регулирующие нормативные акты.
3. Коллективное и Трудовое соглашение, содержание, строение и порядок составления.
4. Понятие рабочего времени.
5. Охрана труда.
6. Дисциплинарное наказание.
7. Административный Кодекс.
8. Административная ответственность и административное правонарушение.
9. Административное наказание.

Студент будет знать.

1. Трудовой и Административный кодекс Республики Узбекистан.
2. Основные нормативные акты, регулирующие трудовые отношения.
3. Работодатель определение.
4. Права работников и работодателя.
5. Значение коллективных договоров и соглашений.
6. Понятие рабочего времени.
7. Административные правонарушения.
8. Виды административных взысканий.

Краткое содержание лекции:

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

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

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

Работодателями, как субъектами трудовых отношений, могут быть:

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

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

Каждый работник имеет право:

- на вознаграждение за труд не ниже установленного законом минимального размера;
- на отдых, обеспечиваемый установлением предельной продолжительности рабочего времени, сокращённым рабочим днём для ряда профессий и работ, предоставлением еженедельных выходных дней, праздничных дней, а также ежегодных оплачиваемых отпусков;
- на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены;
- на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации;
- на возмещение вреда, причинённого его здоровью или имуществу в связи с работой;
- на объединение в профессиональные союзы и другие организации, представляющие интересы работников и трудовых коллективов;
- на социальное обеспечение по возрасту, в случае утраты трудоспособности, потери кормильца и в иных, установленных законом, случаях;
- на защиту, в том числе и судебную, трудовых прав и квалифицированную юридическую помощь;
- на отстаивание своих интересов в коллективных трудовых спорах.

Работодатель имеет право:

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

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

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

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

Понятие и цель коллективных договоров и соглашений

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

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

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

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

Коллективные договоры заключаются на предприятиях, в их структурных подразделениях, наделённых правами юридического лица.

Коллективный договор заключается с одной стороны работниками, в лице профсоюзов или уполномоченных работниками иных представительных органов, с другой стороны – работодателем непосредственно или уполномоченными им представителями.

Содержание и структура коллективного договора определяется сторонами.

В коллективный договор могут включаться взаимные обязательства работодателя и работников по следующим вопросам:

- форма, система и размер оплаты труда, денежные вознаграждения, пособия, компенсации и доплаты;
- механизм регулирования оплаты труда, исходя из изменений цен, уровня инфляции, выполнения показателей, определённых коллективным договором;
- занятость, переобучение, условия высвобождения работников;
- продолжительность рабочего времени и времени отдыха, отпусков;
- улучшение условий и охраны труда работников, в том числе женщин и лиц, не

достигших восемнадцати лет, обеспечение экологической безопасности;

- соблюдение интересов работников при приватизации предприятия, ведомственного жилья;

- льготы для работников, совмещающих работу с обучением;

- добровольное и обязательное социальное и медицинское страхование;

- контроль за выполнением коллективного договора, ответственность сторон, социальное партнёрство, обеспечение нормальных условий функционирования профсоюзов, иных уполномоченных работниками представительных органов.

В коллективном договоре, с учётом экономических возможностей предприятия, могут содержаться и другие, в том числе более льготные трудовые и социально-экономические условия по сравнению с нормами и положениями, установленными законодательными и иными нормативными актами (дополнительные отпуска, надбавки к пенсиям, досрочный уход на пенсию, компенсация транспортных и командировочных расходов, бесплатное или частично оплачиваемое питание работников на производстве и их детей в школах и дошкольных учреждениях, иные дополнительные льготы и компенсации).

В коллективный договор включаются нормативные положения, если в действующих законодательных актах содержится прямое предписание об обязательном закреплении этих положений в коллективном договоре.

Понятие и стороны трудового соглашения

Трудовой договор есть соглашение между работником и работодателем о выполнении работы по определённой специальности, квалификации, должности за вознаграждение с подчинением внутреннему трудовому распорядку на условиях, установленных соглашением сторон, а также законодательными и иными нормативными актами о труде.

Сторонами трудового договора являются работник и работодатель.

Соглашению сторон о заключении трудового договора могут предшествовать дополнительные обстоятельства (прохождение по конкурсу, избрание на должность и др.).

Работник может заключать трудовые договоры о работе по совместительству, если это не запрещено законодательством.

Содержание трудового договора определяется соглашением сторон, а также законодательными и иными нормативными актами о труде.

По соглашению сторон трудового договора определяются:

- место работы (предприятие или его подразделение);

- трудовая функция работника – специальность, квалификация, должность, по которой он будет работать;

- день начала работы;

- срок действия трудового договора при заключении его на определённый срок;

- размер оплаты и другие условия труда.

Уровень трудовых прав и гарантий для работников, установленный законодательными и иными нормативными актами, не может быть понижен при заключении трудового договора.

Трудовой договор заключается в письменной форме.

Форма трудового договора разрабатывается с учётом примерного договора, утверждаемого в порядке, установленном Правительством Республики Узбекистан.

Трудовой договор составляется в количестве не менее двух экземпляров, имеющих одинаковую силу, и передаётся каждой из сторон для хранения.

В договоре указываются адреса сторон.

Трудовой договор скрепляется подписями работника и должностного лица, обладающего правом приёма на работу, с указанием даты его подписания. Подпись должностного лица заверяется печатью предприятия, подтверждающей подлинность и

правомочность подписи.

Срок трудового договора предусмотрен в статье 75.

Трудовые договоры могут заключаться:

- на неопределённый срок;
- на определённый срок не более пяти лет;
- на время выполнения определённой работы.

Если в трудовом договоре не оговорен срок его действия, то договор считается заключённым на неопределённый срок.

Трудовой договор, заключённый на неопределённый срок, не может быть перезаключён на определённый срок, а также на время выполнения определённой работы без согласия работника.

Трудовой договор, заключённый в соответствии с законодательством, вступает в силу с момента его подписания. Работник обязан приступить к исполнению трудовых обязанностей с того дня, который определён в договоре.

Оснащение лекции:

Таблицы и плакаты по трудовому и административному кодексу Республики Узбекистан. Трудовой и административный кодекс Республики Узбекистан (наглядный). Плакаты по правам работников и работодателя. Таблицы по видам административных взысканий.

Тематика самостоятельной работы:

Понятие рабочего времени. Коллективные договоры и соглашения. Законодательство о труде. Административные правонарушения.(штраф, изъятие предмета явившегося орудием совершения административного нарушения, конфискация предмета, административный арест).Основные требования охраны труда.

Контрольные вопросы:

1. Что такое трудовое и коллективное соглашение?
2. Субъектами трудовых отношений?
3. Права работника?
4. Права работодателя?
5. Какие наказания относятся к дисциплинарным и административным наказаниям?
6. Что Вы понимаете об административных правонарушениях?

3. Содержание тем практических занятий

№	№ темы практического занятия	Название темы практического занятия и ее содержание.	№ издания. Ссылка на литературу.	Кол-во часов
1	1.	Основы законодательства в сфере здравоохранения Государственная программа реформирования системы здравоохранения. Конституция Республики Узбекистан. Основы законодательства об охране здоровья граждан. Первичная, неотложная, скорая	Зад № 1,2,3,4. Лит.№1,2,4,7.	6

		специализированная медицинская помощь. Задача каждого звена медицинской помощи.		
2	2.	Врачебная деонтология. Общие вопросы юридической ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения. Умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью. Неосторожные действия медицинских работников. Особенности СМЭ в случаях привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за профессиональные правонарушения. Правовая и деонтологическая оценка врачебных ошибок и несчастных случаев в медицине	Зад. № 1,3,6,7,8. Лит. № 1,2,5,11,12.	6
3	3.	Юридическое, научно-практическое и воспитательное значение медицинской документации. Первичная учетная медицинская документация. Ятрогенные заболевания. Работа и с историями болезни и другими материалами патоморфологического отдела и судебно-медицинской экспертизы.	Зад. № 1,2,6,7. Лит. № 1,3,4,6, 11,12.	6
4	4.	Правовые основы судебно-медицинской экспертизы. Судопроизводство, экспертиза, эксперты. Процессуальное положение эксперта. Предмет, объекты и виды судебно-медицинской экспертизы. Порядок проведения экспертизы. Документация судебно-медицинской экспертизы. Участие врача в следственных действиях. Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения.	Зад № 3,4,6,7. Лит. № 1,2,3,11,12.	6
5	5.	Трудовой кодекс Республики Узбекистан. Нормативные акты регулирующие трудовые отношения. Понятие и цель коллективных договоров и соглашений. Понятие и стороны трудового соглашения. Право на трудоустройство. Понятие рабочего времени. Охрана труда. Административные правонарушения и административная ответственность. Административная ответственность за правонарушения в области охраны	Зад № 2,4,6. Лит. № 6, 7, 8, 9, 10, 13.	6

		здоровья населения.		
		Всего		30

Хронокарта для практических занятий

1. Переключка и проверка конспектов – 10 мин.
2. Устный опрос студентов – 35 мин.
3. Оценка знаний студентов, применением тест-контроля – 20 мин.
4. Оценка знаний студентов, применением ситуационных задач – 25 мин.
5. Разбор историй болезни – 45 мин.
6. Ознакомление и разбор материалов комиссионных экспертиз – 45 мин.
7. Составление экспертных выводов – 35 мин.
8. Итоговая оценка знаний студентов – 10 мин.
9. краткий рассказ об основных положениях следующего занятия – 45 мин.

Практические занятия.

1-занятие.

Тема: Основы законодательства в сфере здравоохранения Государственная программа реформирования системы здравоохранения. Конституция Республики Узбекистан. Основы законодательства об охране здоровья граждан. Первичная, неотложная, скорая специализированная медицинская помощь .Задача каждого звена медицинской помощи.

Цели: Объяснить студентам цели и задачи тематики. Раздать контрольно-тестовые пункты по данной теме и контролировать выполнение этой задачи. Самостоятельное изучение основ медицинского законодательства, Конституции Республики Узбекистан. Привлечь внимание студентов к самостоятельному изучению «Закона Республики Узбекистан об охране здоровья граждан» и его со всеми разделами. В конце занятия обобщить изученные материалы и оценить знание студентов.

План занятия:

1. Ознакомить студентов со всеми законодательными документами, касающихся об охране здоровья граждан.
2. Ознакомление с материалами Конституции Республики Узбекистан.
3. Самостоятельное выполнение контрольно – тестовых пунктов по данной тематике.
4. Самостоятельная работа по изучению материалов Конституции и «Закона Республики Узбекистан об охране здоровья граждан», входящих в задачу правовой медицины.
5. Оценить усвояемость предмета.

Оснащение занятия: Конституция Республики Узбекистан. Основной закон Республики Узбекистан об охране здоровья граждан. Статья Конституции Республики Узбекистан касающиеся деятельности медицинских работников. Плакаты. Таблицы с разделами закона об охране здоровья граждан.

Теоретическая часть

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

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

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

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

Основы взаимоотношений между каждым человеком и государством в области здравоохранения определяет ст. 40. В ней говорится о том, что «каждый имеет право на квалифицированное медицинское обслуживание». Эта статья провозглашает обязанность лечебных учреждений оказывать медицинскую помощь гражданам и, в то же время, предусматривает ответственность должностных лиц за сокрытие фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью людей. Иначе говоря, взаимоотношения между пациентом и врачом в нашей стране определяются, с одной стороны, конституционным правом каждого человека на получение квалифицированной медицинской помощи, а с другой – конституционной обязанностью лечебных учреждений, оказывать такую помощь.

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

Основы законодательства об охране здоровья граждан:

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

В законе 12 разделов.

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

Здесь же изложены основные принципы охраны здоровья:

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

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

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

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

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

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

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

Кардинальным положением является неотъемлемое право граждан на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий для труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, доступной медико-социальной помощью.

Конституция разъясняет значение мер по оказанию социальной помощи, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-

ортопедическую и зубопротезную помощь, меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами.

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

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

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

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

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

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

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

Несмотря на то, что перечень прав пациента достаточно велик, среди них нет значимых в большей или меньшей степени. Каждое из них является неотъемлемым правом пациента, гарантированным законом и подлежит обеспечению и государственной и частной

системами здравоохранения. Невыполнение или ненадлежащее выполнение перечисленных прав влечёт за собой ответственность, предусмотренную законодательством, причём форма и мера ответственности могут быть разными, в зависимости от объёма и характера причинённого пациенту ущерба. В связи с этим, виновные лица могут привлекаться к уголовной, административной, дисциплинарной, материальной и моральной ответственности. При этом, в качестве наказания, как отдельные лица, так и учреждения в целом могут лишаться права заниматься медицинской деятельностью.

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

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

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

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

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

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

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

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

Следует подчеркнуть, что согласие пациента на медицинское вмешательство не должно носить формального характера. Оно должно вытекать из его достаточной

информированности и о состоянии своего здоровья, и о возможных негативных последствиях предлагаемого способа диагностики и лечения, и о характере и степени тяжести этих последствий, и о возможном риске этого вмешательства, и о существовании иных, менее рискованных методов оказания медицинской помощи, а также об их эффективности и о последствиях отказа от предлагаемого медицинского вмешательства. Всё это, в своей совокупности, и составляет понятие «достаточной информированности».

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

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

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

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

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

В разделе VII впервые регулируется законом медицинская деятельность по планированию семьи и в отношении репродуктивной функции человека. Допускается искусственное оплодотворение и имплантация эмбрионов – это является правом женщины детородного возраста.

В разделе VIII излагаются гарантии осуществления медико-социальной помощи. Закон предусматривает оказание первичной медико-санитарной, скорой и специализированной медицинской помощи, а также медико-социальной помощи некоторым категориям граждан.

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

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

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

её оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Специализированная медицинская помощь оказывается в тех случаях, когда требуются специальные методы диагностики и лечения или необходимо использование сложных медицинских технологий. Такая помощь осуществляется врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, имеющих лицензию на данный вид деятельности. В ряде случаев тяжело страдающие неизлечимые больные обращаются к врачам с просьбой ускорить наступление смерти (эвтаназия). Закон запрещает медицинскому персоналу осуществление этой просьбы как какими-либо действиями или средствами, так и прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Нарушение этого положения влечёт за собой уголовную ответственность. Права человека на эвтаназию постоянно обсуждаются широкой общественностью: медицинскими работниками, психологами, богословами и др. При этом высказываются явно противоположные точки зрения: от категорического запрета до возможности осуществления эвтаназии по настоянию обречённого пациента, страдающего от неизлечимого заболевания. Однако, не следует путать дискуссии с необходимостью выполнения действующего закона.

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

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

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

Раздел IX предусматривает несколько видов экспертиз: временной нетрудоспособности, медико-социальную, военно-врачебную, судебно-медицинскую, судебно-психиатрическую и независимую медицинскую. Среди них именно судебно-медицинская экспертиза является составным элементом системы здравоохранения.

Раздел X рассматривает права медицинских и фармацевтических работников.

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

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

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

Закон определяет статус лечащего врача:

- он назначается по выбору пациента или руководителя учреждения;
- при требовании пациентом замены лечащего врача, руководство учреждения содействует
- выбору другого врача;
- он организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента;
- он предоставляет информацию о состоянии здоровья пациента;
- по требованию пациента или его законного представителя, он приглашает консультантов или организует консилиум (реализация рекомендаций консультантов возможна только по согласованию с лечащим врачом, исключая экстренные случаи, угрожающие жизни больного);
- он единолично выдаёт листок нетрудоспособности сроком до 30 дней;
- при нарушении пациентом порядка, установленного в лечебно-профилактическом учреждении, лечащий врач может отказаться от наблюдения и лечения пациента (по согласованию с соответствующим должностным лицом), если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих.

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

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

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

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

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

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

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

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

Раздел XI посвящён международному сотрудничеству в области охраны здоровья граждан.

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

Практические навыки:

1. Умеет использовать в практическом здравоохранении основными разделами Конституции и законов «Об охране здоровья граждан» Республики Узбекистан при изучении прав граждан и прав больных.
2. Разбираться в требованиях законодательства связанных с медицинской деятельностью.

Задания :

Задание № 1

Назовите законы, регламентирующие медицинскую деятельность в области охраны здоровья.

ОТВЕТ: Юридические основы врачебной деятельности содержатся в следующих законодательных документах:

- Конституция Республики Узбекистан.
- Основы законодательства Республики Узбекистан об охране здоровья граждан.
- О медицинском страховании граждан в РУз.
- О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.
- О трансплантации органов (или) тканей человека.
- О предупреждении распространения ВИЧ-инфекции на территории РУз.
- О дополнительных мерах по охране материнства и детства.
- О наркотических средствах и психотропных веществах.

Помимо этого ряд основополагающих правовых положений медицинской деятельности в области охраны здоровья имеется в Гражданском, Уголовном, семейном кодексах, в Кодексе законов о труде и в некоторых указах Президента РУз (О первоочередных задачах государственной политики в отношении женщин; О государственном комитете санэпиднадзора;).

Задание № 2.

Перечислите нормативные документы, указывающие на законные основания по которым производится возмещения ущерба, нанесенного врачом пациенту

ОТВЕТ: В разделе XII «Ответственность за причинение вреда здоровью граждан» Основ законодательства РУз об охране здоровья граждан.

Задание №3

Назовите поводы и порядок назначения судебно- медицинской экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел.

ОТВЕТ: Экспертиза по материалам следствия и суда назначается в том случае, когда это единственный объект, который может быть представлен на экспертизу, либо когда для выводов необходимы все материалы дела, а не только результаты исследования трупа или экспертиза живого лица. Отдельными материалами (протокол осмотра места происшествия, история болезни и др.) эксперт обычно пользуется как дополнительными к основному объекту. В этом же случае, то есть когда проводится экспертиза по материалам дела, они являются основным объектом экспертизы. Чаще всего такая экспертиза бывает повторной, но может быть первичной и дополнительной при сложных делах, например по делам о привлечении врачей к уголовной ответственности за профессиональные правонарушения.

Материалы дела — это документы, сброшюрованные в один или несколько томов, которые начинаются с постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы либо с определения суда. В постановлении или определении может быть приведен состав экспертной комиссии, но чаще всего состав определяется ее постоянным председателем — начальником бюро СМЭ. Инструкцией «О работе судебно-медицинских экспертных комиссий. Бюро СМЭ» предусмотрено комиссионное проведение таких экспертиз.

Экспертизы по материалам дела могут быть первичными, дополнительными, но чаще — повторными. Поэтому в деле помимо всех медицинских документов (история болезни, амбулаторная карта, акт МСЭК и др.) обязательно должны быть первичные заключения судебно-медицинской экспертизы. Кроме медицинских документов экспертом используются жалобы, объяснения, протоколы допросов свидетелей, потерпевшего и подозреваемого, протоколы осмотра места происшествия, следственного эксперимента, очных ставок, акты различных проверочных комиссий и другие документы, имеющие нужную для ответов на вопросы информацию.

Задание № 4

Назовите особенности организации и методики экспертизы по материалам дела.

ОТВЕТ: Получив материалы уголовного (гражданского) дела, начальник Бюро СМЭ как председатель экспертной комиссии знакомится с его содержанием, обращает внимание на изложенные в постановлении о назначении экспертизы обстоятельства и вопросы, на полноту представленных медицинских документов, их подлинность. При летальном исходе — на наличие протоколов патологоанатомического или судебно-медицинского исследования трупа, протокола клиничко-анатомической конференции, заседания лечебно-контрольной комиссии, амбулаторной карты, акта судебно-медицинского освидетельствования. При отсутствии необходимых документов судмедэксперт письменно запрашивает их через следователя или суд, назначивших экспертизу.

Затем председатель препровождает дело в отдел сложных экспертиз, заведующий которым приглашает высококвалифицированных экспертов в состав комиссии, чтобы всесторонне изучить медицинские документы. Изложить материалы поручается одному из судебно-медицинских экспертов — секретарю. После этого члены экспертной комиссии собираются для составления и обсуждения выводов в соответствии с поставленными следствием или судом вопросами. Как и всегда, эксперты могут, проявляя инициативу, отметить и те положения, которые не выдвинуты судебно-следственными органами, но без которых не все представляется однозначно понятным или убедительным. После изучения и изложения представленных на экспертизу документов начинается заключительная часть работы — ответы на вопросы. Этот раздел вытекает и основывается на предыдущем. Причем не на

субъективных, а лишь на объективных данных каждого документа. Что касается первых (жалобы потерпевшего, показания свидетелей или подозреваемого), то они могут использоваться для подтверждения или исключения того или иного суждения. Каждый ответ должен быть конкретным, четко изложенным с исключением другого толкования. Иногда допустима вероятностная форма, когда данных для конкретного ответа нет. Выводы должны согласовываться с обстоятельствами дела. Однако это не означает, что они обязательно должны быть подтверждающими, они могут и исключить представленную следователем или судом версию.

Тесты:

1. Когда принят "Закон Республики Узбекистан об охране здоровья граждан?"

- A) 29 августа 1996 года
- B) 25 декабря 1995 года
- C) 14 сентября 1996 года
- D) 1 апреля 1996 года
- E) 22 сентября 1994 года

2. В какой статье "Закона Республики Узбекистан" государством обеспечивается охрана прав и свобод граждан?

- A) статья 43
- B) статья 40
- C) статья 41
- D) статья 44
- E) статья 29

3. Какие основные задачи приведены в законодательстве об охране здоровья граждан?

- A) 3 основные задачи
- B) 2 задачи
- C) 4 задачи
- D) 5 задач
- E) многие задачи

4. Какие основные принципы охраны здоровья граждан приведены в законе?

- A) 5 принципов
- B) 3 принципа
- C) 4 принципа
- D) 6 принципов
- E) один принцип

5. В какой статье предусмотрены объем и порядок оказания медицинской помощи?

- A) статья 8
- B) статья 10
- C) статья 9
- D) статья 12
- E) статья 15

6. В каком разделе законодательства освещены задачи правовой защиты здоровья граждан?

- A) во втором разделе
- B) в первом разделе

- С) в третьем разделе
- Д) в четвертом разделе
- Е) в шестом разделе

7. В какой статье закона предусмотрено сохранение здоровья семьи?

- А) в статье 18
- В) в статье 8
- С) в статье 13
- Д) в статье 24
- Е) во всех приведенных статьях

8. В каком разделе законодательства предусмотрены права больных?

- А) во втором разделе
- В) в первом разделе
- С) в шестом разделе
- Д) в третьем разделе
- Е) в четвертом разделе

9. В какой статье в законодательстве здравоохранения отражены задачи патологоанатомических исследований?

- А) в статье 40
- В) в статье 21
- С) в статье 19
- Д) в статье 22
- Е) в статье 24

10. Какой вопрос освещен в пятом разделе законодательства?

- А) права и обязанности медицинских работников
- В) первичная медико-санитарная помощь
- С) объем и порядок оказания медицинской помощи
- Д) различные виды медицинской экспертизы
- Е) первичная экстренная специализированная помощь

Критерии оценки знаний:

БАЛЛ/ОЦЕНКА	Уровень знаний студентов.
86-100 балла Отлично	<p>Обладает «знаниями – трансформациями» - творческим подходом к учебному процессу.</p> <ul style="list-style-type: none"> - студент знает основы законодательства системы здравоохранения в Республике Узбекистан; - знает права и обязанности медицинских работников и их пациентов; - знает «закон Республики Узбекистан об охране здоровья граждан» входящих в задачу правовой медицины; - знает предмет и определение «правовая медицина» и ее задачи; - знает что такое патологическая служба; - знает основные принципы охраны здоровья граждан; - знает основные моменты Государственной программы реформирования системы здравоохранения; - знает все разделы закона об охране здоровья граждан (12 разделов);

	<ul style="list-style-type: none"> - знает основные принципы охраны здоровья; - знает основные статьи Конституции Республики Узбекистан касающиеся деятельности медицинских работников (ст. 18, ст. 40, ст. 43, ст. 44, ст.8, ст.18 ,ст.13, ст. 19-22, ст.24.); - знает 6 разделов «Закона Республики Узбекистан об охране здоровья граждан»; - знает основные задачи законодательства по охране здоровья граждан; - знает основные принципы охраны здоровья граждан; - знает виды медицинской помощи (первичная медико санитарная, экстренная, скорая и специализированная); - знает задачи патологоанатомических исследований; - умеет использовать Конституцию и закон Республики Узбекистан об охране здоровья граждан при улучшении прав граждан вообще и права больных; - умеет разбираться в требованиях законодательства, связанных с медицинской деятельностью.
71-85 балла Хорошо	<ul style="list-style-type: none"> - студент знает основы законодательства системы здравоохранения в Республике Узбекистан; - знает права и обязанности медицинских работников и их пациентов; - знает «закон Республики Узбекистан об охране здоровья граждан» входящих в задачу правовой медицины; - знает предмет и определение «правовая медицина» и ее задачи; - знает что такое патологоанатомическая служба; - знает основные принципы охраны здоровья граждан; - знает основные статьи Конституции Республики Узбекистан касающиеся деятельности медицинских работников (ст. 18, ст. 40, ст. 43, ст. 44, ст.8, ст.18 ,ст.13, ст. 19-22, ст.24.); - знает основные принципы охраны здоровья граждан; - знает виды медицинской помощи (первичная медико санитарная, экстренная, скорая и специализированная); - знает задачи патологоанатомических исследований;
55-70 балла Удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> - знает права и обязанности медицинских работников и их пациентов; - знает что такое патологоанатомическая служба; - знает основные принципы охраны здоровья граждан; - знает основные задачи законодательства по охране здоровья граждан; - знает виды медицинской помощи (первичная медико санитарная, экстренная, скорая и специализированная); - не владеет практические навыками по данной теме.
0-54 балла не удовлетворительно	<p>Не знает тему основы законодательства в сфере здравоохранения. Нет представления.</p>

Контрольные вопросы:

1. Предмет правовой медицины и ее задачи?
2. Где и когда принят «Закона Республики Узбекистан об охране здоровья граждан»?
3. В первом разделе Закона какой вопрос был предусмотрен?
4. Какие вопросы относятся к правам больных?
5. В каком разделе Закона предусмотрены права и обязанности медицинских работников?
6. Что подразумевается об охране здоровья граждан?
7. Что относится к патологоанатомическим службам?

2-занятие.

Тема: Врачебная деонтология. Общие вопросы юридической ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения. Умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью. Неосторожные действия медицинских работников. Особенности СМЭ в случаях привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за профессиональные правонарушения. Правовая и деонтологическая оценка врачебных ошибок и несчастных случаев в медицине.

Цель занятия:

Разъяснить студентам цели и задачи тематики, а затем контрольно-тестовые пункты для самостоятельного выполнения. Дать полное представление о профессиональных правонарушениях в медицинской деятельности. Самостоятельная работа с медицинскими документами. Выявление недостатков при оформлении истории болезни, врачебные ошибки. Ознакомиться с материалами комиссионных экспертиз по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников. Оценка знаний студентов.

План занятия:

1. Объяснить студентам понятие о медицинской деонтологии.
2. Дать полноценное представление о профессиональных правонарушениях.
3. Разобрать виды профессиональных правонарушений.
4. Изучить вопрос об ответственности за профессиональные правонарушения медицинских работников и порядок проведения комиссионных экспертиз.

Оснащение занятия: Уголовный кодекс Республики Узбекистан. Истории болезни рецептурные бланки. Материалы и заключения комиссионных экспертиз. Копии материалов уголовных дела по врачебным правонарушениям. Тематические папки с тестовыми вопросами, ситуационными задачами копиями заключения эксперты. Таблицы и плакаты по классификации дефектов профессиональных правонарушений по И.Ф. Огоркову, Плакаты по видам умышленных преступлений. Таблицы по видам неосторожных действий врачей. Плакаты по видам врачебных ошибок и несчастных случаев в медицинской практике.

Теоретическая часть

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

Врачебные ошибки нередко приводят к жалобам больных или их родственников. Конкретные поводы и причины жалоб весьма разнообразны: неблагоприятный исход лечения или операции, ошибочный или несвоевременно поставленный диагноз, грубость и невнимательность медработников и др. В большинстве случаев к жалобам приводит деятельность активно вмешивающихся в болезненный процесс врачей – хирургов и акушеров-гинекологов.

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

Умышленные преступления.

Преступления по неосторожности.

Врачебные ошибки.

Несчастные случаи в медицинской практике.

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

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

Умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью.

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

К умышленным преступлениям, связанным с медицинской деятельностью, относятся:

неоказание помощи больному (ст. 116 УК РУз);

преступный аборт (ст. 114 УК РУз);

оставление больного в опасности (ст. 117 УК РУз);

нарушение санитарного законодательства или правил борьбы с эпидемиями (ст. 2571 УК РУз);

незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка или сбыт наркотических и сильнодействующих ядовитых веществ (ст. 273 УК РУз);

стерилизация женщин или мужчин без медицинских показаний (это ТТП - ст. 104 УК РУз);

злоупотребление властью или служебным положением (ст. 301 УК РУз);

халатность (ст. 207 УК РУз);

должностной подлог (ст. 209 УК РУз);

разглашение тайны усыновления (ст. 125 УК РУз).

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

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

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

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

Оставление в опасности (ст. 117 УК РУз).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Неосторожные действия медицинских работников

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

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

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

Согласно этой статье халатностью называется «невыполнение или ненадлежащее выполнение должностным лицом своих обязанностей, вследствие небрежного или недобросовестного к ним отношения, причинившее существенный вред государственным или общественным интересам.

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

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

2. Дефекты лечения. Сюда нужно отнести неправильное, несвоевременное (раннее или

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

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

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

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

Плохой исход лечения может быть обусловлен: поздним обращением за медицинской помощью, тяжестью, опасностью и скоротечностью заболевания и др. Именно поэтому большинство врачебных дел, касающихся неосторожных действий врача, прекращается на стадии предварительного расследования, т.к. следствие не устанавливает прямой причинной связи между действиями врача и плохим результатом лечения.

Особенности СМЭ в случаях привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за профессиональные правонарушения.

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

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

Вопросы о своевременности и правильности диагностики имевшихся у больного повреждений и заболеваний.

Вопросы о своевременности полноте, правильности и эффективности применявшихся лечебных мероприятий.

Вопросы в связи с произведённой больному операцией (показана ли она была, своевременно ли и технически правильно ли выполнена и т.п.).

Вопросы о конкретном характере недостатков в обследовании, диагностике и лечении, допущенных всеми врачами, имевшими отношение к данному больному.

Вопросы о правильности ведения медицинской документации

Вопросы о возможных нарушениях в организации лечебного процесса в данном лечебном учреждении и т.д.

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

Постановление о возбуждении уголовного дела выносится с разрешения прокурора области, республики, а в больших городах (Ташкент) – прокурора города.

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

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

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

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

Комиссия должна установить наличие или отсутствие упущений и дефектов в действиях медработников. При наличии дефектов она должна указать, в чем конкретно они выразились, объяснить их причину и установить в какой степени они могли повлиять на исход лечения.

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

Правовая и деонтологическая оценка врачебных ошибок и несчастных случаев в медицине В очень сложной и ответственной профессиональной врачебной деятельности могут наблюдаться случаи неблагоприятных исходов медицинского вмешательства. Чаще всего они обуславливаются тяжестью самого заболевания или травмы, индивидуальными особенностями организма, поздней (по независимым от врача причинам) диагностикой и, отсюда, запоздалым началом лечения. Но иногда неблагоприятные исходы медицинского вмешательства оказываются следствием неправильной оценки клинической симптоматики или неправильных лечебных действий. В таких случаях речь идёт о врачебных ошибках.

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

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

Объективные и субъективные причины врачебных ошибок

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

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

Врачебная ошибка – категория не юридическая. В действиях врача, приведших к врачебной ошибке, не содержится признаков преступления или проступка, т.е. общественно опасных деяний в форме действия или бездействия, причинивших существенный (для преступления) или несущественный (для проступка) вред охраняемым законом правам и интересам личности, в частности здоровью и жизни. Поэтому, за ошибку

врач не может быть привлечён ни к уголовной, ни к дисциплинарной ответственности. В полной мере, однако, это относится лишь к врачебным ошибкам, имеющим в своей основе объективные причины. Если же причины являются субъективными, т.е. связанными с профессиональными или личностными качествами врача, то, прежде чем признать его неправильные суждения или действия врачебной ошибкой, необходимо исключить в этих суждениях или действиях элементы небрежности, халатности или таких недостаточных знаний, которые могут считаться медицинским невежеством. Нельзя называть врачебной ошибкой дефекты медицинской деятельности, вызванные недобросовестными действиями врача или неиспользованием им своих возможностей и возможностей лечебного учреждения.

Все врачебные ошибки можно разделить на следующие группы:

Диагностические ошибки.

Ошибки в выборе метода и проведении лечения.

Ошибки в организации медицинской помощи.

Ошибки в ведении медицинской документации.

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

Приведём примеры некоторых диагностических ошибок.

У мальчика 10 лет появились боли в животе, тошнота, повторяющаяся рвота, жидкий водянистый стул. На другой день в каловых массах отмечена примесь слизи, температура повысилась до 38^оС. Начало заболевания мальчик и его родители связывали с приёмом пищи.

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

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

В дальнейшем состояние мальчика не улучшилось. На третий день стационарного лечения его осмотрел хирург, который исключил острые хирургические заболевания, однако, на следующий день предложил перевести больного в хирургическое отделение. Состояние ребёнка ухудшалось, появились признаки развивающегося перитонита. Произведена лапаротомия. В брюшной полости обнаружен жидкий гной. Источником перитонита оказался гангренозно изменённый аппендикс, расположенный в полости малого таза, в инфильтрате между слепой и сигмовидной кишками. Спасти мальчика не удалось. Он умер от разлитого перитонита, вызвавшего общую интоксикацию организма. По заключению судебно-медицинской экспертной комиссии причиной поздней диагностики аппендицита явилось его атипичное течение, обусловленное необычным расположением отростка – в полости малого таза.

2. Ошибки в выборе метода и проведении лечения.

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

относится, прежде всего, к хирургическим операциям. Приведём примеры ошибок в назначении и осуществлении лечения.

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

3. Ошибки в организации медицинской помощи.

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

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

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

Девочка А. 8 лет находилась на стационарном лечении в связи с острым аппендицитом. Она была прооперирована, рана зажила первичным натяжением, но в течение четырёх дней после операции больная температурила (37,3-37,7). На пятый, воскресный день, дежурный хирург, поверхностно осмотрев девочку, выписал её из стационара по настоянию матери. Но уже на следующее утро она вновь была доставлена в больницу с высокой температурой и резко ухудшившемся состоянием. Диагностирован постаппендикулярный инфильтрат. В дальнейшем он нагноился, развился разлитой гнойный перитонит, от которого больная скончалась.

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

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

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

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

пострадавшего не была произведена.

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

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

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

4. Ошибки в ведении медицинской документации.

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

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

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

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

Несчастные случаи в медицинской практике

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

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

К типичным несчастным случаям в медицинской практике могут быть отнесены,

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

Приводим пример такого несчастного случая.

Гражданин П., 30 лет, поступил в хирургический стационар с диагнозом «острый аппендицит» на второй день заболевания. Через 12 часов после клинического наблюдения и необходимых лабораторных исследований, при общем вполне удовлетворительном состоянии, больному была произведена операция лапаротомии с удалением флегманозно изменённого червеобразного отростка. В связи с выраженной эмоциональной лабильностью больного, операция производилась при общей внутривенной анестезии (фентанил-тиопентал-дитилиновый наркоз). Операция продолжалась 40 минут, после наркоза больной проснулся, сказал несколько фраз, но очень быстро потерял сознание, пульс исчез. Сразу же были начаты активные реанимационные мероприятия, которые продолжались на протяжении 20 часов, но оказались безуспешными. Больной умер.

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

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

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

Практические навыки:

1. Самостоятельно анализировать медицинские документы (история болезни) и выявлять недостатки заполнения, элементы небрежности в записях ,выявлять врачебные ошибки и правонарушения врачей.

2. Самостоятельно дифференцировать по представленным им медицинским документам(истории болезни) и материалам комиссионных экспертиз по врачебным правонарушениям, правонарушения врачей от врачебных ошибок и несчастных случаев в медицинской практике.

3. Самостоятельно анализировать заключения комиссионных экспертиз в случаях врачебных правонарушений.

4. Самостоятельно на основании изучения историй болезни конкретно выявить недостатки в записях о механических повреждениях и разработать вопросы юридического характера.

Задания;

Задание № 1

Назовите классификацию дефектов профессиональной медицинской деятельности.

- ОТВЕТ:* 1. Умышленные профессиональные преступления медицинских работников.
2. Неосторожные действия. совершенные по легкомыслию, самонадеянности или небрежности.
3. Врачебные (медицинские) ошибки:
- а) в диагностике; б) в лечении; в) в организации здравоохранения; г) в нарушении этики и деонтологии.
4. Несчастные случаи в медицинской практике..

Задание № 2

Перечислите статьи УК, затрагивающие вопросы ответственности медицинских работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья и причинение вреда здоровью.

- ОТВЕТ:* В статьях У К РУз.
- ст. 133.* Принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации;
- ст. 113.* Заражение ВИЧ-инфекцией (п. 4 — вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих обязанностей);
- ст. 114.* Незаконное производство аборта;
- ст. 116.* Неоказание помощи больному;
- ст. 117.* Оставление в опасности;
- ст. 125.* Разглашение тайны усыновления (удочерения);
- ст. 273.* Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических или психотропных веществ;
- ст. 257.* Нарушение санитарно-эпидемиологических правил;
- ст. 104.* Стерилизация женщин или мужчин без медицинских показаний
- ст. 207* Халатность.
- Ст. 209.* Должностной подлог.

Задание № 3

Назовите статьи УК, в которых предусмотрена уголовная ответственность эксперта за нарушения в его профессиональной деятельности.

- ОТВЕТ:* УК РУз предусматривает уголовное наказание эксперта по ст. 240 задачу заведомо ложного заключения и освобождение от него, если в ходе дознания,

предварительного следствия или судебного разбирательства до вынесения приговора эксперт заявит о ложности своего заключения. По ст. 239 эксперт может понести уголовное наказание за разглашение данных предварительного расследования. Вместе с тем следует отметить, что в действующем УК РУз впервые имеется указание о защите эксперта от посягательства на его жизнь и достоинство, угрозы и насильственных действий в связи с проведением предварительного расследования или правосудия, а также предусмотрено уголовное наказание лиц, принуждающих эксперта к даче заключения путем применения угроз, шантажа или иных незаконных действий.

Ситуационные задачи:

Задача № 1

Обстоятельства дела

Гр. Д., 35 лет, мать четверых детей, вместе с мужем 12.07. 82 г. приехала в город Л. и, узнав от случайных прохожих о месте расположения женской консультации, обратилась к врачу, акушеру-гинекологу А., с просьбой сделать ей аборт. Врач А. согласилась и велела ей прийти 15.07.82 г. в 22 ч к входу в больницу. Гр. Д. 15.07.82 г. весь день работала (копнула сено, готовила обед, ухаживала за детьми), а вечером вместе с мужем в 21 ч приехала в город Л. автобусом. Причем в этот день никаких жалоб она не предъявляла и чувствовала себя хорошо. В 22 ч она встретилась у входа в здание больницы с врачом А., которая проводила ее в гинекологическое отделение. Муж гр. Д. ждал ее в скверике.

Во время производства аборта врач А. перфорировала матку, что вызвало необходимость срочной операции по удалению травмированной матки, во время которой гр. Д. умерла.

Врач А. в процессе предварительного следствия отрицала факт производства ею аборта гр. Д. По ее словам, при осмотре гр. Д. у нее возникло подозрение на внематочную беременность. Она вызвала дежурного врача Ш., с которым вместе приняли решение оперировать гр. Д. по поводу внематочной беременности. Во время операции гр. Д. умерла.

Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании:

1. Какой срок беременности у гр. Д.?
2. До какого срока беременности официально принятыми инструкциями разрешен аборт в лечебных учреждениях и не было ли медицинских противопоказаний для проведения аборта у гр. Д.?
3. Были ли, по данным истории болезни, показания для экстренного проведения операции гр. Д. при диагнозе внематочной беременности (правой маточной трубы)?
4. Наблюдались ли при вскрытии трупа гр. Д. признаки воспаления брюшины - перитонита?
5. Сколько времени прошло с момента разрыва матки у гр. Д. до момента ее удаления во время операции чревосечения?
6. Могла ли гр. Д. при наличии разрыва матки, указанного в акте судебно-медицинского исследования трупа, совершать активные действия: ходить, копнуть сено, ехать в автобусе в течение 2 ч, подняться на четвертый этаж больницы?

Ответы на вопросы задачи:

На основании тщательного изучения всех материалов дела, включающих карту амбулаторного больного, историю болезни (которая была составлена уже после смерти гр. Д.), данные показаний работников больницы и мужа потерпевшей, результаты повторного гистологического исследования внутренних органов гр. Д.,

судебно-медицинская экспертная комиссия с участием соответствующих специалистов пришла к следующим выводам:

1. По данным истории болезни гинекологического отделения и акта судебно-медицинского исследования трупа от 17.07.1982 г. определить срок беременности гр. Д. не представляется возможным. Однако, учитывая длину удаленной матки, фиксированной в фор. малине (11 см), длину шейки матки после произведенной надвлагалищной ампутации матки (6,5 см), выраженную пигментацию околосоковых кружков и наличие выделений из молочных желез, следует считать, что срок беременности у гр. Д. составлял не менее 16—18 недель.

2. Согласно инструкции «О порядке проведения операции искусственного прерывания беременности» (Приложение к приказу Министерства здравоохранения СССР № 258 от 29.11.55 г.), производство аборта в лечебных учреждениях разрешается при сроке беременности до 12 недель.

i. Установить, имелись ли противопоказания для производства аборта гр. Д., невозможно в связи с отсутствием данных клинического и лабораторного обследования.

2. Согласно записям в представленной истории болезни, у гр. Д. была заподозрена внематочная беременность. При таком диагнозе получение крови при пункции задней стенки свода влагалища являлось показанием для срочного оперативного вмешательства.

3. При вскрытии трупа гр. Д. признаков перитонита не выявлено.

4. Только по наличию мелких лейкоцитарных и лимфогистиоцитарных скоплений в строме миометрия судить о времени, прошедшем с момента разрыва матки до ее удаления, тем более в течение первых часов, трудно. Указанные инфильтраты следует трактовать как реактивные.

5. При наличии описанных в акте исследования трупа повреждений шейки и тела матки гр. Д. не могла бы свободно ходить, косить сено, ехать автобусом в течение 2 ч, подниматься на четвертый этаж и т. д., не жалуясь при этом на плохое самочувствие. Такого рода повреждения обычно сопровождаются выраженной болью, кровотечением и другими симптомами, которые не могут не замечать окружающие лица.

6. Возникновение самопроизвольного разрыва матки при условии произведенного гр. Д. аборта в предшествующие 1 - 4 дня исключается. Это подтверждается результатами повторного гистологического исследования внутренних органов (отсутствием патологических процессов).

7. Новокаин применяется как обезболивающее средство, главным образом для инфильтрационной анестезии. Раствор новокаина применяется в гинекологической практике при производстве аборта, проведении с диагностической целью некоторых манипуляций и др. Обнаружение новокаина в тканях шейки матки свидетельствует о введении его в эту область. Новокаин - вещество нестойкое, в биологических средах и тканях быстро разлагается, сохранность его зависит от введенного количества и сочетания с другими медикаментозными средствами.

8. Срочная операция по поводу начавшегося самопроизвольного аборта без предварительного обследования беременной производится в любое время суток только при наличии осложнений, угрожающих здоровью и жизни женщины (кровотечение и др.).

9. Согласно истории болезни, гр. Д. в гинекологическом отделении больницы города Л. 16.07.82 г. была произведена операция чревосечения в связи с подозрением на внематочную беременность. Плановые операции искусственного прерывания беременности в лечебных учреждениях производятся после обследования женщин

(клинического и лабораторного) в период времени, регламентированный внутренним распорядком работы отделения.

10. Перфорация тела матки сопровождается в основном внутренним кровотечением; при повреждении шейки матки преобладает наружное кровотечение, интенсивность которого зависит от размера поврежденных сосудов. Определить характер кровотечения у гр. Д. невозможно в связи с отсутствием записей в истории болезни.

11. Медицинскими инструментами, применяемыми при производстве аборта, можно причинить повреждение как тела, так и шейки матки. Чем было причинено повреждение шейки и тела матки гр. Д. (указанными медицинскими инструментами или другими предметами), определить не представляется возможным из-за недостаточно полного описания характера повреждений шейки и тела матки.

12. В производстве врачом аборта в лечебном учреждении принимает участие средний медицинский работник.

13. Смерть гр. Д. наступила от кровопотери, обусловленной повреждением шейки и тела матки при производстве аборта.

14. Согласно заключению экспертизы, смерть гр. Д. наступила из-за острой кровопотери, возникшей в результате перфорации матки.

Задача №2

Обстоятельства дела

Девочка П., 14 лет, 04.01.06 г. обратилась к хирургу Г. по поводу панариция II пальца правой кисти. Ей был сделан компресс с мазью Вишневского.

Панариций был вскрыт 05.01.06 г. под анестезией 1 % раствором новокаина. Местный воспалительный процесс стал уменьшаться. Но на третий день после операции общее состояние девочки резко ухудшилось: повысилась температура тела до 37,8—38 °С, появилась боль в области поясницы, правого тазобедренного сустава. В связи с этим 07.01.06 г. отец доставил девочку к хирургу Г., однако врач не выяснила причину ухудшения состояния ее здоровья, не организовала необходимую консультацию специалистов, а лишь дала совет: если состояние больной не изменится, вызвать врача на дом.

09.01.06 г. девочка была направлена в инфекционное отделение с диагнозом — постгриппозный энцефаломиелит. В инфекционной больнице ей был поставлен диагноз — гематогенный остеомиелит правого тазобедренного сустава, в связи с чем ее в этот же день перевели в травматологическое отделение. После исследования спинномозговой жидкости консилиум врачей 13.01.06 г. установил диагноз: сепсис, менингоэнцефалит, васкулит. Была назначена интенсивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Однако состояние больной не улучшилось и 14.01.06 г. она умерла.

Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании:

1. Правильно ли была выбрана методика оперативного вмешательства, своевременно и верно ли технически оно выполнено врачом?

2. Какие нарушения допустила хирург Г. при приеме больной П 07.01.06 г.; в полном ли объеме было произведено ее обследование? Вправе ли была врач Г. отпустить больную, не поставив ей диагноз и не назначив лечения?

3. Не явилось ли последующее заболевание, симптомы которого впервые появились 07.01.06 г., т. е. спустя три дня после операции, результатом внесения во время нее инфекции?

4. Могли ли усугубить дальнейшее течение заболевания у больной П. такие факторы, как невнимательное отношение к ней врача Г., неустановление диагноза при осмотре 07.01.06 г.?

5. Все ли методы антибактериальной и дезинтоксикационной терапии были использованы при лечении больной П. в травматологическом отделении после установления диагноза сепсиса?

6. Мог ли развиться сепсис у больной П. с 05.01.06 г. (т. е. с момента операции,) до 07.01.06 г. — появления недомогания и боли в правой ноге?

7. Является ли данное заболевание (панариций II пальца правой кисти) причиной смерти девочки П.?

8. Что в основном определило исход заболевания: характер его и тяжесть течения или ошибки, допущенные при диагностике, лечении в стационаре?

Ответ на ситуационную задачу;

Изучение всех материалов дела позволило экспертной комиссии прийти к следующим выводам:

1. Из амбулаторной карты следует, что 04.01.06 г. девочка П. была в поликлинике на приеме у врача Г., который диагностировал панариций II пальца правой кисти.

2. Этим же врачом 05.01.06 г. была произведена операция — вскрытие панариция. Однако из-за недостаточно полного отражения в карте амбулаторного больного характера и объема хирургического вмешательства (не указана точная локализация разреза, его глубина, длина, характер обезболивания, количество и характер раневого отделяемого и пр.) судить о правильности выполнения техники операции и выбранной для этого методики невозможно.

3. При обращении девочки П. 07.01.06 г. с жалобами на повышение температуры тела, боль в пояснице и тазобедренной суставе хирург обязан был госпитализировать ее для обследований и установления диагноза.

4. Проникновение в организм девочки П. инфекции не являлось в данном случае следствием оперативного вмешательства, так как панариций сам по себе — это результат местного внедрения инфекции.

5. Можно считать, что летальный исход заболевания в данном случае предопределила недооценка хирургом Г. 07.01.06 г. тяжести состояния девочки. Это повлекло за собой несвоевременную госпитализацию, запоздалую диагностику и лечение развившегося у нее осложнения — сепсиса.

6. По данным истории болезни травматологического отделения стационара, у больной П. 13.01.06 г. был диагностирован сепсис. Тактика ведения больной в этот период и ее лечение в основном были правильными.

7. Так как при исследовании крови больной на стерильность был выделен патогенный стафилококк, следует полагать, что сепсис у нее протекал молниеносно и развивался в течение нескольких дней (05—07.01.06г.).

8. Причиной смерти больной П. явился сепсис, обусловленный панарицием II пальца правой кисти.

Т Е С Т Ы.

1. На сколько групп делятся профессиональные правонарушения медицинских работников?

- А) на 4 группы
- В) на 2 группы
- С) на 3 группы
- Д) не делятся

Е) 2, 3 группы

2. В какой статье предусмотрены умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью?

- А) в 21 статье
- В) в 97 статье
- С) в 104 статье
- Д) в 105 статье
- Е) в 117 статье

3. В какой статье предусмотрено оставление больного в опасности?

- А) в 117 статье
- В) в 114 статье
- С) в 257 статье
- Д) в 301 статье
- Е) в 273 статье

4. Стерилизация женщин и мужчин без медицинских показаний, при этом им причиняется тяжкое телесное повреждение:

- А) 104 статья УК РУз
- В) 105 статья УК РУз
- С) 109 статья УК РУз
- Д) 107 статья УК РУз
- Е) 114 статья УК РУз

5. Какие неосторожные или небрежные действия врачей чаще всего расцениваются как должностное преступление?

- А) халатность
- В) злоупотребление властью
- С) должностной подлог
- Д) неоказание помощи больному
- Е) оставление больного в опасности

6. Что относится к халатности, как расценивающееся по неосторожным действиям врачей?

- А) недостаточное обследование больного и дефекты лечения
- В) врачебная ошибка
- С) несчастные случаи в медицинской деятельности
- Д) неоказание помощи больному
- Е) оставление больного в опасности

7. Что вы понимаете под врачебными ошибками?

- А) добросовестное заблуждение врача
- В) содержание в своем составе преступления
- С) в действии врача имеется умысел или неосторожность
- Д) врач несет за свои действия уголовную ответственность
- Е) врачебная ошибка – категория юридическая

8. Какие из приведенных пунктов относятся к врачебным ошибкам?

- А) диагностические ошибки и ошибки в выборе метода, а также в проведении лечения
- В) недостаточное обследование больного
- С) дефекты лечения
- Д) злоупотребление служебным положением
- Е) неоказание помощи больному

9. К объективным причинам врачебных ошибок относятся:

- А) объективные трудности в диагностике – наличие у одного больного нескольких конкурирующих заболеваний, тяжелое бессознательное состояние больного, отсутствие времени для обследования, отсутствие требующейся диагностической аппаратуры
- В) недостаточный практический опыт
- С) недооценка или переоценка анамнестических данных
- Д) недооценка или переоценка результатов клинического наблюдения, лабораторных и инструментальных исследований
- Е) переоценка врачом своих знаний и возможностей

10. К типичным несчастным случаям в медицинской практике относятся:

- А) смерть больного от непереносимости лекарственных препаратов
- В) случайные разрезы крупных кровеносных сосудов
- С) оставление в брюшной полости салфетки или инструментов во время операции
- Д) проведение медицинских манипуляций в не стерильных условиях
- Е) невнимательность хирурга во время операции

Критерии оценки знаний:

БАЛЛ/ОЦЕНКА	Уровень знаний студентов.
86-100 балла Отлично	Обладает «знаниями – трансформациями» - творческим подходом к учебному процессу. - студент знает, может рассказать, обсуждать и ориентироваться в вопросах об определении, содержании профессиональных правонарушений и их значение; - знает особенности расследований в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников; - знает понятие « медицинская диентология »; - знает классификацию (группы) дефектов в профессиональной деятельности мед работников (по И.Ф.Огаркову); - знает умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью и их определения, статьи Уголовного Кодекса Республики Узбекистан: а) неоказание помощи больному (ст.116 УКРУЗ);

	<p>б) преступный аборт (ст. 114 УКРУЗ);</p> <p>в) оставление больного в опасности (ст. 117 УКРУЗ);</p> <p>г) нарушение правил борьбы с эпидемиями (ст. 257 УКРУЗ);</p> <p>д) незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка наркотических веществ (ст. 273 УКРУЗ);</p> <p>е) стерилизация женщин или мужчин без медицинских показаний (ст. 104 УКРУЗ);</p> <p>ж) халатность (ст. 207 УКРУЗ);</p> <p>з) должностной подлог (ст. 209 УКРУЗ);</p> <p>к) разглашение тайны усыновления (ст. 125 УКРУЗ);</p> <p>- знает определение и понятие неосторожные действия медицинских работников;</p> <p>- знает определение и значение «самонадеянности»;</p> <p>- знает определение и значение «небрежности»;</p> <p>- знает определение и статью УК РУЗ «халатность»;</p> <p>- знает что относится к «неосторожным действиям врачей» (недостаточное обследование больного, дефекты лечения, типичная самонадеянность действия хирурга, халатность, небрежное ведение медицинских документации);</p> <p>- знает особенности СМЭ в случаях привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за профессиональные правонарушения;</p> <p>- знает основные вопросы задаваемые комиссионной экспертизе при расследовании правонарушений совершенных медицинскими работниками;</p> <p>- знает определение понятия «врачебная этика» и «врачебная диентология»;</p> <p>- знает основной принци оказания медицинской помощи (завещанного Гиппократом : «не навреди больному»);</p> <p>- знает основные содержание понятия «врачебная ошибка»;</p> <p>- знает объективные и субъективные причины врачебных ошибок»:</p> <p>а) недостаточное развитие самой медицины как науки. (этиология, патогене, клиника);</p> <p>б) объективные принципы диагностики (необычное течение заболевание, наличие у одного больного нескольких конкурирующих заболеваний, тяжелое бессознательного состояние и др.);</p> <p>в) недостаточный практический опыт врача;</p> <p>г) недооценка или переоценка анамнестических данных, результатов клинического наблюдения, лабораторных и инструментальных методов.</p> <p>- знает основные группы (разделы) врачебных ошибок;</p> <p>- знает понятие «несчастные случаи» в медицинской практике;</p> <p>- умеет самостоятельно анализировать медицинские документы (история болезни) и выявлять врачебную ошибку, правонарушения медицинских работников и др.;</p> <p>- умеет дифференцировать дефекты оказания медицинской помощи;</p> <p>- умеет самостоятельно анализировать заключения комиссионных экспертиз произведенных в случаях правонарушений медицинских работников и составлять вопросы юридического характера.</p>
71-85 балла хорошо	<p>- знает особенности расследований в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников;</p> <p>- знает понятие « медицинская диентология »;</p> <p>- знает классификацию (группы) дефектов в профессиональной деятельности мед работников (по И.Ф.Огаркову);</p> <p>- знает умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью</p>

	<p>и их определения, статьи Уголовного Кодекса Республики Узбекистан:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) неоказание помощи больному (ст.116 УКРУЗ); б) преступный аборт (ст. 114 УКРУЗ); в) оставление больного в опасности (ст. 117 УКРУЗ); г) нарушение правил борьбы с эпидемиями (ст. 257 УКРУЗ); д) незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка наркотических веществ (ст. 273 УКРУЗ); е) стерилизация женщин или мужчин без медицинских показаний (ст. 104 УКРУЗ); ж) халатность (ст. 207 УКРУЗ); з) должностной подлог (ст. 209 УКРУЗ); к) разглашение тайны усыновления (ст. 125 УКРУЗ); <p>- знает определение и понятие неосторожные действия медицинских работников;</p> <p>- знает определение и значение «самонадеянности»;</p> <p>- знает определение и значение «небрежности»;</p> <p>- знает определение и статью УК РУЗ «халатность»;</p> <p>- знает определение понятия «врачебная этика» и «врачебная диентология»;</p> <p>- знает основной принци оказания медицинской помощи (завещанного Гиппократом : «не навреди больному»);</p> <p>- знает основные содержание понятия «врачебная ошибка»;</p> <p>- знает понятие «несчастные случаи» в медицинской практике;</p> <p>- умеет самостоятельно анализировать медицинские документы (история болезни) и выявлять врачебную ошибку, правонарушения медицинских работников и др.;</p>
<p>55-70 балла Удовлетворительно</p>	<ul style="list-style-type: none"> - знает понятие « медицинская диентология »; - знает умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью и их определения, статьи Уголовного Кодекса Республики Узбекистан: а) неоказание помощи больному (ст.116 УКРУЗ); б) преступный аборт (ст. 114 УКРУЗ); в) оставление больного в опасности (ст. 117 УКРУЗ); г) нарушение правил борьбы с эпидемиями (ст. 257 УКРУЗ); д) незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка наркотических веществ (ст. 273 УКРУЗ); е) стерилизация женщин или мужчин без медицинских показаний (ст. 104 УКРУЗ); ж) халатность (ст. 207 УКРУЗ); з) должностной подлог (ст. 209 УКРУЗ); к) разглашение тайны усыновления (ст. 125 УКРУЗ); <p>- знает определение и понятие неосторожные действия медицинских работников;</p> <p>- знает определение и статью УК РУЗ «халатность»;</p> <p>- знает определение понятия «врачебная этика» и «врачебная диентология»;</p> <p>- знает основные содержание понятия «врачебная ошибка»;</p> <p>- знает понятие «несчастные случаи» в медицинской практике;</p> <p>- не владеет практическими навыками по данной теме.</p>
<p>0-54 балла не удовлетворительно</p>	<p>Не знает тему ответственность медицинских работников за профессиональные правонарушения. Нет представления.</p>

Контрольные вопросы:

1. Понятие о медицинской деонтологии?
2. Что вы подразумеваете о профессиональных правонарушениях медицинских работников?
3. Понятие об умышленных преступлениях и преступлениях по неосторожности?
4. Определение врачебной ошибки?
5. Уголовная ответственность медицинских работников за профессиональные правонарушения?

3-занятие.

Тема: Юридическое, научно-практическое и воспитательное значение медицинской документации. Первичная учетная медицинская документация. Ятрогенные заболевания. Работа с историями болезни и другими материалами патоморфологического отдела и судебно-медицинской экспертизы.

Цель:

Разъяснить студентам цели и задачи занятия. Раздать контрольно-тестовые пункты по данной тематике и самостоятельно решить эти задачи под контролем преподавателя. После этого студенты ознакомятся с медицинскими документами и самостоятельно изучат записи в истории болезни и по записям выявляют различные недостатки и дефекты, имеющие большое лечебно-диагностическое, научно-практическое и юридическое значение. По записям и другим данным дается задание определить врачебную ошибку. В конце урока проводится оценка знаний студентов.

План занятия:

1. Понятие о медицинской документации и ее виды.
2. Краткие сведения по контрольным вопросам по данной тематике.
3. самостоятельная работа с медицинскими документами (историей болезни) для выявления недостатков в записях, дефектов в диагностике и лечении.
4. В истории болезни обратить внимание на описание механических повреждений, имеющих юридическое значение.

Оснащение занятия: Схемы истории болезни. Незаполненные истории болезни. Рецептурные бланки. Копии заключения экспертов по материалам дела. Таблицы и плакаты по первичным медицинским документам.

Теоретическая часть:

Медицинская документация представляет собой систему учетно-отчетных документов, предназначенных для записи и анализа данных, характеризующих состояние здоровья отдельных лиц и групп населения, объем, содержание и качество оказываемой медицинской помощи, а также деятельность лечебно-профилактических учреждений.

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

экстренное извещение и др.).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

История болезни является медицинским документом, а любой медицинский документ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

формы ран до и после сведения краёв, характер и особенности последних, концов и дна, состояние окружающих тканей (прежде всего наличие или отсутствие кровоизлияний в них).

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

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

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

Значительное место в истории болезни отводится диагнозу.

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

Диагноз, выставленный лечащим врачом в истории болезни и являющийся итогом клинических, инструментальных и лабораторных исследований больного, определяет не только тактику и методику лечения, но и, в значительной степени, заключение судебно-медицинского эксперта о характере и степени тяжести повреждений, имеющих у пострадавшего. Диагноз обязательно должен обосновываться объективными данными и записями о них в истории болезни.

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

Относительно диагноза схема истории болезни предусматривает заполнение следующих граф:

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

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

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

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

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

Согласно действующим нормативным актам, лицам, получившим травму в состоянии алкогольного опьянения, листки временной нетрудоспособности не оплачиваются. Когда такие лица поступают в стационар для оказания необходимой медицинской помощи, во многих случаях единственным основанием для суждения о том, находился ли пострадавший в состоянии алкогольного опьянения, являются врачебные записи в истории болезни.

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

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

Анализ материалов на клинико-анатомических кафедрах, ведомственные проверки при расследовании показывают, что в большинстве подобных случаев обвинения против врачей оказываются необоснованными, т.к. расстройство здоровья больных или их смерть обусловлены тяжестью заболевания или травмы. Но иногда выясняется, что претензии к врачам в неблагоприятном исходе лечения являются в той или иной степени справедливыми.

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

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

обосновывает свои выводы данными, содержащимися в истории болезни.

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

Практические навыки:

1. Самостоятельно составлять и заполнять по данным историй болезни заключение эксперта.
2. Правильно описать в истории болезни по прилагаемому им муляжам по повреждениям телесные повреждения.
3. Правильное заполнение истории болезни.
4. Правильно составлять клинический диагноз при случаях повреждений и заболеваний.
5. Правильно составлять судебно-медицинский диагноз по прилагаемому заключению эксперта.

Задания.

Задание № 1

Назовите особенность назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы по делам о правонарушении медицинских работников.

ОТВЕТ: В основном соблюдаются правила проведения экспертизы по материалам уголовного дела. Однако судебно-медицинская экспертиза по подозрению в профессиональном преступлении медицинского работника обычно назначается после предварительной служебной (административной) проверки, которая поручается прокурором (или следователем) опытным специалистам соответствующей специальности из другого лечебно-профилактического учреждения. Эти специалисты, изучив подлинники представленных им медицинских документов, составляют акт служебной проверки, в заключении которого указывают, имеются ли дефекты в диагностике или лечении и не могли ли они привести к неблагоприятным последствиям с учетом этой проверки, либо выносятся постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, либо дается разъяснение на жалобу об отсутствии оснований в проведении судебно-медицинской экспертизы и возбуждении уголовного дела. Другой особенностью такой экспертизы по сравнению с экспертизой по материалам дела является изучение при необходимости также первичных материалов обследования больного, а не только их интерпретации. Например, повторное изучение гистологических препаратов, повторное получение рентгенограмм и их изучение и т. д.

Задание № 2

Перечислите вопросы, наиболее часто ставящиеся перед судебно-медицинской экспертизой по делам о правонарушениях медицинских работников.

ОТВЕТ: В зависимости от конкретного случая это следующий примерный перечень вопросов:

1. Какие заболевания и повреждения имеются у потерпевшего?
2. Правильно ли был установлен диагноз?

3. Если диагноз неправилен или установлен несвоевременно, то какие конкретно последствия это вызвало?
4. Имелась ли объективная возможность постановки правильного диагноза?
5. Была ли возможность в конкретных условиях своевременно и правильно поставить диагноз?
6. Правильно и полно ли было проведено лечение?
7. Не было ли противопоказаний в использовании определенного лекарственного средства?
8. Правильно ли была указана доза лекарства?
9. Обосновано ли было применение данного метода лечебного воздействия?
10. Была ли необходимость проведения операции и правильно ли технически она проведена?
11. Если лечение было неправильным, то к каким неблагоприятным последствиям это привело?
12. Были ли альтернативные и более безопасные методы лечения?
13. Имелась ли прямая причинная связь между ошибками, допущенными в лечении, и наступлением смерти?

Ситуационные задачи:

Задача № 1.

Гр-н П., 30 лет поступил в хирургический стационар с диагнозом «острый аппендицит» на второй день заболевания. Через 12 часов после клинического наблюдения и необходимых лабораторных исследований при общем вполне удовлетворительном состоянии, больному проведена операция лапаротомия с удалением флегманозно измененного червеобразного отростка. В связи с выраженной эмоциональной лабильностью больного, операция производилась под общей внутривенной анестезией (фентанил-триопентал-детилиновый наркоз).

Операция продолжалась 40 мин. После наркоза больной проснулся, сказал несколько фраз, но очень быстро потерял сознание, пульс исчез. Срочно начаты активные реанимационные мероприятия, которые продолжались на протяжении 20 мин, но оказались безуспешными. Больной умер.

Как выяснилось, за год до операции П. перенес тяжелую черепно-мозговую травму в виде ушиба головного мозга, субдуральной гематомы с оперативными вмешательствами по ее удалению. После этой травмы у него и развилась отмеченная выше эмоциональная лабильность.

При вскрытии трупа и гистологическом исследовании в головном мозге обнаружены явления постаноксической энцефалопатии вследствие остановки дыхания в ранний послеоперационный период, а также глубокие расстройства кровообращения, отеки и дислокация мозга с ущемлением миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии, резкие дистрофические изменения и некроз клеток, полнокровие.

Судебно-медицинская экспертная комиссия пришла к выводу, что указанные значительные изменения посттравматического характера головного мозга обусловили

повышенную чувствительность гр-на П. к веществам, применяемым при внутривенном наркозе и спровоцировали депрессию дыхания с последующей остановкой его.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите неблагоприятный фон для наркоза.

Ответы на ситуационную задачу:

1. В данном случае имело место «несчастные случаи в медицинской практике» а именно индивидуальная несовместимость к наркозу.

2. Неблагоприятным фоном для наркоза явилась перенесенная за год тяжелая черепно-мозговая травма в виде ушиба головного мозга субдуральной гематомы с оперативным вмешательством по ее удалению.

Задача № 2.

В участковую больницу экстренно был доставлен гр-н Ш., 19 лет с повреждением головы, которое ему было нанесено ударом тупого предмета. Врач диагностировал ушибленную рану в правой лобно-височной области и сотрясение головного мозга. Единственный рентгеновский аппарат, бывший в больнице за несколько дней до этого вышел из строя, его собирались ремонтировать, по этой причине рентгенография черепа пострадавшего не была произведена.

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Определить диагностическую ошибку при поступлении в больницу и укажите причину ошибки.

2. С чем связаны причины недостаточного обследования больного?

3. Могла ли обеспечить своевременная хирургическая помощь положительный эффект?

Ответы на ситуационную задачу:

1. В данном случае имело место врачебная ошибка причиной которому была объективные трудности диагностики из-за отсутствия требующейся диагностической аппаратуры (рентген аппарат).

2. Причиной недостаточного обследования явился отсутствие диагностической аппаратуры (рентгеновского аппарата).

Задача №3.

У женщины 76 лет флегмонозный аппендицит с разлитой инфильтрацией окружающих тканей был ошибочно принят за раковую опухоль слепой кишки. Этому во многом способствовали атипичное подострое течение заболевания, отсутствие характерных данных для аппендикса симптомов (Щеткина- Блюмберга, Ситковского, Ровзина), при наличии четко определяемого пальпаторно опухолевидного образования в правой подвздошной области и явлений кишечной непроходимости.

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

Задание:

1. Причина неправильного диагноза?
2. Диагноз «раковая опухоль» устанавливается только ли на основании клинических данных?
3. На основании каких данных можно установить наличие рака ?

Ответы на ситуационные задачи;

1. Причиной неправильного ошибочного диагноза послужила атипичное подострое течение заболевания аппендицит.
2. Диагноз «Раковая опухоль» устанавливается не только на основании клинического проявления, но она устанавливается на основании данных биопсийного материала.

Тесты:

1. К учетным медицинским документам относятся:
 - А) история болезни
 - В) карта профилактических прививок
 - С) обменная карта поликлиники
 - Д) экстренное извещение
 - Е) всё перечисленное
2. Для расследования преступления против жизни и здоровья, используют данные историй болезни, относящиеся к описанию повреждений. К ним относятся:
 - А) ссадины, кровоподтеки, раны, вывихи, переломы и др.
 - В) причины повреждения
 - С) кем причинено повреждение
 - Д) почему повреждено
 - Е) степень тяжести повреждения
3. В чём выражается небрежное заполнение истории болезни?
 - А) стандартные общие фразы в дневнике, подчистки или исправления, отсутствие записей о согласии больного на оперативное вмешательство и т.д.
 - В) полноценные анамнестические данные, объективные исследования
 - С) конструкция диагноза
 - Д) наличие всех лабораторных анализов
 - Е) наличие записей консультантов в истории болезни
4. Для идентификации личности неизвестных лиц, на что вы будете, в основном, обращать внимание в истории болезни?

А) на записи о локализации и размерах рубцов на месте бывших травм, о родимых пятнах, татуировках и других особых приметах

В) на возраст

С) на пол

Д) на внешний вид

Е) на упитанность

5. *Какие преступления относятся к преступлениям против здоровья населения и общественной безопасности?*

А) незаконное обращение с наркотическими веществами и психотропными средствами, незаконное занятие частной медицинской и фармацевтической деятельностью, нарушение правил борьбы с эпидемией

В) умышленное убийство (ст. 97)

С) причинение смерти по неосторожности (ст. 22)

Д) незаконное производство аборта

Е) Неоказание помощи больному

6. *При частой медицинской деятельности, кем осуществляется контроль качества оказанной медицинской помощи?*

А) органом, выдавшим лицензию

В) главным врачом

С) хокимом

Д) налоговой инспекцией

Е) органами прокуратуры

7. *Что приостанавливает разрешение заниматься частой медицинской деятельностью?*

А) постановление суда

В) решение хокимията

С) указание главврача

Д) приказы облздравотдела

Е) указание начальника милиции

8. *В каком разделе законодательства, приведены понятия о клятве врачей и врачебной тайне?*

А) в шестом разделе

В) в пятом разделе

С) в четвертом разделе

Д) в третьем разделе

Е) во втором разделе

9. *В каком разделе законодательства предусмотрена компенсация вреда здоровью, нанесенного фармацевтическими и медицинскими работниками?*

А) в шестом разделе

В) во втором разделе

С) в третьем разделе

Д) в четвертом разделе

Е) в пятом разделе

Критерии оценки знаний:

БАЛЛ/ОЦЕНКА	уровень знаний студентов.
86-100 балла Отлично	<p>Обладает «знаниями – трансформациями» - творческим подходом к учебному процессу.</p> <ul style="list-style-type: none"> - студент знает, может рассказать, обсуждать и ориентироваться в вопросах об определении, содержании и значении медицинских документов; - знает формы медицинских документов; - знает первичные учетные медицинские документации(остория болезни, амбулаторная карта); - знает схему истории болезни; - знает лечебно-диагностическое значение истории болезни; - знает научно-практическое значение истории болезни; - знает воспитательное значение истории болезни; - знает юридическое значение истории болезни; - знает значение данных истории болезни (повреждений) для судебно-медицинских экспертов, при проведении судебно медицинских экспертиз; - знает что такое диагноз и составляющие их части (основной, осложнения, сопутствующее); - умеет самостоятельно составлять клинический диагноз; - умеет самостоятельно анализировать и интерпретировать записи в истории болезни (правильно ли поставлен диагноз, правильно ли описаны повреждения, соответствует ли клинический диагноз с паталогоанатомическим). - знает значение паталогоанатимического исследования для врачей.
71-85 балла Хорошо	<ul style="list-style-type: none"> - знает схему истории болезни; - знает лечебно-диагностическое значение истории болезни; - знает научно-практическое значение истории болезни; - знает воспитательное значение истории болезни; - знает юридическое значение истории болезни; - знает значение данных истории болезни (повреждений) для судебно-медицинских экспертов, при проведении судебно медицинских экспертиз; - знает что такое диагноз и составляющие их части (основной, осложнения, сопутствующее); - умеет самостоятельно составлять клинический диагноз; - умеет самостоятельно анализировать и интерпретировать записи в истории болезни (правильно ли поставлен диагноз, правильно ли описаны повреждения, соответствует ли клинический диагноз с паталогоанатомическим).
55-70 балла Удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> - знает схему истории болезни; - знает лечебно-диагностическое значение истории болезни; - знает научно-практическое значение истории болезни; - знает воспитательное значение истории болезни; - знает юридическое значение истории болезни; - знает что такое диагноз и составляющие их части (основной, осложнения, сопутствующее); - знает значение паталогоанатимического исследования для врачей. -не владеет практическими навыками по данной теме.
0-54 балла не удовлетворительно	<p>Не знает тему медицинская документация и ее лечебно-диагностическое и юридическое значение .Нет представления.</p>

Контрольные вопросы:

1. Дать определение медицинским документациям?
2. Какие виды учетной и отчетной документации?
3. Как составляется диагноз в истории болезни?
4. На что обращается внимание при описании механических повреждений?
5. Укажите юридическое значение истории болезни?
6. Что вы понимаете о совпадении и несовпадении диагнозов?

4-занятие.

Тема: Правовые основы судебно-медицинской экспертизы. Судопроизводство, экспертиза, эксперты. Процессуальное положение эксперта. Предмет, объекты и виды судебно-медицинской экспертизы. Порядок проведения экспертизы. Документация судебно-медицинской экспертизы. Участие врача в следственных действиях. Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения.

Цель занятия:

Студентам дать объяснение о целях и задачах по данной тематике. Раздать контрольно-тестовые вопросы для самостоятельного решения под контролем преподавателя. По ходу занятия студентам дается ситуационные задачи данного вопроса, где подробно изложены права и обязанности эксперта, порядок проведения СМЭ, объекты, виды СМЭ, а также материалы по судебно-медицинских документациях. Кроме того, студенты самостоятельно изучают протоколы осмотра места происшествия, где им конкретно дается задание четко сформулировать задачи судебно медицинского эксперта или врача – эксперта при первоначальном осмотре трупа на месте его обнаружения. Оценка знание студентов в конце занятия.

План занятия:

1. Ознакомить студентов с процессуальными и организационными основами СМЭ.
2. Обучить и информировать о порядке проведения СМЭ.
3. Разъяснить студентам о правах и обязанностях эксперта.
4. Участие судебно медицинского эксперта в следственных действиях.
5. Подробно изложить материалы о всех подразделениях бюро СМЭ.
6. Дать сведения о судебно-медицинских документациях и указать их образцы.

Оснащение занятия: Уголовный и уголовно-процессуальный кодекс Республики Узбекистан. Плакаты и таблицы с организационной структурой судебно-медицинской службы. Таблицы по видам судебно-медицинской экспертизы. Диаскопы со слайдами места осмотра трупа. Видеокассета с видеофильмом « Осмотр трупа на месте происшествия»

Теоретическая часть

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

Раскрытие преступлений и изобличение виновных проводят органы предварительного

следствия, органы дознания и суд.

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

Судебными органами являются суды, в том числе и военные.

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

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

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

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

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

Эксперт имеет следующие права:

знакомиться с материалами дела имеющими отношение к предмету экспертизы;
подавать ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения;

с разрешения органа дознания, следователя, прокурора и суда, присутствовать при допросах и другие следственных и судебных действиях и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы;

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

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

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

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

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

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

Дополнительную экспертизу проводят, если первичное заключение составлено недостаточно ясно и полно, если в ходе предварительного или судебного следствия выявляются новые сведения, требующие специального экспертного исследования. Повторную экспертизу назначают при необоснованности или сомнении в правильности первичного или дополнительного экспертного заключения. Её поручают другому эксперту или, что бывает чаще, нескольким другим экспертам.

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

При необходимости практикуется комплексное исследование одного и того же объекта экспертами разных профессий и специальностей: врачами, криминалистами, специалистами в различных видах спорта, пожарном деле и др. В таких случаях все назначенные эксперты сначала собираются на координационное совещание и определяют такую оптимальную последовательность исследования объекта разными специалистами, которая гарантирует сохранение информации на каждом последующем этапе экспертного исследования после предыдущих. По результатам лично проведённых исследований каждый специалист должен составить самостоятельное заключение. Этот порядок представляется наиболее целесообразным и юридически правильным.

Порядок проведения экспертизы

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

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

Если экспертизу проводят вне экспертного учреждения, то дознаватель, следователь или суд вызывают специалиста, которому поручается проведение экспертизы, и, удостоверившись в его личности и компетентности, вручают ему постановление (или определение) о назначении экспертизы, разъясняют ему права, обязанности и уголовную ответственность, которую он несёт как эксперт. Обо всех этих действиях следователь делает отметку в постановлении о назначении экспертизы и скрепляет её подписью эксперта. Своё заключение эксперт направляет только тому органу, который назначил экспертизу.

Общая схема проведения судебно-медицинской экспертизы включает следующие этапы:

изучение постановления следователя или определения суда о назначении экспертизы; уяснение обстоятельств происшествия, повода к проведению экспертизы и вопросов, подлежащих экспертному решению;

оценка достаточности и качества материалов, представленных следователем для экспертного исследования и ответов на поставленные вопросы; при необходимости заявление ходатайства следователю о предоставлении необходимых дополнительных материалов дела;

составление плана проведения экспертизы в виде оптимальной последовательности экспертных задач и рационального применения необходимого комплекса методов исследования;

собственно исследование объекта или объектов экспертизы; анализ и синтез результатов всех проведённых исследований; составление заключения эксперта.

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

Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы.

Организация судебно-медицинской экспертизы

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

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

В бюро судебно-медицинской экспертизы проводят все основные виды судебно-медицинских экспертиз. Экспертизу живых лиц и трупов проводят специалисты самостоятельных отделов, в один из которых (танатологический) обычно включается судебно-гистологическая лаборатория. Кроме того, в составе бюро имеются отделы: судебно-химических, судебно-биологических и медико-криминалистических (физико-технических) исследований. В судебно-химическом отделе эксперты – судебные химики – выполняют исследования по выявлению и определению количественного содержания в биологических средах разнообразных веществ, послуживших причиной интоксикации, а также по другим вопросам, требующим специальных знаний в области судебной химии. В составе этого отдела может быть образована судебно-биологическая лаборатория.

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

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

Участие врача в следственных действиях

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

Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения

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

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

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

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

Результаты осмотра места происшествия и трупа, время начала и окончания этого действия фиксируют в протоколе осмотра места происшествия, составляемом следователем.

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

Задачи врача при осмотре места происшествия: выявить признаки, позволяющие судить о времени и причине смерти, характере и механизме возникновения повреждений, а

также другие данные, имеющие значение для установления обстоятельств происшествия;
оказывать следователю помощь в обнаружении, изъятии и сохранении биологических следов на вещественных доказательствах;
содействовать следователю при описании в протоколе состояния трупа и биологических следов на вещественных доказательствах;
обращать внимание следователя на все особенности, имеющие значение для расследования данного случая;
давать пояснения по поводу выполняемых врачом действий.

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

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

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

Практические навыки:

1. Должен овладеть навыками осмотра трупа на месте его обнаружения и уметь самостоятельно проводить осмотр трупа и выявления, сбора вещественных доказательств.
2. Владение методами судебно-медицинского исследования трупа, самостоятельно вскрывать трупы и составлять судебно-медицинские заключения.
3. По трупным явлениям установить давность наступления смерти.

Задания.

Задание № 1

Назовите, в каких случаях в соответствии с УПК обязательно назначается судебно-медицинская экспертиза.

ОТВЕТ: В соответствии с законом (ст. 179 УПК РУз) назначение экспертизы обязательно:

- 1) для установления причин смерти и характера телесных повреждений;
- 2) для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать отчет в своих действиях или руководить ими;
- 3) для определения психического состояния или физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания;

4) для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют.

Однако на практике без судебно-медицинской экспертизы невозможно обойтись и при решении некоторых других вопросов. Например, расследование уголовных дел в связи с преступлениями против половой неприкосновенности и половой свободы личности требует обязательного назначения судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы.

Задание № 2

Перечислите нормативные документы регламентируют проведение судебно-медицинской экспертизы.

ОТВЕТ: Судебно-медицинская экспертиза осуществляется в соответствии с УК и УПК РУз, основами законодательства Республики Узбекистан об охране здоровья граждан, а также на основании приказов МЗ РУз., которыми утверждаются официальные положения, регламентирующие специальные, организационные и методические вопросы судебно-медицинской экспертизы. К ним относятся:

- Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы.
- Правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью.
- Правила судебно-медицинской экспертизы трупа.
- Правила судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств.
- Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы.
- Правила производства судебно-медицинских экспертиз в физико-технических отделениях лаборатории Бюро СМЭ.
- Правила судебно-химической экспертизы вещественных доказательств в судебно-химических отделениях Бюро СМЭ.

Задание № 3

Перечислите права судебно-медицинского эксперта.

ОТВЕТ: Они не отличаются от прав иных экспертов. УПК РУз предусматривает следующие права эксперта: он имеет право требовать указания цели экспертизы и постановки конкретных вопросов, может знакомиться со всеми материалами, имеющими отношение к решению вопросов проводимой им экспертизы. Если они не представлены — запрашивать их, как и необходимые вещественные доказательства. При отсутствии необходимых данных имеет право отказаться от решения вопроса, указав причину. Эксперт вправе, проявляя инициативу, делать вывод и по непоставленному вопросу, если он считает это важным для дела. С разрешения следователя эксперт имеет право принимать участие в таких следственных действиях, как освидетельствование, осмотр, обыск, допрос, следственный эксперимент, когда его познания необходимы для более качественной работы.

Задание № 4

Перечислите обязанности эксперта.

ОТВЕТ: В соответствии с законом эксперт обязан явиться по вызову лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда, произвести исследование и дать объективное письменное заключение по поставленным вопросам. Он обязан отказаться отдачи заключения и предупредить об этом в случае, если один из участников процесса является его родственником, либо он связан с кем-то из участников (например, был лечащим врачом) и может подозреваться в заинтересованности по делу. Эксперт обязан отказаться от решения вопроса, выходящего за рамки его компетентности, т. е. за пределы медицинских знаний. Например, в вопросах о роде смерти, изнасиловании, психической болезни и невменяемости, что является компетенцией следователя и судебного психиатра; о дефектах врачебной работы (это компетенция, хотя и судебно-медицинской экспертизы, но не отдельного эксперта, а комиссии).

Ситуационные задачи:

Задача № 1

Обстоятельства дела

Бригада скорой помощи 27.12.68 г. выехала по вызову в связи с обнаружением в подъезде дома в тяжелом состоянии гр. Н. Врач М. установила у больного «алкогольное опьянение», дала ему вдыхать нашатырный спирт, а затем позвонила в милицию и попросила Доставить его в вытрезвитель. В вытрезвителе, в связи с тяжелым состоянием гр. Н., к нему была вызвана машина скорой помощи. Врач диагностировал кровоизлияние в мозг, и больного перевезли в стационар, где он на следующий день скончался.

Из представленной истории болезни неврологического отделения следует, что при поступлении состояние гр. Н. было крайне тяжелым, сознание у него отсутствовало, отмечался цианоз конечностей. На одежде были следы -рвотных масс. Артериальное давление 30,7/22,7 кПа (230/170 мм рт. ст.). Зрачки на свет не реагировали. Левая щека «парусила». Отмечалось непроизвольное мочеиспускание. Клинический диагноз: гипертоническая болезнь III степени, острое нарушение мозгового кровообращения. Несмотря на принятые меры, 28.12.06 г. больной умер.

Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании:

1. Могла ли быть предотвращена смерть гр. Н. в случае оказания ему немедленной квалифицированной медицинской помощи врачом М.?
2. Вызвано ли ухудшение состояния больного Н. неоказанием ему квалифицированной медицинской помощи?
3. Какое влияние на состояние больного Н оказали пары нашатырного спирта?

При судебно-медицинском исследовании трупа гр. Н. установлено, что смерть его наступила в результате гипертонической болезни, осложнившейся кровоизлиянием в мозговой ствол с прорывом в желудочки мозга. Этиловый спирт в крови и моче не был обнаружен.

Ответы на вопросы ситуационной задачи:

На основании всего изложенного судебно-медицинская экспертная комиссия пришла к следующим выводам:

1. Гр. Н. страдал тяжелой формой гипертонической болезни, сопровождавшейся нарушением мозгового кровообращения. На почве этого заболевания у него развилось массивное кровоизлияние в мозговой ствол с прорывом в желудочки мозга, что и

привело к смерти.

2. Наблюдавшиеся у гр. Н. клинические проявления кровоизлияния в мозг в виде спутанности речи, двигательного беспокойства и рвоты сходны с признаками алкогольного опьянения, явились причиной ошибочного диагноза, в связи с чем больной не был вовремя госпитализирован. Неоказание квалифицированной медицинской помощи больному могло ухудшить его состояние.

Однако даже своевременная госпитализация подобных больных и оказание им квалифицированной медицинской помощи при наличии массивных кровоизлияний в мозг с прорывом в желудочки не может гарантировать благоприятный исход.

3. Вдыхание нашатырного спирта, которое широко применяется в медицинской практике как средство, раздражающее дыхательный центр при обморочных состояниях, не могло оказать существенного отрицательного влияния на течение основного заболевания.

Задача №2

Обстоятельства дела

К внезапно заболевшему ребенку О. в возрасте 1 года 04.01.84 г. был приглашен участковый врач К., установивший ему диагноз острой респираторной инфекции с начинающимися явлениями бронхопневмонии. Мать ребенка от его госпитализации отказалась. Врач К. назначил ребенку биомицин по 1/4 таблетки 4 раза в день, амидопирин по 1/6 таблетки 3 раза в день, обильное теплое питье, соки и дробное кормление. С 04. по 09.01.84 г. назначенное врачом лечение проводилось регулярно, ребенок вел себя спокойно, температура тела у него была нормальной. В ночь с 09. на 10.01.84 г. ребенок начал капризничать, вел себя беспокойно. В 6 ч мать покормила его, и он уснул. В 9 ч утра мать обнаружила ребенка мертвым.

Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании:

1. Правильно ли был установлен диагноз ребенку О.?
2. Правильно ли было назначено лечение?
3. Можно ли было давать ребенку лекарство в таблетках?
4. Можно ли было спасти жизнь ребенка при наличии у него установленного врачом заболевания?

Ответы на вопросы ситуационной задачи:

На основании изучения карты амбулаторного больного, данных исследования трупа, результатов гистологического исследования внутренних органов трупа ребенка О., показаний участкового педиатра К. (стаж работы 6 лет) судебно-медицинская экспертная комиссия пришла к следующим выводам:

1. Диагноз заболевания у ребенка О. — острая респираторная инфекция с явлениями начинающейся бронхопневмонии — был установлен правильно.
2. Лечение было назначено правильно в соответствии с установленным диагнозом и возрастом ребенка.
3. Острая респираторная инфекция с явлениями нарастающей бронхопневмонии у детей грудного возраста, несмотря на предпринимаемые меры, иногда может быстро привести к летальному исходу.

Тесты:

1. На основании каких документов проводится судебно-медицинская экспертиза?

- А) постановление следователя
- В) направление врача
- С) направление хокимията
- Д) направление Минздрава
- Е) по телефонному звонку главврача

2. Когда обязательно проводится судебно-медицинская экспертиза?

- А) при телесных повреждениях
- В) для установления причины смерти
- С) для определения вещественных доказательств
- Д) при спорных половых состояниях
- Е) при любых ситуациях

3. Как называется документ, составляемый при судебно-медицинской экспертизе?

- А) заключение эксперта
- В) справка эксперта
- С) удостоверение эксперта
- Д) направление эксперта
- Е) извещение эксперта

4. В какой статье УПК РУз предусмотрены права и обязанности эксперта?

- А) в 68 УПК РУз
- В) в 203 УПК РУз
- С) в 172 УП К РУз
- Д) в 176 УПК РУз
- Е) в 177 УПК РУз

5. Вещественные доказательства доставляются в лабораторию:

- А) следователем
- В) врачом
- С) судебно-медицинским экспертом
- Д) понятым
- Е) свидетелем

6. Установление обезображивания лица относится к компетенции:

- А) судебно-следственных органов
- В) судебно-медицинского эксперта
- С) хирурга
- Д) косметолога
- Е) ортопеда

7. Какие дополнительные исследования необходимо проводить при подозрении на смерть от отравления?

- А) судебно-химическое
- В) спектральное
- С) хроматографическое
- Д) ультрафиолетовыми лучами
- Е) электронно-микроскопическое

8. Все ниже перечисленные специалисты могут быть привлечены следователем к участию осмотра трупа на месте его обнаружения, кроме:

- А) фармацевта
- В) хирурга
- С) терапевта
- Д) гинеколога
- Е) травматолога

9. Что должен прежде всего указать судебно-медицинский эксперт в выводах при вскрытии трупа:

- А) причину смерти
- В) время наступления смерти
- С) характер повреждений
- Д) механизм повреждений
- Е) наличие алкоголя в крови

10. Основанием для проведения судебно-медицинской экспертизы степени тяжести телесного повреждения являются:

- А) определение суда или постановление следователя
- В) заявление потерпевшего
- С) направление врача
- Д) указание хокимията
- Е) заявление родственников

Критерии оценки знаний:

БАЛЛ/ОЦЕНКА	Уровень знаний студентов.
86-100 балла Отлично	Обладает «знаниями – трансформациями» - творческим подходом к учебному процессу. - студент знает, может рассказать, обсуждать и ориентироваться в вопросах об определении, содержании и задачах судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы в нашей Республике в улучшении качества лечебно-профилактической помощи населению; - знает процессуальное положение судебно-медицинского эксперта; - знает объекты и виды судебно-медицинской экспертизы (первичная, повторная, дополнительная, комиссия, комплексная); - знает права и обязанности судебно-медицинского эксперта; - знает порядок проведения экспертизы; - знает документацию судебно-медицинской экспертизы ; - знает схему заключения эксперта и его составляющие части.; - знает основные задачи врача-эксперта на месте обнаружения трупа; - знает стадии осмотра места обнаружения трупа(динамическая, статическая); - умеет самостоятельно составлять заключение эксперта; - умеет произвести осмотр трупа на месте его обнаружения и самостоятельно выявить и помочь собрать вещественные доказательства следователю; - умеет констатировать смерть; - умеет участвовать в качестве врача-эксперта при производстве экспертиз трупов. Живых лиц, а также комиссионных экспертиз, в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников.

71-85 балла Хорошо	<ul style="list-style-type: none"> - знает объекты и виды судебно-медицинской экспертизы (первичная, повторная, дополнительная, комиссионная, комплексная); - знает права и обязанности судебно-медицинского эксперта; - знает порядок проведения экспертизы; - знает документацию судебно-медицинской экспертизы ; - знает схему заключения эксперта и его составляющие части.; - знает основные задачи врача-эксперта на месте обнаружения трупа; - знает стадии осмотра места обнаружения трупа(динамическая, статическая); - умеет самостоятельно составлять заключение эксперта; - умеет произвести осмотр трупа на месте его обнаружения и самостоятельно выявить и помочь собрать вещественные доказательства следователю; - умеет констатировать смерть; -
55-70 балла Удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> - знает объекты и виды судебно-медицинской экспертизы (первичная, повторная, дополнительная, комиссионная, комплексная); - знает права и обязанности судебно-медицинского эксперта; - знает порядок проведения экспертизы; - знает документацию судебно-медицинской экспертизы ; - знает схему заключения эксперта и его составляющие части.; - знает стадии осмотра места обнаружения трупа(динамическая, статическая); -не владеет практическими навыками по данной теме.
0-54 балла не удовлетворительно	Не знает тему правовые основы судебно-медицинской экспертизы. Нет представления.

Контрольные вопросы:

1. Дать определение медицинским документациям?
2. Какие виды учетной и отчетной документации?
3. Как составляется диагноз в истории болезни?
4. На что обращается внимание при описании механических повреждений?
5. Укажите юридическое значение истории болезни?
6. Что вы понимаете о совпадении и несовпадении диагнозов?

5-занятие.

Тема: Трудовой кодекс Республики Узбекистан. Нормативные акты, регулирующие трудовые отношения. Понятие и цель коллективных договоров и соглашений. Понятие и стороны трудового соглашения. Право на трудоустройство. Понятие рабочего времени. Охрана труда. Административные правонарушения и административная ответственность. Административная ответственность за правонарушения в области охраны здоровья населения.

Цель занятия:

Студентам объяснить цель и задачи тематики. Раздать контрольно-тестовые пункты для самостоятельного решения задачи под руководством преподавателя. Самостоятельная работа студентов с материалами Трудового Кодекса. При этом особо обратить внимание на трудовые законодательства и деятельность медицинских работников. По ходу занятия обучить данным о правах и обязанностях работодателя и работника, преподнести до

сознания студентов материалы по коллективным и трудовым соглашениям, охране труда, рабочего времени и дисциплинарном наказании. Дать возможность ознакомления Административного Кодекса, административной ответственности и медицинских работников. Проверить знание студентов по освоению материалами Трудового и Административного Кодексов.

План занятия:

1. Трудовые законодательства и деятельность медицинских работников.
2. Права и обязанности работодателя и работника.
3. Коллективные и трудовые соглашения.
4. Охрана труда.
5. Дисциплинарное наказание.
6. Административной ответственности медицинских работников.
7. Административное наказание и его виды.

Оснащения занятия: Трудовой и административный кодекс Республики Узбекистан. Таблицы и плакаты по видам административных взысканий.

Теоретическая часть.

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

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

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

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

Работодателями, как субъектами трудовых отношений, могут быть:

предприятия, в том числе их обособленные структурные подразделения, в лице их руководителей;

частные предприятия, собственник которых одновременно является их руководителем;

отдельные лица, достигшие 18 лет, в случаях, предусмотренных законодательством.

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

Каждый работник имеет право:

на вознаграждение за труд не ниже установленного законом минимального размера;

на отдых, обеспечиваемый установлением предельной продолжительности рабочего времени, сокращённым рабочим днём для ряда профессий и работ, предоставлением

еженедельных выходных дней, праздничных дней, а также ежегодных оплачиваемых отпусков;

на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены;

на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации;

на возмещение вреда, причинённого его здоровью или имуществу в связи с работой;

на объединение в профессиональные союзы и другие организации, представляющие интересы работников и трудовых коллективов;

на социальное обеспечение по возрасту, в случае утраты трудоспособности, потери кормильца и в иных, установленных законом, случаях;

на защиту, в том числе и судебную, трудовых прав и квалифицированную юридическую помощь;

на отстаивание своих интересов в коллективных трудовых спорах.

Работодатель имеет право:

управлять предприятием и принимать самостоятельно решения в пределах своих полномочий;

заключать и прекращать индивидуальные трудовые договоры в соответствии с законодательством;

требовать от работника надлежащего выполнения работы, обусловленной трудовым договором;

создавать совместно с другими работодателями общественные объединения для защиты своих интересов и вступать в такие объединения.

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

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

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

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

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

Понятие и цель коллективных договоров и соглашений

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

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

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

Правом на принятие решения о необходимости заключения коллективного договора с работодателем обладают профсоюз, в лице его полномочного представителя, иной уполномоченный работниками представительный орган или непосредственно общее

собрание (конференция) трудового коллектива.

Коллективные договоры заключаются на предприятиях, в их структурных подразделениях, наделённых правами юридического лица.

Коллективный договор заключается с одной стороны работниками, в лице профсоюзов или уполномоченных работниками иных представительных органов, с другой стороны – работодателем непосредственно или уполномоченными им представителями.

Содержание и структура коллективного договора определяется сторонами.

В коллективный договор могут включаться взаимные обязательства работодателя и работников по следующим вопросам:

форма, система и размер оплаты труда, денежные вознаграждения, пособия, компенсации и доплаты;

механизм регулирования оплаты труда, исходя из изменений цен, уровня инфляции, выполнения показателей, определённых коллективным договором;

занятость, переобучение, условия высвобождения работников;

продолжительность рабочего времени и времени отдыха, отпусков;

улучшение условий и охраны труда работников, в том числе женщин и лиц, не достигших восемнадцати лет, обеспечение экологической безопасности;

соблюдение интересов работников при приватизации предприятия, ведомственного жилья;

льготы для работников, совмещающих работу с обучением;

добровольное и обязательное социальное и медицинское страхование;

контроль за выполнением коллективного договора, ответственность сторон, социальное партнёрство, обеспечение нормальных условий функционирования профсоюзов, иных уполномоченных работниками представительных органов.

В коллективном договоре, с учётом экономических возможностей предприятия, могут содержаться и другие, в том числе более льготные трудовые и социально-экономические условия по сравнению с нормами и положениями, установленными законодательными и иными нормативными актами (дополнительные отпуска, надбавки к пенсиям, досрочный уход на пенсию, компенсация транспортных и командировочных расходов, бесплатное или частично оплачиваемое питание работников на производстве и их детей в школах и дошкольных учреждениях, иные дополнительные льготы и компенсации).

В коллективный договор включаются нормативные положения, если в действующих законодательных актах содержится прямое предписание об обязательном закреплении этих положений в коллективном договоре.

Понятие и стороны трудового соглашения

Трудовой договор есть соглашение между работником и работодателем о выполнении работы по определённой специальности, квалификации, должности за вознаграждение с подчинением внутреннему трудовому распорядку на условиях, установленных соглашением сторон, а также законодательными и иными нормативными актами о труде.

Сторонами трудового договора являются работник и работодатель.

Соглашению сторон о заключении трудового договора могут предшествовать дополнительные обстоятельства (прохождение по конкурсу, избрание на должность и др.).

Работник может заключать трудовые договоры о работе по совместительству, если это не запрещено законодательством.

Содержание трудового договора определяется соглашением сторон, а также законодательными и иными нормативными актами о труде.

По соглашению сторон трудового договора определяются:

место работы (предприятие или его подразделение);

трудовая функция работника – специальность, квалификация, должность, по которой

он будет работать;

день начала работы;

срок действия трудового договора при заключении его на определённый срок;
размер оплаты и другие условия труда.

Уровень трудовых прав и гарантий для работников, установленный законодательными и иными нормативными актами, не может быть понижен при заключении трудового договора.

Трудовой договор заключается в письменной форме.

Форма трудового договора разрабатывается с учётом примерного договора, утверждаемого в порядке, установленном Правительством Республики Узбекистан.

Трудовой договор составляется в количестве не менее двух экземпляров, имеющих одинаковую силу, и передаётся каждой из сторон для хранения.

В договоре указываются адреса сторон.

Трудовой договор скрепляется подписями работника и должностного лица, обладающего правом приёма на работу, с указанием даты его подписания. Подпись должностного лица заверяется печатью предприятия, подтверждающей подлинность и правомочность подписи.

Срок трудового договора предусмотрен в статье 75.

Трудовые договоры могут заключаться:

на неопределённый срок;

на определённый срок не более пяти лет;

на время выполнения определённой работы.

Если в трудовом договоре не оговорен срок его действия, то договор считается заключённым на неопределённый срок.

Трудовой договор, заключённый на неопределённый срок, не может быть перезаключён на определённый срок, а также на время выполнения определённой работы без согласия работника.

Трудовой договор, заключённый в соответствии с законодательством, вступает в силу с момента его подписания. Работник обязан приступить к исполнению трудовых обязанностей с того дня, который определён в договоре.

Понятие рабочего времени

Рабочим считается время, в течение которого работник, в соответствии с распорядком или графиком работы либо условиями трудового договора, должен выполнять свои трудовые обязанности.

Нормальная продолжительность рабочего времени для работника не может превышать сорока часов в неделю.

При шестидневной рабочей неделе продолжительность ежедневной работы не может превышать семи часов, а при пятидневной рабочей неделе – восьми часов.

Отдельным категориям работников, с учётом их возраста, состояния здоровья, условий труда, специфики трудовых функций и других обстоятельств, в соответствии с законодательными и иными нормативными актами о труде, а также условиями трудового договора, устанавливается сокращённая продолжительность рабочего времени без уменьшения оплаты труда.

Сокращённая продолжительность рабочего времени устанавливается:

работникам, не достигшим восемнадцатилетнего возраста;

работникам, являющимся инвалидами I и II групп;

работникам, занятым на работах с неблагоприятными условиями труда (статья 117);

работникам, имеющим особый характер работы.

Сокращённая продолжительность рабочего времени не более 36 часов в неделю

устанавливается работникам, подвергающимся воздействию в процессе труда вредных для здоровья физических, химических, биологических и иных производственных факторов.

Перечень таких работ на предприятии и конкретная продолжительность рабочего времени при их выполнении определяются отраслевыми (тарифными) соглашениями, коллективными договорами, а если они не заключены – работодателем, по соглашению с профсоюзным комитетом либо иным представительным органом работников.

Для работников, занятых на производственных работах с особо вредными и особо тяжёлыми условиями труда, продолжительность рабочего времени устанавливается Правительством Республики Узбекистан.

Отдельным категориям работников (медицинским работникам, педагогам и другим), работа которых связана с повышенным эмоциональным, умственным, нервным напряжением, то есть имеет особый характер, продолжительность рабочего времени устанавливается не более 36 часов в неделю. Перечень таких работников и конкретная продолжительность их рабочего времени определяются Правительством Республики Узбекистан.

Административные правонарушения

Законодательство об административной ответственности состоит из Кодекса об административной ответственности, законов Республики Узбекистан, постановлений Олий Мажлиса Республики Узбекистан, указов Президента Республики Узбекистан, постановлений Кабинета Министров Республики Узбекистан, законов Республики Каракалпакстан, решений областных и Ташкентского городского Советов народных депутатов, хокимов областей и города Ташкента.

Законодательство об административной ответственности имеет своими задачами охрану прав и свобод граждан, собственности, государственного общественного порядка, природной среды, обеспечение социальной справедливости и законности в интересах благосостояния человека и общества, своевременное и объективное рассмотрение дел об административных правонарушениях, а также предупреждение этих правонарушений, воспитание граждан в духе соблюдения Конституции и законов Республики Узбекистан.

Для осуществления этих задач настоящий Кодекс определяет, какое действие либо бездействие является административным правонарушением, какое административное взыскание, каким органом (должностным лицом) и в каком порядке может быть применено в отношении лица, совершившего административное правонарушение, и кем исполнено.

Административным правонарушением признаётся посягающее на личность, права и свободы граждан, собственность, государственный и общественный порядок, природную среду, противоправное, виновное (совершённое умышленно или по неосторожности) действие или бездействие, за которое законодательством предусмотрена административная ответственность.

Административная ответственность за правонарушения, предусмотренная настоящим Кодексом, наступает, если эти нарушения, по своему характеру не влекут за собой уголовной ответственности.

Совершение административного правонарушения умышленно признаётся, если лицо, его совершившее, сознавало противоправный характер своего действия или бездействия, предвидело его вредные последствия, желало или сознательно допускало их наступление.

Административное правонарушение признаётся совершённым по неосторожности, если лицо, его совершившее, предвидело возможность наступления вредных последствий своего действия или бездействия, но легкомысленно рассчитывало на их предотвращение, либо не предвидело возможности наступления таких последствий, хотя должно было и могло их предвидеть.

Административное взыскание является мерой ответственности и применяется в целях

воспитания лица, совершившего административное правонарушение, в духе соблюдения и уважения законов, а также предупреждения совершения новых правонарушений как самим правонарушителем, так и другими лицами.

Виды административных взысканий предусмотрены в статье 23 административного Кодекса.

За совершение административных правонарушений могут применяться следующие виды административных взысканий:

штраф;

возмездное изъятие предмета, явившегося орудием совершения или непосредственным предметом административного нарушения;

конфискация предмета, явившегося орудием совершения или непосредственным предметом административного нарушения;

лишение специального права, предоставленного данному лицу (права управления транспортными средствами, права охоты);

административный арест.

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

судья по административным делам районного (городского) суда;

административные комиссии при органах самоуправления граждан посёлков, кишлаков, аулов;

районные (городские) комиссии по делам несовершеннолетних;

органы (должностные лица) отделов внутренних дел (милиции), органы (должностные лица) государственных инспекций и другие органы (должностные лица), уполномоченные на то настоящим Кодексом.

Общие правила применения административного взыскания приведены в статье 30 Административного Кодекса Республики Узбекистан.

Взыскание за административное правонарушение применяется в пределах и в порядке, установленных настоящим Кодексом и другими нормативными актами. При применении взыскания учитываются характер совершённого правонарушения, личность правонарушителя, степень его вины, имущественное положение, обстоятельства, смягчающие и отягчающие ответственность.

Обстоятельствами, смягчающими административную ответственность являются:

чистосердечное раскаяние виновного;

предотвращение виновным вредных последствий правонарушения, добровольное возмещение ущерба или устранение причинённого вреда;

совершение правонарушения под влиянием сильного душевного волнения либо при стечении тяжёлых личных, семейных обстоятельств;

совершение правонарушения под влиянием угрозы, принуждения либо в силу служебной, материальной или иной зависимости;

совершение правонарушения несовершеннолетним;

совершение правонарушения беременной женщиной или лицом, воспитывающим в одиночку ребёнка в возрасте до четырнадцати лет.

Орган (должностное лицо), рассматривающее дело об административном правонарушении, может признать смягчающими и другие обстоятельства.

Обстоятельствами, отягчающими административную ответственность, являются:

продолжение противоправного поведения, несмотря на требования уполномоченных на то лиц прекратить его;

повторное, в течение года, совершение однородного правонарушения, за которое лицо уже подвергалось административному взысканию, а равно совершение правонарушения лицом, имеющим судимость;

вовлечение несовершеннолетнего в правонарушение;
совершение правонарушения группой лиц;
совершение правонарушения в условиях стихийного бедствия или при других чрезвычайных обстоятельствах;
совершение правонарушения в состоянии опьянения.

Орган (должностное лицо), применяющий административное взыскание, в зависимости от характера административного правонарушения, может не признать какое-либо из данных обстоятельствотягчающим.

Практические навыки:

Самостоятельно изучив трудовой и административный кодекс Республики Узбекистан иметь полное представление о трудовых и административных законодательствах и правильно их интерпретировать.

Ситуационные задачи:

Задача № 1

Гражданин С., 60 лет, устроился на работу в текстильный комбинат, составив трудовой договор с работодателем по определенной специальности, где установлен размер оплаты и другие условия труда. Начала рабочего дня с 8-00 часов утра до 15 часов дня. Он приступил к исполнению трудовых обязанностей с того дня, который определен в договоре. Однако, в процессе работы гр-н С сталкивался с вредными условиями труда. Несмотря на это он продолжал работу по трудовому договору.

Задание: 1. Какие нарушения были допущены по трудовому законодательству по отношению гражданину С ?

2. Правильно ли установлено норма рабочего времени?

3. Какому контингенту людей относятся сокращенная продолжительность рабочего времени?

1. В данном случае нарушение трудового законодательства по отношении гр-на С состоит в том, что для пожилых людей установлены сокращенные нормы времени т.е не более 36 часов в неделю.

2. Сокращенная продолжительность рабочего времени относится к следующим категориям людей пенсионерам, инвалидам 1-2 группы, людям пожилых возрастов и лицам не достигших 18 лет.

3. В данном случае работодатель должен был объяснить и указать в договоре условия труда в которых работник будет работать

Задача № 2.

Гражданин Т, 40 лет, постоянно занимался незаконным изготовлением, приобретением, хранением и продажей наркотических средств и сильнодействующих психотропных веществ в небольших размерах. При этом неоднократно распространял наркотические вещества среди подростков и молодежи. В коллективе этот вопрос был обсужден, гр-н Т предупрежден. Несмотря на это он упорно стал продолжать заниматься распространением этих веществ. В итоге администрация коллектива за нарушение правил, норм и других требований имеет права принять меры.

Задание: 1. Какие меры административного наказания в данном случае необходимо принять?

Ответ на ситуационную задачу:

1. Наложение штрафа от одного до двух минимальных размеров зарплаты, административный арест или же конфискация наркотических средств и психотропных веществ.

Задача № 3

Гражданин С, 25 лет регулярно в нетрезвом состоянии управлял в клиники ТАШПМИ. Об этом неоднократно был информирован руководством больницы. Однако на этот сигнал он не реагировал. Он продолжал управлять машину регулярно в состоянии алкогольного опьянения. Этот вопрос был обсужден на производственном совещании, но никакие меры не были приняты.

Задание: 1. какой вид административного взыскания в данном случае должен быть применен?

Ответ на задачу: 1. Наложение штрафа от одного до двух минимальных размеров заработной платы, лишение специального права предоставленного данному лицу (лишение водительских прав).

Тесты:

1. В какой статье трудового кодекса предусмотрены права работника?

- А) статья 16
- В) статья 15
- С) статья 17
- Д) статья 29
- Е) статья 40

2. В какой статье предусмотрены права работодателя?

- А) в статье 17
- В) статье 16
- С) в статье 15
- Д) в статье 29
- Е) в статье 72

3. Что вы понимаете под коллективным договором?

- А) нормативный акт, регулирующий трудовые и профессиональные отношения между работодателем и работниками
- В) нормативный акт, содержащий обязательства по установлению условий труда, занятости и социальных гарантий для работников определенной профессии
- С) соглашение между работником и работодателем о выполнении работы по определенной специальности, квалификации, должности
- Д) нормативный акт регулирующий и содержащий обязательства условий труда и трудовые отношения
- Е) все перечисленное

4. В каком виде заключается трудовой договор?

- А) в письменном виде
- В) в устном виде
- С) на договорной основе
- Д) по согласованности
- Е) при беседе

5. В какой статье государством гарантированы права на труд:

- А) в статье 58
- В) в статье 40
- С) в статье 72
- Д) в статье 74
- Е) в статье 73

6. В какой статье Трудового кодекса предусмотрено понятие рабочего времени?

- А) в 114 статье
- В) в 113 статье
- С) в 111 статье
- Д) в 115 статье
- Е) в 118 статье

7. Каким законом устанавливается требование по охране труда?

- А) трудовым кодексом, законодательными или иными нормативными актами об охране труда
- В) коллективными договорами
- С) коллективными соглашениями
- Д) трудовыми договорами
- Е) нормативными актами

8. Для работников, занятых на работах с особо вредными и особо тяжелыми условиями труда, продолжительность рабочего времени устанавливается:

- А) Правительством Республики Узбекистан
- В) профсоюзными организациями
- С) руководителем учреждения
- Д) начальником цеха
- Е) общественными организациями

9. Когда утвержден административный кодекс Республики Узбекистан?

- А) 22 сентября 1994 года
- В) 29 августа 1996 года
- С) 1 апреля 1996 года
- Д) 25 декабря 1995 года
- Е) 14 апреля 1996 года

10. В какой статье предусмотрено административное взыскание?

- А) в статье 22
- В) в статье 12
- С) в статье 11
- Д) в статье 23
- Е) в статье 10

11. Виды административных взысканий:

- А) штраф
- В) выговор
- С) строгий выговор

Д) увольнение

Е) все вышеперечисленное

Критерии оценки знаний:

БАЛЛ/ОЦЕНКА	Уровень знаний студентов.
86-100 балла Отлично	<p>Обладает «знаниями – трансформациями» - творческим подходом к учебному процессу.</p> <ul style="list-style-type: none">- студент знает, может рассказать, обсуждать и ориентироваться в вопросах трудового и административного Кодекса Республики Узбекистан;- знает основные нормативные акты, регулирующие трудовые отношения;- знает составляющие законодательства о труде:<ul style="list-style-type: none">а) трудовой кодекс;б) законы Республики Узбекистан;в) указ Президента Республики Узбекистан;г) постановление правительства Республики;- знает кто является работодателем;- знает права работников;- знает права работодателя ;- знает цель и значение коллективных договоров и соглашений;- знает понятия рабочего времени;- знает основные требования охраны труда;- знает понятие и определение «административные правонарушения»;- знает статью Административного Кодекса касающегося видов административных взысканий (ст. 23 АК);- знает виды административных взысканий (штраф, возмездное изъятие предмета являющегося орудием совершения административного нарушения, конфискация предмета, лишение специального права, административный арест);- умеет самостоятельно анализировать основные статьи трудового и административного кодекса Республики Узбекистан и иметь представление об административных взысканий.
71-85 балла Хорошо	<ul style="list-style-type: none">- знает основные нормативные акты, регулирующие трудовые отношения;- знает составляющие законодательства о труде:<ul style="list-style-type: none">а) трудовой кодекс;б) законы Республики Узбекистан;в) указ Президента Республики Узбекистан;г) постановление правительства Республики;- знает кто является работодателем;- знает права работников;- знает права работодателя ;- знает понятия рабочего времени;- знает понятие и определение «административные правонарушения»;- знает статью Административного Кодекса касающегося видов административных взысканий (ст. 23 АК);- знает виды административных взысканий (штраф, возмездное изъятие предмета являющегося орудием совершения административного нарушения, конфискация предмета, лишение специального права, административный арест);- умеет самостоятельно анализировать основные статьи трудового и административного кодекса Республики Узбекистан и иметь представление об административных взысканий.

55-70 балла удовлетворительно	- знает права работников; - знает права работодателя ; - знает понятия рабочего времени; - знает понятие и определение «административные правонарушения»; - знает виды административных взысканий (штраф, возмездное изъятие предмета являющегося орудием совершения административного нарушения, конфискация предмета, лишение специального права, административный арест); - не владеет практическими навыками по данной теме.
0-54 балла не удовлетворительно	Не знает тему трудовой и административный Кодекс Республики Узбекистан. Нет представления.

Контрольные вопросы:

1. Какие нормативные акты, регулирующие трудовые отношения?
2. Кто может быть работодателем?
3. Конкретно укажите право работника?
4. Понятие коллективного и трудового договора?
5. Понятие рабочего времени?
6. Понятие об охране труда?
7. Понятие административной ответственности и административных правонарушений?

Оценка итогового контроля.

Цель; на основании проведенных занятием в течении цикла определить знание студентов по освоению предмета Правовые основы врачебной деятельности и оценить их знание по определенным контрольным вопросам (экзаменационные вопросы) .

Задача: четко определить уровень усвоения студентов по правовой медицине. Для этого студенты должны знать основы законодательства Республики Узбекистан об охране здоровья граждан Республики Узбекистан, Конституции Республики Узбекистан, а так же законодательство по профессиональным правонарушениям медицинских работников, оформление медицинских документов и их юридическое значение. Кроме того студенты должны четко представить материалы о трудовых и административных законодательствах Республики Узбекистан.

Контрольные вопросы по итоговому контролю.

1. Предмет правовой медицины и ее задачи?
2. Где и когда принят «Закон Республики Узбекистан об охране здоровья граждан»?
3. В первом разделе «Закона» какой вопрос был предусмотрен?
4. Какие вопросы относятся к правам больных?
5. В каком разделе «Закона» предусмотрены права и обязанности медицинских работников?
6. Что подразумевается об охране здоровья граждан?
7. Что относится к патологоанатомическим службам?
8. Понятие о медицинской деонтологии?
9. Что вы подразумеваете под профессиональными правонарушениями медицинских работников?

10. Понятие об умышленных преступлениях и преступлениях по неосторожности?
11. Определение врачебной ошибки?
12. Уголовная ответственность медицинских работников за профессиональные правонарушения?
13. В какой статье УК. предусмотрены умышленные преступления и их виды?
14. При каких видах преступлений предусмотрена халатность?
15. Определение врачебной ошибки?
16. Понятие несчастных случаев в медицинской практике?
17. Какая экспертиза назначается при профессиональных правонарушениях медицинских работников?
18. Дать определение медицинской документации?
19. Какие имеются виды учетной и отчетной документации?
20. Как составляется диагноз в истории болезни?
21. На что обращается внимание при описании механических повреждений?
22. Укажите юридическое значение истории болезни?
23. Что вы понимаете под совпадением и несовпадением диагнозов?
24. Как составляется диагноз в истории болезни?
25. На что обращается внимание при описании механических повреждений?
26. Что такое трудовое и коллективное соглашение?
27. Кто являются Субъектами трудовых отношений?
28. Какие имеются права работника?
29. Какие имеются права работодателя?
30. Какие наказания относятся к дисциплинарным и административным наказаниям?
31. Что Вы понимаете под административными правонарушениями?
32. Какие виды административных взысканий вы знаете?

Критерии оценки знаний по итоговому контролю

БАЛЛ/ОЦЕНКА	Уровень знаний студентов.
86-100 балла Отлично	<p>Обладает «знаниями – трансформациями» - творческим подходом по пройденным темам.</p> <ul style="list-style-type: none"> - знает права и обязанности медицинских работников и их пациентов; - знает предмет и определение «правовая медицина» и ее задачи; - знает основные принципы охраны здоровья граждан; - знает все разделы закона об охране здоровья граждан (12 разделов); - знает основные статьи Конституции Республики Узбекистан касающиеся деятельности медицинских работников (ст. 18, ст. 40, ст. 43, ст. 44, ст.8, ст.18 ,ст.13, ст. 19-22, ст.24.); - знает виды медицинской помощи (первичная медико санитарная, экстренная, скорая и специализированная); <p>студент знает, может рассказать, обсуждать и ориентироваться в вопросах об определении, содержании профессиональных правонарушений и их значение;</p> <ul style="list-style-type: none"> - знает понятие « медицинская диентология »; - знает классификацию (группы) дефектов в профессиональной деятельности мед работников (по И.Ф.Огаркову); - знает умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью и их определения, статьи Уголовного Кодекса Республики Узбекистан: знает определение и понятие неосторожные действия медицинских работников;

	<ul style="list-style-type: none"> - знает определение и значение «самонадеянности»; - знает определение и значение «небрежности»; - знает определение и статью УК РУЗ «халатность»; - знает что относится к «неосторожным действиям врачей» - знает особенности СМЭ в случаях привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за профессиональные правонарушения; - знает определение понятия «врачебная этика» и «врачебная диентология»; - студент знает, может рассказать, обсуждать и ориентироваться в вопросах об определении, содержании и значении медицинских документов; - знает формы медицинских документов; - знает первичные учетные медицинские документации(история болезни, амбулаторная карта); - знает схему истории болезни; - знает лечебно-диагностическое,научно-практическое,воспитательное и юридическое значение истории болезни; - знает значение данных истории болезни (повреждений) для судебно-медицинских экспертов, при проведении судебно медицинских экспертиз; - знает что такое диагноз и составляющие их части (основной, осложнения, сопутствующее); - знает процессуальное положение судебно-медицинского эксперта; - знает объекты и виды судебно-медицинской экспертизы (первичная, - знает права и обязанности судебно-медицинского эксперта; - знает порядок проведения экспертизы; - знает документацию судебно-медицинской экспертизы ; - знает схему заключения эксперта и его составляющие части.; - знает основные задачи врача-эксперта на месте обнаружения трупа; студент знает, может рассказать, обсуждать и ориентироваться в вопросах трудового и административного Кодекса Республики Узбекистан; - знает основные нормативные акты, регулирующие трудовые отношения; - знает кто является работодателем; - знает права работников и работодателя. - знает понятия рабочего времени; - знает понятие и определение «административные правонарушения»; - знает виды административных взысканий (штраф, возмездное изъятие предмета являющегося орудием совершения административного нарушения, конфискация предмета, лишение специального права, административный арест);
<p>71-85 балла Хорошо</p>	<ul style="list-style-type: none"> - знает права и обязанности медицинских работников и их пациентов; - знает предмет и определение «правовая медицина» и ее задачи; - знает основные принципы охраны здоровья граждан; - знает основные статьи Конституции Республики Узбекистан касающиеся деятельности медицинских работников (ст. 18, ст. 40, ст. 43, ст. 44, ст.8, ст.18 ,ст.13, ст. 19-22, ст.24.); - знает виды медицинской помощи (первичная медико санитарная, экстренная, скорая и специализированная); - знает понятие « медицинская диентология »; - знает классификацию (группы) дефектов в профессиональной деятельности мед работников (по И.Ф.Огаркову); знает определение и понятие неосторожные действия медицинских работников; - знает определение и значение «самонадеянности»; - знает определение и статью УК РУЗ «халатность»;

	<ul style="list-style-type: none"> - знает определение понятия «врачебная этика» и «врачебная диентология»; - студент знает, может рассказать, обсуждать и ориентироваться в вопросах об определении, содержании и значении медицинских документов; - знает формы медицинских документов; - знает схему истории болезни; - знает лечебно-диагностическое,научно-практическое,воспитательное и юридическое значение истории болезни; - знает процессуальное положение судебно-медицинского эксперта; - знает объекты и виды судебно-медицинской экспертизы (первичная, - знает права и обязанности судебно-медицинского эксперта; - знает порядок проведения экспертизы; - знает документацию судебно-медицинской экспертизы ; - знает схему заключения эксперта и его составляющие части.; - знает основные задачи врача-эксперта на месте обнаружения трупа; - знает основные нормативные акты, регулирующие трудовые отношения; - знает понятия рабочего времени; - знает понятие и определение «административные правонарушения»;
<p>55-70 балла удовлетворительно</p>	<ul style="list-style-type: none"> - знает предмет и определение «правовая медицина» и ее задачи; - знает основные принципы охраны здоровья граждан; - знает виды медицинской помощи (первичная медико санитарная, экстренная, скорая и специализированная); - знает понятие « медицинская диентология »; - знает классификацию (группы) дефектов в профессиональной деятельности мед работников (по И.Ф.Огаркову); - знает определение и понятие неосторожные действия медицинских работников; - знает определение и статью УК РУЗ «халатность»; - знает что относится к «неосторожным действиям врачей» - знает определение понятия «врачебная этика» и «врачебная диентология»; - знает первичные учетные медицинские документации(история болезни, амбулаторная карта); - знает схему истории болезни; - знает лечебно-диагностическое и юридическое значение истории болезни; - знает что такое диагноз и составляющие их части (основной, осложнения, сопутствующее); - знает объекты и виды судебно-медицинской экспертизы (первичная, - знает права и обязанности судебно-медицинского эксперта; - знает порядок проведения экспертизы; - знает схему заключения эксперта и его составляющие части.; - знает кто является работодателем; - знает понятия рабочего времени; - знает виды административных взысканий (штраф, возмездное изъятие предмета являющегося орудием совершения административного нарушения, конфискация предмета, лишение специального права, административный арест);
<p>0-54 балла не удовлетворительно</p>	<p>Не знает темы. Нет представления по пройденным темам..</p>

Примерное содержание тем самостоятельных работ.

1. Комиссионная экспертиза, понятие, правила и порядок производства.
2. Дополнительная, повторная, комиссионная экспертиза.
3. Права и обязанности эксперта. Допрос эксперта. Оценка заключения эксперта.
4. Анализ дефектов оказания медицинской помощи по материалам судебно-медицинской экспертизы.
5. Ятрогенные заболевания.
6. Дефекты оказания медицинской помощи. Определение и их классификация.
7. Государственная программа реформирования системы здравоохранения. Этапы реализации

Самостоятельная работа

№ занятия	№ Лекционной темы	Название самостоятельной работы	Расчетное время в часах	Ссылка на литературу
1-5	1-5	1. Заполнение ОЛКМС. 2. Самостоятельное усвоение предложенных тем по литературным источникам. 3. Подготовка реферативных докладов на заданные темы. 4. Самостоятельное составление ситуационных задач по темам. 5. Самостоятельное изучение медицинских документов (история болезни, амбулаторная карта) с выявлением ошибок заполнения и врачебных правонарушений. 6. Самостоятельное составление диагноза по прилагаемым повреждениям и заболеваниям. 7. Подготовка статьи или тезиса для публикации. 8. Презентация заключения эксперта при врачебных правонарушениях (материалы комиссионных экспертиз по врачебным делам). 9. Составление плакатов по темам.	18	1-13

Критерии оценки самостоятельной работы.

Самостоятельная работа студента, проделанная за период прохождения цикла по «Правовым основам врачебной деятельности», оценивается ежедневно как «сделано»–«не сделано» и равна 85-100 баллам в рейтинговой системе.

Объем учебной нагрузки.

Трудоемкость	Распределение объема учебной нагрузки по видам аудиторных занятий (в часах)			Самостоятельная работа
	Всего	Лекции	Практические занятия	
54	36	6	30	18

Контрольные мероприятия.

Текущий и итоговый контроль знаний студентов оценивается по 100 бальной рейтинговой системе.

Рекомендуемая литература.

Основная:

1. Искандаров А.И. Кулдошев Д.Р. и др. «Правовые основы врачебной деятельности». Учебное пособие для студентов медицинских институтов, Ташкент 2005 год.
2. Рустамбоев М.Х., Искандаров А.И. и др. «Юридические основы врачебной деятельности» Учебник для ВУЗов - Ташкент: ТГЮИ, 2006.
3. «Судебная медицина» (Учебник под ред. проф. В.Н.Крюкова), М. Медицина, 1990.
4. «Врач фаолиятининг хукукий асослари» (Талабалар учун укув услубий кулланма А.И.Искандаров, Д.Р.Кулдошев, Э.С.Шамсиев) Ташкент, 2004.

Дополнительная;

5. «Конституция Республики Узбекистан» – Ташкент: Узбекистан, 1992.
6. Акопов В.И. «Медицинское право в вопросах и ответах». М, 2000.
7. Указ Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 года «О реформировании системы здравоохранения». № VII-2107.
8. Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан». – Ташкент, 1996.
9. Гражданский Кодекс Республики Узбекистан. – Ташкент, 1996.
- 10.. Трудовой кодекс Республики Узбекистан. – Ташкент, 1996.
11. Уголовный кодекс Республики Узбекистан. – Ташкент, 1996.
12. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Узбекистан. – Ташкент, 1996.
13. Административный кодекс Республики Узбекистан. -Ташкент, 1994.