



Н. А. АРДАШЕВА

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ И ПОНЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРАВУ

Санкт-Петербург
СпецЛит

Наталья Александровна Ардашева

Словарь терминов и понятий по медицинскому праву

*http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=17134985
Словарь терминов и понятий по медицинскому праву:
ISBN 5-299-00326-9*

Аннотация

Словарь медикоправовых терминов является универсальным справочником, знакомящим читателя с особенностями применения действующего российского законодательства в области здравоохранения. В него включены наиболее распространенные, а также специфические термины и понятия, нашедшие свое отражение, разъяснение или же толкование в разных законах, тексты которых приводятся со ссылками.

Книга поможет понять значение тех или иных правовых терминов, употребляемых в медицине, и познакомит с новыми, еще не вошедшими в повседневную жизнь, но имеющими место в отдельных случаях медицинской и юридической деятельности.

Словарь предназначен для преподавателей, студентов, аспирантов медицинских и юридических вузов, для практических работников учреждений здравоохранения, страховых компаний, судебных и других правоохранительных органов, а также для граждан, интересующихся вопросами права в медицине.

Содержание

ОТ СОСТАВИТЕЛЯ	4
А	6
Б	22
В	54
Конец ознакомительного фрагмента.	129

Н. А. Ардашева

Словарь терминов и понятий по медицинскому праву

ОТ СОСТАВИТЕЛЯ

Учитывая тот интерес, который проявляется в обществе к новой отрасли права – медицинскому праву, предлагаем первый опыт словаря наиболее распространенных и употребляемых терминов. В нем собраны слова, которые в том или ином виде упоминаются в законодательстве. Они даны в «Словнике», являющемся составной частью книги.

Иногда в законах дается определение терминов и раскрывается их понятие, в таких случаях автор прямо ссылается на тот закон, где упоминается данное слово или понятие. Однако, как правило, при раскрытии термина использовался комплексный подход – применялось понятие из общего права, анализировались научная литература, нормативно-правовые акты по теме и подводились итоги.

Пользователям словаря не следует огорчаться по поводу того, что некоторые законы вскоре могут быть изменены, до-

полнены или утратят силу. В медицинском праве часто бывает так, что сначала понятие дается в ведомственном нормативно-правовом акте Министерства здравоохранения РФ, а впоследствии принимается закон на уровне государства. Так, например, произошло с понятиями трансплантации, репродуктивных процессов, психиатрии и многих видов медицинского вмешательства.

Словарь адресован врачам, юристам и всем интересующимся медицинским правом гражданам.

Автор будет благодарен за все конструктивные замечания, пожелания и предложения, которые могут помочь ему в дальнейшей работе над совершенствованием словаря.

Н. А. Ардашева

А

Аборт – прерывание беременности. Существует несколько видов прерывания беременности: аборт (выкидыш), искусственный аборт, криминальный аборт, самопроизвольный аборт.

Искусственный аборт, *контрацепция*, *стерилизация* относятся к формам медицинского вмешательства в репродуктивную способность человека. На современном этапе все эти формы достаточно активно используются для избавления от нежелательного потомства.

Вопрос о легализации абортов во все века во многих странах мира решался неоднозначно: в одних – аборты запрещены до настоящего времени, в других – разрешены.

Россия стала первой страной в мире, разрешившей в 1920 г. аборт. С 1936 г. Постановлением ЦИК и СНК СССР производство абортов допускалось лишь при наличии угрозы жизни или тяжелого ущерба здоровью женщины, а также при наличии наследственных заболеваний родителей. В 1955 г.

Указом Президиума Верховного Совета СССР аборт был легализован.

В морально-этическом плане аборт недопустимо рассматривать как средство планирования семьи, а также рекламировать услуги по проведению абортов. Медицинским работ-

никам следует помнить, что женщина, используя свое законное право на аборт, не всегда твердо убеждена в правильности своего решения. Очень часто бывает, что, сделав аборт, женщина впоследствии сожалеет об этом, поскольку обстоятельства, вынудившие ее избавиться от ребенка, изменились в лучшую сторону, личные, семейные проблемы решены. Если врач заметил, что женщина не совсем уверена в твердости своего решения о прерывании беременности, то этичнее и гуманнее отговорить ее от аборта. Следует предупредить женщину о негативных последствиях аборта, о возможных осложнениях, самое тяжелое из которых – бесплодие, и, наконец, напомнить, что, несмотря на разрешающий закон, аборт является убийством ни в чем не повинной души.

На практике зачастую происходит наоборот – врачи активно рекламируют услуги по проведению аборт, причем срок беременности для них значения не имеет, не интересуется их также наличие социальных или медицинских показаний. Несмотря на требование закона, документов, подтверждающих правомерность прерывания беременности по социальным или медицинским показаниям, в медицинских картах зачастую не содержится.

Закон определил место врача в решении вопроса о прерывании беременности: «Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве», т. е. врач в данной ситуации может только помочь ей принять решение оставить ребенка либо оказать медицинскую услугу, выражающуюся

в проведении операции по прерыванию беременности. При этом он должен руководствоваться своими должностными функциями, определенными законодательством. Если врач не желает из этических соображений делать аборты, то у администрации больницы появляется повод заставить врача исполнять свои обязанности либо уволить его с работы, поскольку этико-нравственная позиция врача не согласуется в данном случае с его профессиональными обязанностями.

21 октября 2003 г. состоялась Коллегия Минздрава РФ, которая рассмотрела вопрос о состоянии и мерах по профилактике и снижению абортов, материнской смертности после абортов в Российской Федерации. Коллегия отметила, что проблема абортов в современных социально-демографических условиях в Российской Федерации занимает особое место. Распространенность и динамика абортов, уровень материнской смертности после абортов – показатели, по которым оценивается эффективность государственных мер по охране репродуктивного здоровья и здоровья населения в целом.

При сложившейся демографической ситуации в России количество абортов и материнская смертность после абортов, несмотря на устойчивые тенденции к снижению, превышают средние показатели экономически развитых стран.

Степень риска аборта для здоровья и жизни женщины определяется объемом квалифицированной медицинской помощи при проведении аборта, обеспечением ее доступности, качества и безопасности, включая эффективное

консультирование и информирование, психологическую помощь и поддержку, применение современных технологий аборта (прерывание беременности в ранние сроки, медикаментозные методы, адекватное обезболивание), контрацепцию и реабилитацию после аборта.

Основными факторами, способствовавшими смерти женщин после аборта в лечебно-профилактических учреждениях, явились дефекты при проведении аборта и лечения (57,3 %), ошибки в диагностике и терапии осложнений (66,7 %). Основной причиной смерти после аборта, начатого и начавшегося вне лечебно-профилактического учреждения, в 93,4 % случаев было позднее обращение женщин за медицинской помощью.

Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации. См. *Незаконное производство аборта*.

См. подробнее *Искусственное прерывание беременности*.

Автономия пациента – независимость пациента при принятии решений относительно вмешательства в сферу его здоровья, право, базирующееся на нормах Конституции РФ.

Гражданский кодекс РФ (ст. 1. Основные начала гражданского законодательства) устанавливает, что гражданское законодательство основывается на признании равенства участников регулируемых им отношений, в частности: сво-

боды договора, недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в личные дела, необходимости беспрепятственного осуществления гражданских прав, обеспечения восстановления нарушенных прав, их судебной защиты. Данная норма применительно к правоотношениям, складывающимся по поводу оказания медицинской помощи, указывает, что сторонами в таком правоотношении являются врач и пациент, которые равны друг другу по гражданско-правовому статусу, между ними нет горизонтальных отношений, они не находятся в служебном и ином юридическом соподчинении. Они являются равноправными участниками договора на оказание медицинской помощи, где врач оказывает услугу пациенту на основаниях, обусловленных договорами обязательного или добровольного страхования или в силу иных обязательств.

Часть 2 ст. 1 ГК гласит, что граждане (физические лица) и юридические лица приобретают и осуществляют свои гражданские права *своей волей и в своем интересе*. Они свободны в установлении своих прав и обязанностей на основе договора и в определении любых, не противоречащих законодательству условий договора. Пациент, опираясь на нормы закона, вправе проявлять свою волю при решении таких ключевых вопросов, как право знать о состоянии своего здоровья, давать согласие или отказаться от медицинского вмешательства и пр.

Воля предполагает, что человек свободно, осознанно и це-

ленаправленно осуществляет выбор определенного поведения и его последствий, что, в свою очередь, определяет характер возникновения и реализации гражданских прав. Отсутствие воли (недееспособность – ст. 171 – 177 ГК) или ее искажение (ст. 178, 179 ГК) влекут за собой недействительность гражданско-правовых сделок. Отдельные гражданские права и обязанности могут возникать и при отсутствии воли, в силу наступления предусмотренных законом юридических фактов. Например, в соответствии с ч. 2 ст. 32 Основ законодательства об охране здоровья граждан, в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Наиболее остро автономия пациента и его воля проявляются в проблеме *эвтанази*. «Между тем принцип „автономии“ пациента чужд российской медицине, основанной на врачебном „патернализме“, предполагающем „родительский“ авторитет врача в отношениях с пациентом. Врачебный „патернализм“ российской системы здравоохранения связан с преобладанием, авпрошлом – монополизмом государственного сектора медицины», – утверждает К. А. Чернега. (См. Чернега К. А. *Правовые проблемы эвтанази в России*. // *Гражданин и право*. – 2003, № 1). Данное утверждение

ошибочно, так как патернализм российской медицины не основан на действующем законодательстве РФ. См. подробнее *Патернализм*.

Неоднозначно решается вопрос с автономией пациента и проявлением его воли в проблемах трансплантологии. Смерть донора служит продлению жизни реципиента. Для абсолютной реализации принципа автономии личности и проявления воли требуется законодательное закрепление согласия и донора, и реципиента. Закрепленная в российском праве *презумпция согласия* донора на изъятие органов и возможность в исключительных случаях пересадки органов реципиенту не обеспечивают гарантированных прав. См. также *Трансплантация, Патологоанатомическое вскрытие*.

Гражданский кодекс предусматривает, что гражданские права могут быть ограничены на основании федерального закона и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц. Применительно к автономии пациента это может выражаться в *оказании медицинской помощи без согласия граждан*. Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми

психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Принцип недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в частные дела основан на нормах частного права. Здоровье гражданина является его личным неимущественным благом. Государство, общество, любое лицо не должны вмешиваться в частную жизнь гражданина, навязывать ему принятие решений ради блага общества или страны. Например, один из принципов проведения *научных исследований (экспериментов)* гласит: «Интересы человека, выступающего в роли „объекта” исследования, следует признавать выше интересов человечества в получении объективного знания».

Прямым продолжением принципа, изложенного выше, служит принцип обеспечения восстановления нарушенных прав и их судебной защиты. При некачественном оказании медицинской помощи пациент имеет право обратиться в суд за *возмещением вреда здоровью* и возмещением *морального вреда*.

Агония — прогрессирующее угасание внешних признаков жизнедеятельности организма (сознания, кровообращения, дыхания, двигательной активности) как одна из стадий умирания, гибели организма как целого.

Агония – процесс обратимый. Как и при *клинической смерти*, патологические изменения во всех органах и системах при агонии полностью обратимы.

См. *Инструкция по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий* (утв. Приказом Минздрава РФ от 4 марта 2003 г. № 73).

Адаптация (от лат. *adaptatio*) – приспособление, в правовом смысле существует социальная адаптация – взаимодействие личности или социальной группы со средой, включающее усвоение норм и ценностей этой среды в процессе социализации, а также изменение, преобразование среды в соответствии с новыми условиями и целями деятельности.

Например, государственная политика в интересах детей осуществляется на основе государственных минимальных социальных стандартов основных показателей качества жизни детей, установленных законодательством России и являющихся составной частью государственных минимальных социальных стандартов.

Государственные минимальные социальные стандарты основных показателей качества жизни детей включают в себя установленный минимальный объем социальных услуг по:

- гарантированному, общедоступному бесплатному начальному общему, основному общему, среднему (полному) общему образованию, начальному профессиональному, на конкурсной основе среднему и высшему профессиональному образованию, воспитанию в образовательных учреждениях;
- бесплатному медицинскому обслуживанию детей, обес-

печению их питанием в соответствии с минимальными нормами питания;

– гарантированному обеспечению детям по достижении ими возраста 15 лет права на профессиональную ориентацию, выбор сферы деятельности, трудоустройство, охрану труда, оплату труда в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

– социальному обслуживанию, социальной защите детей, в том числе обеспечению гарантированной материальной поддержки путем выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей, в связи с их рождением и воспитанием, а также меры *по социальной адаптации* и социальной **реабилитации** детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

– обеспечению права на жилище в соответствии с законодательством РФ;

– организации оздоровления и отдыха детей, в том числе детей, проживающих в экстремальных условиях, а также на территориях, неблагоприятных в экологическом отношении и признанных таковыми в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

– оказанию квалифицированной юридической помощи.

Государственные минимальные социальные стандарты основных показателей качества жизни детей определяются с учетом региональных различий в условиях их проживания.

См. *Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об*

основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

Административная ответственность — наступает в соответствии с нормами кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях. Задачами законодательства об административных правонарушениях являются защита личности, охрана прав и свобод человека и гражданина, охрана здоровья граждан, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защита общественной нравственности, охрана окружающей среды и пр. Наказание за эти правонарушения налагают соответствующие административные органы – милиция, торгинспекция, пожарная охрана, налоговые органы, санитарный врач и др.

Не путать с *дисциплинарной ответственностью*, когда администрация учреждения, где работает врач, может наказать медицинского работника, нарушающего трудовую дисциплину.

К административной ответственности может быть привлечено лицо за занятие *частной медицинской практикой* или частной фармацевтической деятельностью при неимении лицензии на данный вид деятельности. На него может быть наложен административный штраф в размере от двадцати до двадцати пяти минимальных размеров оплаты труда.

Занятие *народной медициной (целительством)* с нарушением установленного законом порядка влечет наложение административного штрафа в размере от пятнадцати до два-

дцати минимальных размеров оплаты труда. См. *Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ. Ст. 6.2. Незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством).*

Административным кодексом предусмотрены другие административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность. Граждане и юридические лица могут быть привлечены к ответственности за нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, за **незаконный оборот наркотических средств**, психотропных веществ или их аналогов и др.

Алкоголизм (юрид.) – неумеренное потребление спиртных напитков, оказывающих вредное влияние на здоровье и трудоспособность пьющего, на быт и благосостояние семьи и близких; (мед.) – заболевание, характеризующееся непреодолимой тягой к спиртным напиткам, спиртосодержащим средствам и препаратам.

Алкоголизм может стать причиной **ограничения дееспособности** гражданина.

Аптечка автомобильная – с целью реализации Федерального закона «О безопасности дорожного движения» от 10 декабря 1995 г. № 196-ФЗ для снижения числа погиб-

ших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), своевременного оказания первой само- и взаимопомощи участниками дорожных происшествий с 1 января 2000 г. Приказом Минздрава введена в действие аптечка первой помощи (автомобильная).

См. *Приказ Минздрава РФ от 11 октября 1999 г. № 366 «О введении аптечки первой помощи (автомобильной)»*.

Приказом Минздравмедпрома РФ от 20 августа 1996 г. № 325 также были утверждены:

1. Состав аптечки первой помощи (автомобильной), включающий обезболивающие, противовоспалительные средства и средства, применяемые при травме (ушибы, переломы, вывихи), ранениях; средства для остановки кровотечения, обработки и перевязки ран; средства, применяемые при болях в сердце; средства для сердечно-легочной реанимации при клинической смерти; средства, применяемые при обмороке (коллапсе); средства для дезинтоксикации при отравлениях пищей и т. д.

Приказ предупреждает, что не допускается произвольная замена указанных в перечне лекарственных средств и изделий медицинского назначения и применение средств с поврежденной упаковкой и истекшим сроком годности.

При использовании любого средства аптечку срочно нужно дополнить.

2. Правила оказания первой само- и взаимопомощи содержат рекомендации к действиям водителей при травмах, ра-

нах и кровотечениях, ожогах, болях в сердце, стрессовых ситуациях, сердечно-легочной реанимации, отравлениях и поражениях глаз.

Аптечное учреждение – учреждение, осуществляющее розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств, а также имеющее право приобретать и продавать изделия медицинского назначения, дезинфицирующие средства, предметы личной гигиены, оптику, натуральные и искусственные минеральные воды, лечебное, детское и диетическое питание, косметическую и парфюмерную продукцию.

Решение об открытии нового аптечного учреждения принимается органом местного самоуправления. К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски.

См. Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах».

Лекарственные средства, отпускаемые по рецепту врача, подлежат продаже только через аптеки, аптечные пункты. Лекарственные средства, отпускаемые без рецепта врача, могут продаваться также в аптечных магазинах и аптечных киосках.

Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, пересматривается и утверждается один раз в пять лет. Дополнение к перечню публикуется ежегодно.

См. *Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача* (утв. Приказом Минздрава РФ от 19 июля 1999 г. № 287 и введен в действие с 1 октября 1999 г.).

Аптечные учреждения обязаны обеспечивать установленный минимальный ассортимент лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи.

Физические лица могут заниматься определенными видами фармацевтической деятельности при наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификата специалиста. Фармацевтическая деятельность подлежит лицензированию в соответствии с законодательством Российской Федерации.

См. *Положение о лицензировании фармацевтической деятельности* (утв. Постановлением Правительства РФ от 1 июля 2002 г. № 489.).

См. *Приказ Минздрава РФ от 23 августа 1999 г. № 328 «О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке их отпуска аптечными учреждениями (организациями)».*

Аптечное учреждение несет ответственность за несоблюдение правил изготовления лекарственных средств, а также за оформление, упаковку и качество лекарственных средств, изготовленных в аптечном учреждении. Если вред здоровью нанесен вследствие применения лекарственного средства, пришедшего в негодность в результате нарушений правил оптовой торговли лекарственными средствами или пра-

вил фармацевтической деятельности аптечных учреждений, то ущерб возмещает предприятие оптовой торговли лекарственными средствами или аптечное учреждение, по вине которых поступило в продажу или было отпущено указанное лекарственное средство.

Запрещается продажа лекарственных средств, пришедших в негодность, лекарственных средств с истекшим сроком годности, а также фальсифицированных лекарственных средств; они подлежат уничтожению.

Б

Биологическая смерть выражается посмертными изменениями во всех органах и системах, которые носят постоянный, необратимый, трупный характер.

Посмертные изменения имеют функциональные, инструментальные, биологические и трупные признаки:

1. Функциональные признаки:

а) отсутствие сознания;

б) отсутствие дыхания, пульса, артериального давления;

в) отсутствие рефлекторных ответов на все виды раздражителей.

2. Инструментальные признаки:

а) электроэнцефалографические;

б) ангиографические.

3. Биологические признаки:

а) максимальное расширение зрачков;

б) бледность и/или цианоз, и/или мраморность (пятнистость) кожных покровов;

в) снижение температуры тела.

4. Трупные изменения:

а) ранние признаки;

б) поздние признаки.

См. *Приказ Минздрава РФ от 4 марта 2003 г. № 73 «Об утверждении Инструкции по определению критериев и по-*

рядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий».

Биологически активные добавки – природные (идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов.

Биологически активные добавки к пище (нутрицевтики и парафармацевтики) – это концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активные вещества, предназначенные для непосредственного приема или введения в состав пищевых продуктов с целью обогащения рациона питания человека отдельными биологически активными веществами или их комплексами.

Биологически активные добавки к пище (БАД) получают из растительного, животного или минерального сырья, а также химическими или биотехнологическими способами. К ним относятся ферментные и бактериальные препараты (эубиотики), оказывающие регулирующее действие на микрофлору желудочно-кишечного тракта.

Биологически активные добавки к пище вырабатываются в виде экстрактов, настоев, бальзамов, изолятов, порошков, сухих и жидких концентратов, сиропов, таблеток, капсул и других форм.

Биологически активные добавки к пище используются для:

– восполнения недостаточного поступления с рационом

белка и отдельных незаменимых аминокислот, липидов и отдельных жирных кислот (в частности, полиненасыщенных высших жирных кислот), углеводов и сахаров, витаминов и витаминоподобных веществ, макро- и микроэлементов, пищевых волокон, органических кислот, биофлавоноидов, эфирных масел, экстрактивных веществ и др.;

- уменьшения калорийности рациона, регулирования (снижения или повышения) аппетита и массы тела;

- повышения неспецифической резистентности организма, снижения риска развития заболеваний и обменных нарушений;

- осуществления в физиологических границах регуляции функций организма;

- связывания в желудочно-кишечном тракте и выведения чужеродных веществ;

- поддержания нормального состава и функциональной активности кишечной микрофлоры.

Биологически активные добавки к пище не должны содержать сильнодействующих, наркотических и ядовитых веществ, а также растительного сырья, не применяемого в медицинской практике и не используемого в питании.

См. *Методические указания МУ 2.3.2.721-98 «2.3.2. Пищевые продукты и пищевые добавки. Определение безопасности и эффективности биологически активных добавок к пище»* (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 15 октября 1998 г.).

Непосредственная реализация населению биологически активных добавок к пище, на которые имеются гигиенические сертификаты, выдаваемые в установленном порядке, осуществляется через магазины (отделы), торгующие диетическими продуктами, и аптеки.

Гигиеническая сертификация биологически активных добавок к пище является деятельностью, направленной на выполнение Закона Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Гигиеническая сертификация биологически активных добавок к пище осуществляется Центром гигиенической сертификации пищевой продукции на базе Института питания РАМН (далее ЦГСПП) или другими органами и учреждениями, аккредитованными Департаментом государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Российской Федерации в установленном порядке.

См. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 15 августа 2003 г. № 146 «О санитарно-эпидемиологической экспертизе биологически активных добавок».

См. Приказ Минздрава РФ от 15 апреля 1997 г. № 117 «Об утверждении Положения о порядке экспертизы и гигиенической сертификации биологически активных добавок к пище».

См. Федеральный закон от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ «О

качестве и безопасности пищевых продуктов».

Новые пищевые продукты, материалы и изделия, изготовленные в Российской Федерации, пищевые продукты, материалы и изделия, ввоз которых осуществляется впервые на территорию Российской Федерации, подлежат государственной регистрации.

Импортные пищевые продукты, материалы и изделия подлежат государственной регистрации до их ввоза на территорию Российской Федерации.

Государственная регистрация пищевых продуктов, материалов и изделий и ведение Государственного реестра пищевых продуктов, материалов и изделий, разрешенных для изготовления на территории Российской Федерации или ввоза на территорию Российской Федерации и оборота, осуществляются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по государственному санитарно-эпидемиологическому надзору совместно с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по государственному ветеринарному надзору в соответствии с положением, утвержденным Правительством Российской Федерации.

См. также *Положение о Государственном реестре и информационной системе учета продукции, веществ, препаратов (кроме лекарственных средств), прошедших государственную регистрацию в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, утвержденное Приказом Федеральной службы по надзору в*

сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 9 сентября 2004 г. № 13.

См. также Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 18 июня 2004 г. № 2 «О государственной регистрации продукции, веществ, препаратов».

Не допускается государственная регистрация нескольких видов пищевых продуктов, материалов и изделий под одним наименованием, а также многократная регистрация одного и того же вида пищевых продуктов, материалов и изделий под одним наименованием или под различными наименованиями. Определенные виды пищевых продуктов, материалов и изделий, услуги, оказываемые в сфере розничной торговли пищевыми продуктами и общественного питания, а также системы качества подлежат оценке и подтверждению соответствия требованиям нормативных документов посредством обязательной сертификации.

См. Правила проведения сертификации пищевых продуктов и продовольственного сырья (ПР 50.3.004.96) (утв. Постановлением Госстандарта РФ от 28 апреля 1999 г. № 21).

При выборе пищевых продуктов, материалов и изделий, подтверждение соответствия которых требованиям нормативных документов проводится посредством обязательной сертификации, должны учитываться степень опасности для здоровья человека пищевых продуктов, материалов и изделий, условия их изготовления и оборота. Перечень пище-

вых продуктов, материалов и изделий, подлежащих обязательной сертификации, утверждается Правительством Российской Федерации.

Федеральный реестр биологически активных добавок к пище ведется Федеральным центром Госсанэпиднадзора Минздрава России с момента начала регистрации БАД – 1 ноября 1997 г.

Сборник не заменяет регистрационного удостоверения.

В период между ежегодными изданиями оперативная информация о зарегистрированных БАД публикуется в информационном бюллетене «Здоровье населения и среда обитания» (индекс по каталогу агентства «Роспечать» 73162).

Постановлением Правительства РФ от 16 июня 1997 г. № 720 утвержден Перечень товаров, которые по истечении срока годности считаются непригодными для использования по назначению. Биологически активные добавки к пище включены в этот перечень, таким образом реализация, продажа, употребление и прочие действия за пределами срока годности недопустимы.

Постановлением Правительства РФ от 23 апреля 1997 г. № 481 утвержден Перечень товаров, информация о которых должна содержать противопоказания для применения при отдельных видах заболеваний. Виды заболеваний, при которых противопоказано применение товаров, определяются Министерством здравоохранения Российской Федерации. В этот перечень входят:

1. Биологически активные добавки к пище, обладающие тонизирующим, гормоноподобным и влияющим на рост тканей организма человека действием (концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ, получаемые из растительного, животного или минерального сырья).

2. Пищевые добавки (антиокислители, вещества для обработки муки, вещества, препятствующие слеживанию и комкованию, вещества, способствующие сохранению окраски, влагоудерживающие агенты, глазирователи, желеобразователи, загустители, кислоты, красители, консерванты, наполнители, отвердители, пеногасители, пенообразователи, пропелленты, подсластители, разрыхлители, регуляторы, стабилизаторы, уплотнители, усилители вкуса и запаха, эмульгаторы, эмульгирующие соли), а также пищевые продукты, содержащие эти пищевые добавки.

3. Пищевые продукты нетрадиционного состава с включением не свойственных им компонентов белковой природы.

В Российской Федерации устанавливается уголовная ответственность (см. ***Незаконный оборот наркотиков***) за введение в пищевые продукты или напитки наркотических средств или психотропных веществ без уведомления лица, для которого они были предназначены.

См. *Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»*. Ст. 59.

Биомедицинская этика – совокупность деонтологических норм и правил морали и нравственности при осуществлении той или иной медицинской процедуры, вмешательстве в жизнь и здоровье пациента.

Новые возможности медицинской науки и техники позволяют не только лечить человека, но и управлять человеческой жизнью и человеком вообще.

Порой медицина вторгается в жизнь человека настолько, что нарушает его законные права и интересы, которые принято называть личными неимущественными благами. К ним относятся прежде всего право на жизнь и здоровье, а также достоинство личности, личная неприкосновенность, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна и т. д.

Современный период характеризуется кризисом доступности медицинской помощи, с одной стороны, и развитием новейших биомедицинских технологий и их широким использованием в практике здравоохранения – с другой. В этом случае медицинская практика остро нуждается в механизме действенного контроля за гуманным использованием научных достижений, защите прав и свобод пациента.

Стремление врача помочь пациенту во что бы то ни стало иногда оборачивается унижением достоинства, ущемлением неотчуждаемых прав личности. Поэтому кроме профессиональных знаний и умений каждый врач и каждый медицинский работник должен обладать знаниями этических,

моральных и нравственных норм. Моральные стороны взаимодействия между медиком и пациентом и есть главный объект изучения биоэтики.

Нравственная безупречность (соответствие поведения врача определенным этическим нормативам) составляет существенную часть медицинской этики. Это ее деонтологический уровень, или «деонтологическая модель». Деонтологическая модель врачебной этики – это совокупность «должных правил», соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Примером деонтологической модели может служить хирургическая деонтология. Н. Н. Петров в работе «Вопросы хирургической деонтологии» выделил следующие правила:

- хирургия для больных, а не больные для хирургии;
- делай и советуй делать больному только такую операцию, на которую ты согласился бы в аналогичной обстановке для самого себя или для самого близкого тебе человека;
- для душевного покоя больных необходимы посещения хирурга накануне операции и несколько раз в день операции, как до нее, так и после;
- идеалом большой хирургии является работа по действительно полному устранению не только всякой физической боли, но и всяких препятствий для душевного покоя больного;
- информирование больного, которое должно включать упоминание о риске, возможности инфекции, побочных по-

вреждений.

С точки зрения Н. Н. Петрова, «информирование» должно включать не столько «адекватную информацию», сколько внушение «о незначительности риска в сравнении с вероятной пользой операции». (См. Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. – Л., 1956.)

Биомедицинская этика вбирает в себя многие междисциплинарные научные исследования. В разном объеме, но необходим уровень знаний врачу в области биологии, психологии. Политика в области здравоохранения решает вопросы финансирования, вложения средств и защиты прав человека при осуществлении медицинской помощи, профилактики или биомедицинских исследований. Богословы и теологи вынуждены вырабатывать и уточнять свои позиции по проблемам биомедицины. Аборт и вмешательство в репродуктивные процессы, трансплантация органов и тканей человека, генная инженерия, клинические испытания на человеке и эвтаназия – вот далеко не полный перечень вопросов, по которым они должны выразить свое мнение. Особая роль принадлежит философии, которая в связи с проблемами биоэтики заново переосмысливает такие кардинальные философские вопросы, как: «Что такое человек?», «Когда зарождается личность?», «Как определить человеческую личность и человеческое существо?», «Имеет ли право человек сам решать, жить ему или умереть?» и многие другие.

За годы своего существования медицина выработала эти-

ческие правила и принципы, которые стали нормами, т. е. обрели законодательную базу. Сложились основные этические принципы.

1. Принцип уважения человека как личности исходит из признания и уважения самодовлеющего значения его свободной воли, права и возможности играть определяющую роль при принятии решений, затрагивающих его телесное, психическое и социальное благополучие. Человек должен рассматриваться в качестве «хозяина» своего тела, без чье-го добровольного, осознанного и информированного согласия не должны производиться никакие манипуляции – исследовательские, профилактические, диагностические и лечебные. См. *Автономия пациента*.

2. Принцип гуманизма и благотворительности составляет сердцевину призвания врачей и других медицинских работников. Он ориентирует медиков руководствоваться прежде всего благом данного конкретного пациента, отодвигая на второй план иные мотивы своей деятельности: познавательные, педагогические, коммерческие и т. д. «Прежде всего – не навреди (*Primum non nocere*)» – гласит древнейшая заповедь врача.

3. Принцип милосердия предписывает врачам с сочувствием относиться к страданиям пациентов, делая все возможное для их предотвращения. «Делай добро или благо для пациента». Добро по сути своей имеет божественное происхождение.

Принцип «Делай благо» является продолжением принципа «Не навреди». Более всего этот принцип нуждается в уточнении – благо, но для кого? На такие философские вопросы, как «В чем выражается благо для страдающего больного?», «Считать ли благом смерть неизлечимого больного?», «Будет ли благом отказ от операции или согласие на медицинское вмешательство?», «Благо ли для пациента знать свой диагноз?», нельзя ответить однозначно или однотипно. Любой из этих вопросов требует индивидуального подхода с учетом не только конкретных обстоятельств, но и индивидуальных качеств личности и психики пациента. Например: вопрос «Благо ли для пациента знать свой диагноз?» на протяжении столетий медицинской практики решался по-разному. В русской медицине долгое время поддерживалось понятие «святой лжи» во благо пациента, когда от пациента скрывали неутешительный диагноз, чтобы не травмировать его. Традиционно сложилось так, что врач решал за пациента, что для него благо, а что – нет. Такой подход принято называть *патерналистским* (от лат. *pater* – отец).

Соотношение морали и права в медицине. Пристально рассматривая любую этическую норму, можно выстроить цепочку, которая в конечном итоге приведет к правовой норме. Возьмем, например, принцип уважения человека как личности. Цепочка будет выглядеть так: каждый человек является личностью – личность имеет право самостоятельно решать вопросы медицинского вмешательства – каждый гражданин

(пациент) имеет право знать о своем заболевании все (право на информацию) – оказание медицинской помощи возможно только на основании информированного добровольного согласия пациента – пациент имеет право отказаться от медицинского вмешательства – в медицинской карте больного врач должен зафиксировать факт согласия или отказа от медицинской помощи; за сокрытие информации может наступить гражданско-правовая ответственность врача; за небрежное ведение медицинской документации врач может быть подвергнут дисциплинарному взысканию в соответствии с трудовым законодательством; при незаконном помещении в психиатрический стационар врача можно привлечь к уголовной ответственности.

Из данного примера видно, как этическая норма трансформировалась в правовую. Эта цепочка наглядно показывает, что нарушение моральных, нравственных норм не исключает наказания с помощью права.

В принципе «Не навреди» с точки зрения права следует выяснить, что понимается под вредом. С позиции врача это будет вред: вызванный бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается; неосторожностью либо злым умыслом, например корыстной целью; неверными, необдуманными или неквалифицированными действиями; объективно необходимыми в данной ситуации действиями.

(См. Введение в биоэтику. Учебное пособие. М.: Прогресс-Традиция, 1998. С. 54). Первые два «вида» вреда на-

шли свое отражение в санкциях уголовного законодательства (ст. 124 УК РФ. Неоказание помощи больному; ст. 109 УК Причинение смерти по неосторожности; ст. 123 УК. Незаконное производство аборта; ст. 122 УК. Заражение ВИЧ-инфекцией и др.)

Третий «вид» вреда можно рассматривать с точки зрения гражданско-правовой ответственности как вред, причиненный работником при исполнении должностных обязанностей, – ст. 1068 ГК; с точки зрения уголовной ответственности – как причинение смерти по неосторожности – ст. 109 УК; причинение тяжкого или средней тяжести вреда по неосторожности – ст. 118 УК.

И только объективно необходимый вред в соотношении морали и права не носит характера санкции или обязательства, а является правоустанавливающим фактором. Например, после травмы больному пришлось ампутировать руку, что в последующем послужит для гражданина основанием для признания его инвалидом, имеющим право на получение пенсии и пр. С точки зрения морали этот вред был неизбежен и необходим. Вопрос стоял так – умереть или жить без руки. Благо для пациента в данном случае состояло в сохранении жизни за счет лишения руки. С точки зрения права это было причинение вреда меньшего взамен большего, а поскольку он был объективно необходим, то юридической ответственности за него не предусмотрено.

Соотношение этики, права и религии в медицине. В борь-

бе с болезнями человека научная медицина разрабатывает новые технологии лечения заболеваний; пытается с помощью научной генетики получить гения, вмешивается в репродуктивные процессы человека, использует органы одного человека для трансплантации другому и, наконец, подражая Создателю, клонирует самого человека. На протяжении всего существования человечества находятся люди, которые желают повелевать не только жизнью, но и смертью других.

Чем больше развивается медицинская наука и практика, тем более зависимым и бесправным становится человек. Нередко человек попадает в руки медицинских работников настолько в беспомощном состоянии, что с ним можно сделать все что угодно. В случае проведения, например, операции по поводу аппендицита, достаточно будет руководствоваться ст. 32 Основ законодательства об охране здоровья граждан о необходимости предварительного информированного добровольного согласия, при невозможности получить согласие – собрать консилиум, при невозможности собрать консилиум врач принимает решение об операции самостоятельно. Придя в сознание после операции, в большинстве случаев пациент станет благодарить доктора за спасенную жизнь. Больной, страдающий каким-либо хроническим заболеванием, мучающим его долгие годы, после лечения будет благодарен врачу за качественное улучшение здоровья. Но даже в этом случае врачу не избежать нареканий со стороны пациента, если последний исповедует религию, запре-

щающую нарушение целостности человеческого тела.

По-особому рассматриваются случаи оказания медицинской помощи с участием донорских крови, органов и тканей. Реципиент, которому пересаживают чье-то сердце, не всегда будет благодарен врачу, а донор, чья жизнь прекратится, не сможет даже высказать свое несогласие на этот счет. По закону «О трансплантации органов и (или) тканей человека» в России закреплена **презумпция согласия** гражданина на изъятие органов или тканей. Однако эта норма не согласуется со многими вероисповеданиями (например, Свидетелей Иеговы).

В нашей стране введен пятилетний мораторий на **клонирование**. Всякое дело, которым занимается человек, может и должно получать поддержку только тогда, когда оно несет осязаемое благо и пользу для других, преследует благородную цель, но при этом не нарушает Божьих законов. Какую цель преследует клонирование? Помочь отчаявшимся людям обзавестись потомством? Но эта задача успешно решается благодаря искусственному оплодотворению. Избавить новые поколения от болезней? Но ведь клетка берется от простого смертного человека, а она, по утверждению медиков, является носителем всей генетической информации, в том числе и болезней. Как поведет себя организм клона, пока никому не известно. Законодательный запрет на клонирование необходим прежде всего для защиты интересов человека, рожденного с помощью клонирования. Все конституци-

онные нормы, все гражданское, семейное законодательство будет нарушено при клонировании. Жизнь клонированного ребенка будет кошмаром.

Следует заметить, что одна из задач *искусственного оплодотворения*, которую прогнозировали ученые медицины, – получение здорового потомства, на практике себя не оправдала. Дети «из пробирки» болеют так же, как и дети, рожденные естественным путем, у них выявляются наследственные заболевания, которых пытались избежать.

Тема *эвтаназии* сама по себе достаточно сложна, она усугублялась случаями из практики, когда врач превращался в убийцу, медицинская сестра брала на себя роль Марены – богини смерти – решая, кого отправить в последний путь. Даже совершенно не знакомые с медициной люди практиковали избавление от жизни престарелых граждан по просьбе их родственников.

Любую из приведенных тем нельзя рассматривать, например, только с правовой точки зрения. Право в общем смысле представляет собой регулятор общественных отношений. Общественные отношения складываются из многих понятий, но немыслимы без морали, нравственности, этики. У каждого народа своя философия жизни. И каждое государство традиционно придерживается определенной религии. Когда рассматривается какая-то проблема, а затем принимается закон, он отражает особенности морали, нравственности, этики, философии, принадлежности к религиозной кон-

фессии народов данного государства.

Россия – традиционно православная страна, причем не только последнюю тысячу лет. Но как мало мы знаем о своей вере! Какой культурный пласт находится нераскрытым, забытым в настоящее время! Рождение, жизнь и смерть человека – все подвластно Божьим законам. Надо только эти законы не нарушать.

Биомедицинские исследования – химическое, физическое, биологическое, микробиологическое, фармакологическое, токсикологическое и любые другие экспериментальные исследования, проводимые с целью получения научными методами оценок и доказательств эффективности и безопасности метода лечения, диагностического обследования, лекарственного препарата, другого вмешательства в жизнь и здоровье человека, предполагающее эксперимент на человеке. См. подробнее *Эксперимент медицинский, Клинические исследования лекарственных средств*.

В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

Допуск ко всеобщему применению означает издание Минздравом или иным специально уполномоченным на то органом акта, разрешающего применение медицинского, биологического или химического препарата, медицинского прибо-

ра либо метода диагностики, профилактики и лечения определенной категорией или всеми медицинскими учреждениями Российской Федерации.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста 15 лет, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

Порядок методов диагностики, лечения и использования лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации или иными уполномоченными на то органами.

См. *Инструкцию об организации и порядке проведения государственной регистрации медицинских технологий*, (утв. Приказом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 20 августа 2004 г. № 26-Пр/04).

Проведение биомедицинского исследования допускается

в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, а также в учреждениях здравоохранения железнодорожного транспорта и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте.

Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения его письменного согласия. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании.

При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. При этом он имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

Разработка новых лекарственных средств включает в себя поиск новых фармакологически активных веществ, последующее изучение их лекарственных свойств, а также доклинические исследования. Поэтому пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний, запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

См. *Основы законодательства об охране здоровья граждан*.

дан. Ст. 43.

См. *Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах».*

Реклама медикаментов, изделий медицинского назначения, медицинской техники при отсутствии разрешения на их производство и (или) реализацию, а также реклама методов лечения, профилактики, диагностики, реабилитации при отсутствии разрешения на оказание таких услуг, выдаваемого федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, не допускается, в том числе в случаях получения патентов на изобретения в указанной области.

Реклама лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача, а также реклама изделий медицинского назначения и медицинской техники, использование которых требует специальной подготовки, допускается только в печатных изданиях, предназначенных для медицинских и фармацевтических работников.

См. *Федеральный закон от 18 июля 1995 г. № 108-ФЗ «О рекламе».*

Благоприятные условия жизнедеятельности человека – состояние среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие ее факторов на человека (безвредные условия) и имеются возможности для восстановления нарушенных функций организма человека.

Граждане России имеют право на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воз-

действия на человека. Они имеют право получать в органах государственной власти, местного самоуправления, органах и учреждениях государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации и у юридических лиц информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг.

Через посредство общественных организаций экологической направленности граждане могут осуществлять общественный контроль за выполнением санитарных правил, вносить предложения об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В случае причинения их здоровью или имуществу вреда вследствие нарушения другими гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства, а также при осуществлении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий граждане имеют право на возмещение вреда в полном объеме в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В то же время граждане РФ обязаны выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний и санитарно-эпидемиологических заклю-

чений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц; заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и обучении своих детей; не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Индивидуальные предприниматели и юридические лица также наделены определенными правами и обязанностями по выполнению требований санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний и санитарно-эпидемиологических заключений органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Они обязаны разрабатывать и проводить санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия; обеспечивать безопасность для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг, а также продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов и товаров для личных и бытовых нужд при их производстве, транспортировке, хранении и реализации населению; своевременно информировать население, органы местного самоуправления, органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации об аварийных ситуациях, остановках производства, о нарушениях технологических процессов, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения; осуществлять гигиеническое обучение работников.

Благоприятные условия жизнедеятельности человека включают:

1. Санитарно-эпидемиологические требования к планировке и застройке городских и сельских поселений.
2. Санитарно-эпидемиологические требования к продукции производственно-технического назначения, товарам для личных и бытовых нужд и технологиям их производства.
3. Санитарно-эпидемиологические требования к потенциально опасным для человека химическим, биологическим веществам и отдельным видам продукции.
4. Санитарно-эпидемиологические требования к пищевым продуктам, пищевым добавкам, продовольственному сырью, а также контактирующим с ними материалам и изделиям и технологиям их производства.
5. Санитарно-эпидемиологические требования к продукции, ввозимой на территорию России.
6. Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания населения.
7. Санитарно-эпидемиологические требования к водным объектам.
8. Санитарно-эпидемиологические требования к питьевой воде и питьевому водоснабжению населения.
9. Санитарно-эпидемиологические требования к атмосферному воздуху в городских и сельских поселениях, на территориях промышленных организаций; воздуху в рабочих зонах производственных помещений, жилых и других

помещениях.

10. Санитарно-эпидемиологические требования к почвам, содержанию территорий городских и сельских поселений, промышленных площадок.

11. Санитарно-эпидемиологические требования к сбору, использованию, обезвреживанию, транспортировке, хранению и захоронению отходов производства и потребления.

12. Санитарно-эпидемиологические требования к жилым помещениям.

13. Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации производственных, общественных помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта.

14. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда.

15. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям работы с биологическими веществами, биологическими и микробиологическими организмами и их токсинами.

16. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям работы с источниками физических факторов воздействия на человека.

17. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям воспитания и обучения.

Все эти составляющие благоприятных условий жизнедеятельности человека реализуются по определенной схеме. Например, при планировке и застройке городских и сельских поселений должно предусматриваться создание благоприят-

ных условий для жизни и здоровья населения путем комплексного благоустройства городских и сельских поселений и реализации иных мер по предупреждению и устранению *вредного воздействия* на человека *факторов среды обитания*.

При разработке генеральных планов городских и сельских поселений, проектов планировки жилых районов, магистралей, решении вопросов размещения объектов гражданского, промышленного и сельскохозяйственного назначения и установления их санитарно-защитных зон, выборе земельных участков под строительство должны соблюдаться *санитарные правила*. Этому служат специальные нормативные акты: Санитарные правила, Гигиенические нормативы, Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (СанПиН), Правила и др.

Гигиенический норматив устанавливает допустимое максимальное или минимальное количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека.

Только при безопасных условиях среды обитания для человека, т. е. такого ее состояния, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека, могут быть выданы санитарно-эпидемиологические заключения. Например, утверждение проектной документации о планировке и застройке городских и сельских поселе-

ний, строительстве, реконструкции, предоставление земельных участков под строительство, а также ввод в эксплуатацию построенных и реконструированных объектов допускается при наличии *санитарно-эпидемиологических заключений* о соответствии таких объектов санитарным правилам.

Требования к обеспечению безопасных для человека условий труда устанавливаются санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Индивидуальные предприниматели и юридические лица обязаны осуществлять санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по обеспечению безопасных для человека условий труда и выполнению требований санитарных правил и иных нормативных правовых актов Российской Федерации к производственным процессам и технологическому оборудованию, организации рабочих мест, коллективным и индивидуальным средствам защиты работников, режиму труда, отдыха и бытовому обслуживанию работников в целях предупреждения травм, профессиональных заболеваний, инфекционных заболеваний и заболеваний (отравлений), связанных с условиями труда.

Этой цели служат, в частности, обязательные *медицинские осмотры и профилактические прививки*.

Таким образом, состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспе-

чиваются благоприятные условия его жизнедеятельности, являются составляющими *санитарно-эпидемиологическо-го благополучия* населения.

См. *Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»*.

Болезнь – хворь, хвороба, хворость, недужина, недуг, немочь, скорбь (телесная), нездоровье. Все эти определения болезни содержатся в Толковом словаре В. И. Даля. Очень интересно толкование скорби телесной, т. е. болезни. «Скорбь насланная, порча знахарская». «От скорби душевной, скорбь телесная нападет».

Преподобный Серафим Саровский говорил: «Скорби не приписывай случаю, потому что они от нас. В благодушном терпении скорбей при смирении духа познается сильная воля человека и преданность его Богу. Не все скорби должно почитать наказанием, но иные посещением Божиим, милосердием;

чем мучительнейшие человек терпит скорби, тем больше Бог доказывает любовь свою к нему; ибо через то Бог хочет обратить его к Себе и очистить; но горе здесь и горе по смерти будет, если человек не почувствует такого милосердия Божия и не исправится в своих грехах».

Разумеется, определение болезни имеет здесь не правовой и не медицинский характер. См. *Заболевание*.

Здоровье человека определено как одно из самых важных благ. Исходя от противоположного, нарушение здоровья будет озна-

чать физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функции организма человека.

Одной из ведущих классификационных основ болезней является Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти (МКБ), которая периодически (1 раз в 10 лет) пересматривается под руководством ВОЗ. МКБ является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов. При рассмотрении 10-го пересмотра традиционная структура МКБ была оставлена, но введена алфавитно-цифровая кодовая система, заменившая цифровую. Это обеспечивает значительное расширение возможностей классификации и создает условия для проведения будущего пересмотра без заметного нарушения цифровой системы.

В настоящее издание, призванное в основном обеспечить подготовку к введению 10-го пересмотра МКБ, включены:

- полный перечень трехзначных рубрик;
- перечень четырехзначных подрубрик с необходимыми примечаниями и перечнями исключений;
- правила отбора основной причины смерти и основного заболевания в статистике причин смерти и поводов для госпитализации больных;
- краткие перечни для разработки данных о заболеваемо-

сти и смертности;

– указания по заполнению свидетельства о перинатальной смертности и правила кодирования причин перинатальной смерти;

– нормативные определения и номенклатурные положения;

– алфавитный перечень болезней.

Полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик содержит:

I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

II. Новообразования.

III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.

IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

V. Психические расстройства и расстройства поведения.

VI. Болезни нервной системы.

VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата.

VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка.

IX. Болезни системы кровообращения.

X. Болезни органов дыхания.

XI. Болезни органов пищеварения.

XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки.

XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

XIV. Болезни мочеполовой системы.

XV. Беременность, роды и послеродовой период.

XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.

XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.

XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках.

XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

XX. Внешние причины заболеваемости и смертности.

XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения.

См. МКБ-10. Краткий вариант, основанный на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения.

Больничный лист (см. *Листок нетрудоспособности*).

Больной (см. *Пациент, права и обязанности*).

В

Вакцинация (прививка) – введение вакцины в организм человека.

Вакцинация проводится в двух направлениях – путем проведения профилактических прививок и путем экстренной вакцинации при распространении инфекционных болезней, т. е. по эпидемическим показаниям. И в том и в другом случае вакцинация возможна только с согласия граждан или их законных представителей.

Законными представителями ребенка являются его родители или лица, их заменяющие, поэтому согласие на вакцинацию несовершеннолетнего ребенка необходимо получить от них. Даже при очевидных показаниях к вакцинации медицинские работники не имеют права делать это тайно, принудительно или насильно. Закон обязывает медицинских работников оформлять в равной степени как **согласие**, так и **отказ** от вакцинации, т. е. медицинского вмешательства.

Вакцинация может быть двух видов:

- 1) профилактические прививки – введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- 2) вакцинация по эпидемическим показаниям – экстрен-

ная вакцинация при распространении инфекционной болезни, значительно превышающем уровень обычной заболеваемости в данной местности, а также при контакте восприимчивого лица с источником инфекции.

Профилактические прививки проводятся гражданам в государственных, муниципальных или частных организациях здравоохранения либо гражданами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии лицензий на медицинскую деятельность.

Профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных **законных представителей** несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний.

См. *Методические указания МУ 3.3.1.1095-02 «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок»* (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 9 января 2002 г.).

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Профилактические прививки проводятся в соответствии с требованиями санитарных правил и в порядке, установлен-

ном федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Для иммунопрофилактики используются зарегистрированные в соответствии с законодательством Российской Федерации отечественные и зарубежные медицинские иммунобиологические препараты.

Медицинские иммунобиологические препараты, используемые для иммунопрофилактики, подлежат обязательной сертификации.

О сертификации медицинских иммунобиологических препаратов см. *Методические указания МУ 3.3.2.684-98* (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 9 января 1998 г.).

См. *Правила проведения сертификации в Системе сертификации лекарственных средств Системы сертификации ГОСТ Р* (утв. Постановлением Госстандарта РФ от 24 мая 2002 г. № 36).

См. подробнее ***Вакцинопрофилактика (иммунопрофилактика)***.

Вакцинопрофилактика (иммунопрофилактика) – метод предупреждения инфекционных болезней, основанный на введении в организм вакцины различными способами. Прививка представляет собой медицинское вмешательство в жизнь и здоровье человека с целью создания активного иммунитета против инфекционных болезней.

Вакцинопрофилактика является одним из направлений

государственной профилактики в области охраны здоровья населения, обеспечивающим предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний путем *вакцинации* населения.

В Федеральном законе № 157-ФЗ от 17 сентября 1998 г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» вместо термина «вакцинопрофилактика» используется понятие «иммунопрофилактика» инфекционных болезней, которое определяет ее как систему мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок.

Профилактические прививки проводятся с согласия граждан или законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными. Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний, т. е. на медицинских работников возложена по закону обязанность провести медицинский осмотр гражданина на предмет выявления заболеваний или состояний, препятствующих вакцинации.

Вакцинопрофилактика включает следующие основные принципы:

- доступность, добровольность, бесплатность, гласность, обязательность;
- соблюдение конституционных прав и обязанностей

граждан при проведении вакцинации;

– своевременность, эффективность и безопасность проведения вакцинации. Вакцинируя новорожденного, следует помнить, что в гражданском кодексе ребенок является малолетним, а роженица как мать является его законным представителем. Основы законодательства об охране здоровья граждан закрепляют, что согласие на медицинское вмешательство за детей дают их законные представители.

См. *Закон Тюменской области от 4 ноября 1996 г. № 51 «О вакцинопрофилактике населения Тюменской области».*

Вакцинопрофилактика осуществляется путем проведения обязательных прививок (см. подробнее ***Национальный календарь прививок***) и прививок по эпидемическим (экстренным) показаниям.

Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводятся гражданам при угрозе возникновения инфекционных болезней, перечень которых устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения.

Сроки и порядок проведения профилактических прививок по эпидемическим показаниям устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения.

См. *Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям (утв. Приказом Минздрава РФ от 27 июня 2001 г. № 229).*

Для осуществления вакцинопрофилактики могут быть использованы вакцины, производимые в Российской Федерации, и вакцины, производимые за рубежом, перечень которых зарегистрирован в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

- получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;

- выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;

- бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;

- бесплатный медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;

- бесплатное лечение в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений;

- социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений;
- отказ от профилактических прививок;
- компенсацию за ущерб здоровью, причиненный вакцинацией.

Граждане обязаны:

- выполнять Закон в части проведения обязательных прививок, касающихся себя и своих детей, а также вакцинации по эпидемическим (экстренным) показаниям;
 - своевременно выполнять предписания органов здравоохранения и госсанэпиднадзора по вакцинопрофилактике в соответствии с положением настоящего Закона;
 - в случае отказа от вакцинации оформить последний в виде соответствующей записи в медицинской документации.
- При несогласии оформления отказа от прививки отказ может быть зафиксирован подписями двух медицинских работников с указанием того, что гражданин, отказавшийся от вакцинации, предупрежден о возможных последствиях, а также об ограничениях.

Отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в детские дошколь-

ные, образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения инфекционных заболеваний (при карантинах) или при угрозе возникновения групповых и массовых заболеваний;

– отказ в приеме граждан на работы или отстранение их от работ, выполнение которых связано с высоким риском возникновения инфекционных заболеваний.

Перечень работ, выполнение которых требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством Российской Федерации и администрациями регионов.

См. Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок (утв. Постановлением Правительства РФ от 15 июля 1999 г. № 825).

Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний. Противопоказаниями являются лишь немногие виды патологии, повышающие риск развития поствакцинальных осложнений. Подобные состояния должны непременно учитываться как важнейший фактор снижения частоты неблагоприятных событий в поствакцинальном периоде. Поскольку введение некоторых вакцин в активном периоде заболевания может обострить или утяжелить его течение, это также учтено в списке противопоказаний.

Несоблюдение противопоказаний, необоснованные медицинские отводы от прививок часто приводят к тому, что дети с соматической патологией, аллергическими заболеваниями, неврологическими дефектами оказываются беззащитными перед инфекционными болезнями, которые у них протекают особенно тяжело.

Разработан *Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок*. Например, острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводятся через 2 – 4 недели после выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. прививки проводятся сразу после нормализации температуры.

См. *Методические указания МУ 3.3.1.1095-02 3.3.1. Вакцинопрофилактика: «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок»* (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ от 9 января 2002 г.).

См. *Постановление Правительства РФ № 885 от 2.08.99 «Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных выплат»*.

менных пособий».

См. Постановление Правительства РФ № 1013 от 27.12.00 «О порядке выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений».

См. Санитарно-эпидемиологические правила «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней. СП 3.1/3.2.1379-03» (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 9 июня 2003 г. № 129).

Для иммунопрофилактики используются зарегистрированные в соответствии с законодательством Российской Федерации отечественные и зарубежные медицинские иммунобиологические препараты.

Медицинские иммунобиологические препараты, используемые для иммунопрофилактики, подлежат обязательной сертификации.

О сертификации медицинских иммунобиологических препаратов см. Методические указания МУ 3.3.2.684-98 (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 9 января 1998 г.).

См. Правила проведения сертификации в Системе сертификации лекарственных средств Системы сертификации ГОСТ Р (утв. Постановлением Госстандарта РФ от 24 мая 2002 г. № 36).

Взятка – имущественное вознаграждение, полученное должностным лицом лично или через посредника в виде денег, ценных бумаг, иного имущества или выгод имущественного характера за действия (бездействие) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц, если такие действия (бездействие) входят в служебные полномочия должностного лица либо оно в силу должностного положения может способствовать таким действиям (бездействию), а равно за общее покровительство или попустительство по службе.

Получение взятки – одно из самых опасных видов должностных преступлений. Посягая на нормальное функционирование аппарата управления государством, распространение этого вида преступлений дезорганизует деятельность органов управления, дискредитирует государственные институты в глазах населения.

Субъектом указанного преступления в соответствии с примеч. к ст. 285 УК может быть лицо, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющее функции представителя власти либо выполняющее организационно-распорядительные или административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооруженных Силах РФ и в воинских формированиях РФ.

Данный состав преступления имеет квалифицирующие признаки, если они совершены: а) группой лиц по предвари-

тельномуговору или организованной группой;

б) неоднократно (данный пункт утратил силу);

в) с **вымогательством** взятки;

г) в крупном размере.

Примечание. Крупным размером взятки признается сумма денег, стоимость ценных бумаг, иного имущества или выгод имущественного характера, превышающая сто пятьдесят тысяч рублей.

Ответственность за получение взятки предусмотрена ст. 290 УК РФ.

Дача взятки должностному лицу лично или через посредника предусмотрена как состав преступления в ст. 291 УК РФ. Дача взятки должностному лицу может быть предложена за совершение им заведомо незаконных действий (бездействие).

Примечание. Лицо, давшее взятку, освобождается от уголовной ответственности, если имело место вымогательство взятки со стороны **должностного лица** или если лицо добровольно сообщило органу, имеющему право возбудить уголовное дело, о даче взятки.

Пример: Л., являясь доцентом кафедры Государственного технического университета, как преподаватель согласно трудовому договору был наделен правом приема экзаменов у студентов.

Несдача студентом зачета или экзамена влекла определен-

ные правовые последствия: он не допускался к следующей сессии, не переводился на следующий курс и мог быть отчислен из вуза. Выполнение студентами учебных планов учитывалось официальными документами – экзаменационными ведомостями, листами и зачетными книжками, на основании которых принимались решения о переводе студентов на следующий курс, а в итоге – о допуске к дипломной работе.

В нарушение своих должностных обязанностей Л. за взятки ставил зачеты и оценки за курсовые проекты и экзамены без самой процедуры их приема.

По смыслу закона получение взятки – преступление, совершаемое из корыстных побуждений, когда должностное лицо сознает, что материальные ценности ему переданы как взятка за совершение определенных действий, входящих в его служебные полномочия, в интересах взяткодателя.

Совершенные действия, связанные с внесением в экзаменационные листы и зачетные книжки студентов ложных сведений – «удовлетворительных» оценок за экзамены и защиту курсовых проектов, без фактической аттестации и принятия курсовых проектов, составляют объективную сторону состава преступления, предусмотренного ст. 290 УК РФ, и дополнительной квалификации не требуют.

См. *Обзор судебной практики Верховного суда РФ за IV квартал 2001 г. (по уголовным делам)* (утв. Постановлением Президиума Верховного суда РФ от 24 апреля 2002 г.).

Вина — сознательно-волевая психическая деятельность

лица в момент совершения преступления, которая может проявляться в форме умысла или неосторожности.

1. Неосторожность. Деяние, совершенное только по неосторожности, признается преступлением лишь в случае, когда это специально предусмотрено Уголовным кодексом.

Закон предусматривает два вида преступлений, совершенных по неосторожности:

а) вследствие легкомыслия (ранее этот вид неосторожной вины в теории уголовного права назывался самонадеянностью);

б) по небрежности.

Преступление признается совершенным по легкомыслию, если лицо *предвидело* возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований *самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий*.

При легкомыслии виновный предвидит лишь абстрактную опасность своего деяния, т. е. он понимает, что действие (бездействие) способно повлечь наступление общественно опасных последствий, но рассчитывает избежать таких последствий.

Подобный расчет должен быть основан не на везении, надежде на удачу, а на достаточно реальных факторах, связанных с профессиональными качествами, опытом и умением самого виновного лица, особенностях используемых им технических средств, инструментов, особенностях обстановки,

в которой он действовал, и т. д. В итоге этот расчет оказался неудачным, когда виновный какие-то обстоятельства недооценил или переоценил свои возможности, что позволяет характеризовать его вину не как умысел, а как легкомыслие.

Иногда действия медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь, содержат настолько грубые нарушения, что при характеристике этих действий используют не принятые в праве определения, но очень точно выражающие суть поведения виновных лиц.

Например, Постановлением ГОВД г. Покачи Тюменской области 17 августа 2000 г. возбуждено уголовное дело по ст. 118 ч. 4 УК РФ по факту причинения вреда здоровью гражданину некачественным оказанием медицинской помощи. На основании заключения судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) действия врача охарактеризованы как *«избыточная самоуверенность»*.

Преступление признается совершенным по небрежности, если лицо *не предвидело* возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности *должно было и могло предвидеть эти последствия*.

Если лицо должно было их предвидеть (объективный критерий небрежности) и к тому же могло предвидеть и соответственно не допустить наступления данных последствий (субъективный критерий небрежности), но не сделало этого и общественно опасные последствия наступили, имеют-

ся все основания утверждать о совершении преступления по небрежности.

Обязанность предвидения последствий устанавливается исходя из требований, предъявляемых к лицам определенной профессии, занимающимся соответствующей деятельностью, или же на основе правил предусмотрительности, которые должны соблюдаться любым вменяемым человеком. При этом учитываются его индивидуальные психологические особенности, жизненный и профессиональный опыт, уровень образования и т. п., а также конкретная объективная ситуация, в которой оказалось данное лицо.

Суды при рассмотрении дел должны учитывать *вину потерпевшего*. Так, вред, возникший вследствие умысла потерпевшего, возмещению не подлежит.

Гражданское право предусматривает, что вина в форме грубой неосторожности потерпевшего по общему правилу дает основание снизить размер ответственности или освободить от ответственности за причинение имущественного вреда. Если грубая неосторожность самого потерпевшего содействовала возникновению или увеличению вреда, в зависимости от степени вины потерпевшего и причинителя вреда размер возмещения должен быть уменьшен или в возмещении вреда может быть отказано, если законом не предусмотрено иное. Однако при причинении вреда жизни или здоровью гражданина отказ в возмещении вреда не допускается.

Вина потерпевшего не учитывается при возмещении до-

полнительных расходов (п. 1 ст. 1085 ГК), при возмещении вреда в связи со смертью кормильца (ст. 1089 ГК), а также при возмещении расходов на погребение (ст. 1094 ГК).

Суд может уменьшить размер возмещения вреда, причиненного гражданином, с учетом его имущественного положения, за исключением случаев, когда вред причинен действиями, совершенными умышленно.

Особое значение имеет учет вины потерпевшего в форме грубой неосторожности, например, в случае безвиновной ответственности, при причинении вреда *источником повышенной опасности*. Однако в Гражданском кодексе содержится запрет на отказ в этой ситуации в возмещении вреда жизни и здоровью потерпевшего, а также исключается применение этого правила при возмещении вреда в связи со смертью кормильца, при возмещении дополнительных расходов, вызванных повреждением здоровья, и при возмещении расходов на погребение.

См. *Гражданский кодекс Российской Федерации. Ст. 1064, 1079, 1083.*

2. Умысел. Преступление, совершенное умышленно, может быть совершено с *прямым* или *косвенным* умыслом.

Преступление признается совершенным с прямым умыслом, если лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность или неизбежность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления.

Преступление признается совершенным с косвенным умыслом, если лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, не желало, но сознательно допускало эти последствия либо относилось к ним безразлично.

Закон проводит разграничение между прямым и косвенным умыслами по интеллектуальному элементу (характеру предвидения общественно опасных последствий) и по волевому элементу (отношению к предвидимым общественно опасным последствиям).

Совершая преступление с прямым умыслом, лицо желает наступления предвидимых им общественно опасных последствий, хочет этого, направляет свои усилия на наступление таких последствий.

При косвенном умысле лицо, предвидя реальную возможность причинения своим деянием каких-либо общественно опасных последствий, вовсе не хочет, чтобы они наступили. Данные последствия не цель его действия (бездействия). Целью деятельности виновного в этом случае является какой-то иной результат, возможно, даже и не общественно опасный, но, стремясь к его достижению, лицо выбирает опасный способ, понимает более или менее определенно, что могут наступить соответствующие общественно опасные последствия, и соглашается с этим, т. е. сознательно допускает эти последствия либо относится к ним безразлично.

В теории уголовного права выделяют и такие разновидности умысла, как заранее обдуманый и внезапно возникший, конкретизированный (определенный) и не конкретизированный (неопределенный). Внезапно возникший умысел характерен для преступлений, совершаемых в состоянии аффекта.

См. *Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ*.

Гражданское право также применяет две формы вины – умысел и неосторожность, выделяя в ряде случаев грубую неосторожность (например, ст. 697 ГК). См. *Гражданско-правовая ответственность*.

Лицо, не исполнившее обязательства либо исполнившее их ненадлежащим образом, несет ответственность при наличии вины (умысла или неосторожности), кроме случаев, когда законом или договором предусмотрены иные основания ответственности (п. 1 ст. 401 ГК).

Следует заметить, что преступления медицинских работников при оказании медицинской помощи гражданам, как правило, совершаются по неосторожности.

Противоправные действия, рассматриваемые в рамках гражданского права, также в подавляющем большинстве совершаются по неосторожности.

ВИЧ-инфекция и обязанности врача. Обязанности врача и других медицинских работников при оказании помощи ВИЧ-инфицированным гражданам не сводятся только к соблюдению прав *пациентов*. В целях нераспространения

ВИЧ-инфекции, а также для защиты самих медицинских работников законом предусмотрены освидетельствования.

При поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах обязательному медицинскому освидетельствованию для выявления ВИЧ-инфекции подлежат следующие работники: а) врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИДом, учреждений здравоохранения, специализированных отделений и структурных подразделений учреждений здравоохранения, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт;

б) врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий (группы персонала лабораторий), которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека;

в) научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека.

При отказе от прохождения обязательного медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции без уважительных причин работник подлежит отстранению от работы, и к нему могут быть применены меры **дисциплинарной ответственности**.

См. Постановление Правительства РФ от 4 сентября 1995 г. № 877 «Об утверждении перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров».

ВИЧ-инфекция и права граждан – при прохождении медицинского обследования на ВИЧ-инфекцию гражданам гарантируется соблюдение законных прав и интересов.

1. Квалифицированная медицинская услуга обеспечивается тем, что обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции проводится в медицинских учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, имеющих лицензию на проведение таких освидетельствований и право проведения лабораторных исследований. Только они имеют право выдавать официальный документ о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица.

2. В учреждениях государственной системы здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Россий-

ской Федерации проводится бесплатно.

3. Медицинские учреждения, проводящие обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции, обеспечивают безопасность такого освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование, в соответствии с установленными нормативами и стандартами.

4. ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством России об охране здоровья граждан. См. *Пациент*.

5. Обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции должно проводиться с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики этого заболевания.

6. Лицо, прошедшее обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции, имеет **право на информацию** о результатах.

7. Лицо, прошедшее обязательное медицинское освидетельствование, имеет право на повторное медицинское освидетельствование в том же учреждении, а также в ином учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования.

8. Медицинские работники и другие лица, которым в свя-

зи с выполнением служебных или профессиональных обязанностей стали известны сведения о результатах проведения медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции, обязаны сохранять *врачебную тайну*.

9. Не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных.

10. За разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лица, которым эти сведения стали известны в связи с выполнением ими своих служебных или профессиональных обязанностей, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. См. *Разглашение врачебной тайны*.

См. *Правила проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)* (утв. Постановлением Правительства РФ от 13 октября 1995 г. № 1017).

См. *Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»*.

Минздрав РФ утвердил Перечень показаний для обследо-

вания на ВИЧ/СПИД в целях улучшения качества диагностики ВИЧ-инфекции. В соответствии с которым обследованию на ВИЧ-инфекцию подлежат:

1) больные по клиническим показаниям (лихорадящие более 1 месяца, имеющие увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1 месяца, с диареей, длящейся более 1 месяца, с необъяснимой потерей массы тела на 10 % и более, с ворсистой лейкоплакией языка и др.);

2) больные с подозрением или подтвержденным диагнозом (наркомания, заболевания, передающиеся половым путем, саркома Капоши, лимфома мозга, Т-клеточный лейкоз, легочный и внелегочный туберкулез, гепатит В и др.);

3) беременные в случае забора абортной и плацентарной крови для дальнейшего использования в качестве сырья для производства иммунобиологических препаратов.

Примечание. В соответствии с Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» **принудительное обследование на ВИЧ запрещается.**

См. Приказ Минздравмедпрома РФ от 30 октября 1995 г. № 295 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ».

Вмешательство в репродуктивные процессы – медицинская деятельность, направленная на помощь гражданам в обзаведении потомством или, наоборот, на избавление от нежелательного потомства.

Вмешательство в репродуктивные процессы человека различается в зависимости от цели: желания иметь собственное ребенка или желания избавиться от ребенка.

Современная медицина для решения первой задачи использует:

- *искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона;*
- *клонирование.* См. *Клонирование;*
- лечение бесплодных пар различными методами и средствами.

Для решения второй задачи закон разрешает прибегать к *искусственному прерыванию беременности* и медицинской *стерилизации* и *контрацепции*.

См. *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1. Раздел VII. Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека.*

Возмещение вреда здоровью граждан производится на основании решения суда по иску потерпевшего, членов его семьи, прокурора, уполномоченного на то органа государственного управления, общественного объединения.

Вред здоровью граждан может быть причинен как дей-

ствиями других лиц, так и в результате неблагоприятных экологических факторов, которые в свою очередь могут быть спровоцированы действиями человека или природными явлениями, стихийными бедствиями и др.

Каждый гражданин имеет право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением. См. *Охрана окружающей природной среды*.

Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

См. *Конституцию РФ. Ст. 42*.

Вред, причиненный здоровью граждан в результате неблагоприятного воздействия окружающей природной среды, вызванного деятельностью предприятий, учреждений, организаций или отдельных граждан, подлежит возмещению в полном объеме.

При определении величины вреда, причиненного здоровью граждан, учитываются: степень утраты трудоспособности потерпевшим, необходимые затраты на лечение и восстановление здоровья, затраты по уходу за больным, иные расходы, в том числе упущенные профессиональные возможности, затраты, связанные с необходимостью изменения места жительства и образа жизни, профессии, а также потери, свя-

занные с моральными травмами, невозможностью иметь детей или риском рождения детей с врожденной патологией.

Денежные средства за причиненный здоровью граждан вред взыскиваются с причинителя вреда, а при невозможности его установления – из средств государственных экологических фондов.

Согласно ст. 1064 ГК Российской Федерации, вред (ущерб), причиненный личности (в системе обязательного медицинского страхования – застрахованному), подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред (ущерб). Законом обязанность возмещения вреда (ущерба) может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда (ущерба).

Возмещение вреда (ущерба) состоит в выплате потерпевшему денежной суммы, которую он произвел или должен будет произвести для восстановления нарушенного здоровья в связи с оказанием ему некачественной медицинской или лекарственной помощи, а также возмещением упущенной выгоды и морального ущерба.

Лица, совместно причинившие вред (ущерб), отвечают перед потерпевшим солидарно (ст. 1080 ГК Российской Федерации).

В случае, когда лицо возместило вред (ущерб), причиненный другим лицом, оно имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом (ст. 1081 ГК

Российской Федерации).

Условия возмещения вреда здоровью граждан, причиненного в результате некачественного оказания медицинской помощи, – см. *Гражданско-правовая ответственность*.

Размер возмещения вреда (ущерб) при некачественном оказании медицинской помощи зависит от величины понесенных на лечение расходов, длительности нетрудоспособности пациента, результата (выздоровление, хронизация полученного заболевания либо травмы, инвалидность, смерть), а для работающего – также от степени утраты трудоспособности и размера утраченного заработка (дохода).

Размер возмещения определяется на основании счетов соответствующих организаций и других документов либо согласно ценам, сложившимся в той местности, в которой потерпевший понес эти расходы, а также документов, подтверждающих размер утраченного заработка.

Суммы возмещения вреда (ущерб) подлежат индексации в связи с повышением стоимости жизни в установленном законом порядке.

Потерпевшему, нуждающемуся в нескольких видах помощи, возмещаются расходы, связанные с получением каждого вида помощи.

В денежные суммы, компенсирующие вред (ущерб), нанесенный застрахованному гражданину, входят расходы на его обследование и лечение, в том числе санаторно-курортное, уход за потерпевшим, протезирование, приобретение и

ремонт специальных транспортных средств, профессиональное переобучение и другие расходы, связанные с устранением последствий нанесенного ему вреда (ущерба), если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и не имеет права на их бесплатное получение. Кроме того, возможно возмещение морального ущерба (определяется только судом).

Согласно ст. 1094 ГК РФ, лица, ответственные за вред, вызвавший смерть потерпевшего, обязаны возместить необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы. Пособие на погребение, полученное гражданами, понесшими эти расходы, в счет возмещения вреда не засчитывается.

Существуют досудебный и судебный способы защиты прав пациентов. При этом возможно осуществление защиты нарушенного права как страховой компанией, так и пациентом.

Возмещение материального вреда (ущерба) осуществляется как в добровольном порядке, так и по решению суда. Если пациенту причинен моральный вред (физические или нравственные страдания), то только суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда. При отказе в возмещении вреда (ущерба) пациент либо его представитель вправе обратиться в суд.

При судебном способе защиты прав застрахованных страховщик обязан зарегистрировать устное или письменное об-

ращение, организовать и произвести экспертизу качества медицинской помощи данного случая, оказать содействие застрахованному в оформлении претензии и иска к учреждению здравоохранения или частнопрактикующему врачу и направить заявление застрахованного пациента вместе с необходимыми документами в суд.

К заявлению пациента прикладываются результаты экспертизы страховой медицинской организации.

Суд рассматривает иск о возмещении вреда (ущерба) пациентам и выносит по ним решения в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае удовлетворения требования о возмещении вреда (ущерба) суд в соответствии с обстоятельствами дела обязывает виновного в причинении вреда (ущерба) возместить причиненные убытки.

В своем решении о денежном возмещении вреда (ущерба) суд указывает, согласно ст. 1101 ГК Российской Федерации, размеры и сроки возмещения. Размер компенсации морального вреда (ущерба) определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя ущерба (вреда). При определении размера компенсации морального вреда (ущерба) должны соблюдаться требования разумности и справедливости.

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисципли-

нарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с действующим законодательством.

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющие права застрахованных, могут быть обжалованы в вышестоящих государственных органах или в суде.

Военно-врачебная экспертиза – экспертиза, определяющая годность по состоянию здоровья к военной службе граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту, пребывающих в запасе (резерве) Вооруженных Сил Российской Федерации, органов и пограничных войск федеральной службы безопасности и военнослужащих. Устанавливает у военнослужащих (граждан, призванных на военные сборы) и уволенных с военной службы причинную связь заболеваний, ранений, травм с военной службой (прохождением военных сборов), определяет виды, объем, сроки осуществления медико-социальной помощи военнослужащим и их реабилитации.

См. *Положение о военно-врачебной экспертизе* (утв. Постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2003 г. № 123).

Восстановительное лечение и медицинская реабилитация – система медицинских мер, направленная на восстановление здоровья, социальную, психологическую и иную адаптацию граждан, получивших травму, увечье, инвалидность или имеющих врожденные заболевания, с ис-

пользованием методологических подходов, разработанных к определенным видам заболеваний.

Гражданам, страдающим врожденными и приобретенными острыми и хроническими заболеваниями, в том числе профессиональными, и последствиями перенесенных травм, в том числе производственных, предоставляется медицинская физическая реабилитация в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности. Виды, объем и стандарты качества медицинской реабилитации, предоставляемой бесплатно, устанавливаются органом управления здравоохранением администрации субъектов РФ в соответствии с государственными гарантиями обеспечения населения медицинской помощью. Физическая медицинская реабилитация осуществляется в поликлиниках, стационарах, санаториях-профилакториях и специализированных лечебных учреждениях восстановительного лечения, получивших лицензию на указанный вид деятельности. Например, для детей с последствиями детского церебрального паралича в субъектах Российской Федерации имеются специализированные детские больницы и отделения, предназначенные для медицинской и социальной реабилитации.

Подростки и взрослые с последствиями детского церебрального паралича, самостоятельно передвигающиеся и себя обслуживающие, имеют возможность по своему физическому состоянию получать медицинскую и социальную ре-

абилитацию в неврологических отделениях многопрофильных больниц.

Созданы специализированные центры медицинской и социальной реабилитации с отделениями для постоянного проживания инвалидов (подростков и взрослых) с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих, имеющих отклонения в интеллектуальном развитии. Однако таких центров для них создано очень мало.

Реабилитационные мероприятия проводятся на основе единых методологических подходов и типовой реабилитационной программы, состоящей из следующих реабилитационных направлений:

Медицинская реабилитация. Методики: физические средства (кинезотерапия или нервно-мышечное проприоцептивное облегчение, методики, основанные на биологической обратной связи, механотерапия, электрофизиолечение, массаж, бальнеотерапия и др.); рациональная психотерапия; медикаментозная терапия (по показаниям нейрометаболические, цереброваскулярные и противосудорожные средства, витамины, биостимуляторы и др.), выполняемые лечащими врачами, физиотерапевтами, врачами и методистами ЛФК, психологами, психотерапевтами, рефлексотерапевтами, мануальными терапевтами, массажистами, сестрами физиотерапии.

Реабилитация по коррекции речи и слуха включает оцен-

ку развития этих функций, логопедическую работу, развитие способностей к вербальному общению, тренировку слуха, терапию дефектов речи и слуха, развитие способностей к общению. Методики: кондуктивная терапия, логопедия, восстановительная медицина, выполняемые логопедами, дефектологами, психологами, психотерапевтами.

Социально-бытовая реабилитация включает следующие методики: кондуктивную терапию, эрготерапию, выполняемые социальными работниками, врачами и методистами ЛФК, педагогами.

Рекреационная реабилитация направлена на улучшение социальных навыков. Методика: кондуктивная терапия, выполняемая социальными работниками, инструкторами-кондукторами, педагогами.

Психологическая реабилитация определяет оценку уровня интеллекта, личностного развития общих способностей, консультирование по личностным, эмоциональным проблемам, участие в планировании и проведении образовательных и профессиональных программ в консультировании родителей. Методики: кондуктивная терапия, психотерапия и методы восстановительной медицины, выполняемые педагогами, психологами, кондукторамиинструкторами, врачами – специалистами в области реабилитологии.

Социальная реабилитация (изучение домашнего окружения инвалида, его семейных взаимоотношений включает периодические беседы с близкими родственниками для со-

трудничества в удовлетворении нужд пациента и т. д.). Методики: кондуктивная терапия, психотерапия, выполняемые социальными работниками, психотерапевтами, психологами.

Образовательная реабилитация и тренировочная программа включают развивающую программу и программу подготовки к специальному обучению при задержке интеллектуального развития. Цель – свести до минимума нарушения обучения, развивать социальные, интеллектуальные навыки и умения. Методики: кондуктивная терапия, восстановительная медицина, выполняемые инструкторами-кондукторами, педагогами.

См. *Приказ Минздрава РФ от 18 октября 1999 г. № 378 «Об организации работы учреждений медицинской и социальной реабилитации подростков и взрослых с последствиями детского церебрального паралича».*

Реабилитация больных наркоманией означает совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, восстановление или формирование его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих наркологическое заболевание. Данная реабилитация решает дру-

гие задачи. Например, спектр мероприятий, оказываемых больным наркоманией на этапе реабилитации, включает:

- комплекс фармакологических, физиотерапевтических и других мероприятий, направленных на подавление основного синдрома заболевания – патологического влечения к психоактивным веществам;

- нивелирование астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, обусловленных злоупотреблением психоактивных веществ;

- восстановление коммуникативных навыков;

- обучение пациентов навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать наркотикам «нет»;

- обучение умению определять предвестники обострения влечения к психоактивным веществам и преодолевать рецидивы заболевания;

- обучение анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения;

- формирование ответственности за свое поведение и здоровый образ жизни;

- формирование (или восстановление) навыков систематического труда и учебы;

- стабилизацию профессиональных отношений, возобновление положительных социальных контактов;

- нейтрализацию наркотической субличности и ее влияния на личность в целом, осознание и развитие здоровых

конструктивных частей личности;

- формирование и закрепление нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок;

- формирование реальной жизненной перспективы;

- восстановление семейных отношений;

- психотерапевтическую работу с родственниками больных, направленную на расширение их знаний о медико-социальных последствиях наркомании, обучение навыкам оказания психологической поддержки больным и контролю их состояния с целью предупреждения рецидивов заболевания, преодоления зависимости;

- медико-социальную профилактику срывов (одно- или двукратного употребления наркотиков на фоне ремиссии) и рецидивов заболевания;

- формирование мотивации участия в реабилитационных программах и стремления к жизни без психоактивных веществ;

- формирование целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов;

- восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать положительные и отрицательные эмоции с акцентом на приоритет положительных эмоций при решении личных и социальных задач;

- повышение качества жизни наркологических больных, стремящихся пройти программу реабилитации и избежать

рецидивов заболевания.

См. *Протокол ведения больных. Реабилитация больных наркоманией* (утв. Приказом Минздрава РФ от 22 октября 2003 г. № 500).

Особый подход требуется к реабилитации и восстановительному лечению лиц, занимающихся профессиональным спортом. За последние годы спорт претерпел значительные изменения, в том числе получил официальное признание профессиональной и коммерческой деятельности. Он стал более напряженным по тренировочным и соревновательным нагрузкам, что потребовало внедрения единой, адаптированной к международной, системы допуска, контроля за состоянием здоровья и физической работоспособности, допинг-контроля; разработки и утверждения перечня профессиональных заболеваний спортсменов; формирования системы экспертизы связи заболеваний и инвалидизации с занятиями спортом; усиления медико-социальной защиты и создания системы медицинской и профессиональной реабилитации спортсменов.

Большое значение имеет реабилитация больных и инвалидов средствами и методами физической культуры. Кризисная ситуация, сложившаяся в стране, негативно отразилась и на этой отрасли. Она не способствовала развитию и укреплению материально-технической базы реабилитационных и врачебно-физкультурных организаций и подразделений, осуществлению систематической подготовки кадров.

Из-за недостаточного финансирования значительная часть лечебно-оздоровительных медицинских услуг стала платной, что существенно снизило их доступность для многих больных и инвалидов.

Несмотря на это, кое-где созданы и работают врачебно-физкультурные диспансеры, являющиеся лечебно-профилактическими учреждениями.

Диспансер осуществляет деятельность по медицинскому обеспечению спорта и физической культуры, привлечению населения к занятиям физической культурой с целью профилактики заболеваний, укрепления и сохранения здоровья и физической активности, в том числе путем реабилитации больных и инвалидов средствами и методами физической культуры.

Этой же цели служат отделения (кабинеты) спортивной медицины. В их задачу среди прочих входит организация и проведение лечебно-профилактических мероприятий по восстановлению и повышению спортивной работоспособности и реабилитации после перенесенных травм и заболеваний.

В штат лечебно-профилактических учреждений и других организаций могут быть введены должности врача по лечебной физкультуре. На должность врача по лечебной физкультуре принимается специалист с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело» или «педиатрия», освоивший программу подготовки по лечебной

физкультуре в соответствии с квалификационными требованиями и получивший сертификат специалиста. Врач по лечебной физкультуре осуществляет свою деятельность путем: – ведения лечебно-консультативного приема по вопросам применения методик лечебной физкультуры с целью восстановления или компенсации утраченных функций и осуществления контроля за их проведением и эффективностью;

– принятия участия в разработке комплексных реабилитационных программ, разработки схем и комплексов лечебной и гигиенической гимнастики, осуществления подбора физических упражнений и других средств лечебной физкультуры для проведения их в лечебно-профилактических учреждениях и самостоятельных занятий;

– освоения и внедрения в практику работы новых современных методик лечебной физкультуры;

– проведения работы среди пациентов и всего населения по широкому использованию средств и методов физической культуры в целях сохранения и укрепления здоровья и т. д.

См. Приказ Минздрава РФ от 20 августа 2001 г. № 337 «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию спортивной медицины и лечебной физкультуры».

Восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию могут проводить врачи и специалисты общего и специализированного профиля лечебно-профилактических учреждений. Особая роль возлагается на врача по лечебной физ-

культуре, инструктора-методиста по лечебной физкультуре, инструктора по лечебной физкультуре, медицинскую сестру по массажу.

Социальную реабилитацию могут решать специалисты разных профилей – педагоги, психологи, логопеды, социальные работники и родственники.

Задачи обеспечения взаимосвязи и преемственности между лечебно-профилактическими учреждениями при лечении и реабилитации больных в амбулаторных, стационарных условиях и на дому призваны осуществлять территориальные медицинские объединения, поликлиники восстановительного лечения. См. *Приказ Минздрава РФ от 23 ноября 1993 г. № 273 «Об утверждении положения о территориальном медицинском объединении, положения о поликлинике восстановительного лечения».*

Врач (см. *Лечащий врач, Семейный врач*).

Врачебная ошибка – добросовестное заблуждение врача, основанное на объективном факторе несовершенства диагностического или лечебного оборудования, методов исследования, а также связанное с особенностями организма конкретного больного, недостатком знаний и опыта врача.

Существует несколько классификаций врачебных ошибок по разным признакам, например по степени и причине возникшего вреда;

- 1) диагностические;
- 2) лечебно-тактические;

- 3) лечебно-технические;
- 4) организационные;
- 5) в ведении медицинской документации;
- 6) деонтологические.

Диагностические ошибки связаны с ошибкой в распознавании заболевания, расширении или, наоборот, сужении локализации травмы, с неправильным определением вещества, вызвавшего отравление, и т. д.

К лечебно-тактическим ошибкам относятся неправильное определение показаний к операции, ошибочный выбор времени проведения операции, ее объема, способа, сроков и др. Лечебно-технические ошибки возможны при неправильном использовании медицинской техники, применении несоответствующих медикаментов, диагностических средств и т. д.

Деонтологические ошибки наиболее часто встречаются в медицинской практике, значимость их, пожалуй, намного выше, чем некоторых из перечисленных в классификации. Деонтологические ошибки являются прямой причиной конфликтов между врачом и пациентом и его родственниками. Более того, они могут стать причиной лечебно-технических и лечебно-тактических ошибок и привести к такому серьезному последствию, как ятрогенные заболевания. См. *Ятрогения, Деонтология*.

Деление ошибок по представленной классификации является условным. Медицинская практика показывает, что кон-

кретный случай не всегда вписывается в определенные рамки. Например, нормативными документами установлен порядок, при котором больному хроническим алкоголизмом может быть предоставлен отпуск из наркологического отделения только при отсутствии медицинских и социальных противопоказаний, в свободные от трудовой терапии дни, но не более двух дней подряд и не ранее чем через месяц после поступления в отделение. Разрешение на отпуск выносится врачебноконтрольной комиссией в составе заведующего отделением и лечащего врача. Каждый случай нарушения режима трезвости больным во время отпуска рассматривается как грубая врачебная ошибка, которая классифицируется как лечебно-тактическая и деонтологическая.

См. Приказ Минздрава СССР от 5 января 1988 г. № 2 «О разрешении отпусков больным хроническим алкоголизмом, находящимся на стационарном лечении».

Организационные ошибки сказываются на всех стадиях оказания медицинской помощи и могут повлечь за собой другие ошибки. Организационные функции затрагивают все процессы деятельности конкретного врача, всех медицинских работников и медицинского учреждения в целом. Если врачу нечем оказывать медицинскую помощь, не хватает медицинского и обслуживающего персонала, качественной диагностической аппаратуры, отсутствуют реактивы для лабораторных исследований – это все ошибки организационного характера.

Совершение врачом одной ошибки может стать причиной других ошибок. Ошибка в диагнозе станет причиной неправильного лечения. Неправильное ведение медицинской документации может стать причиной развития другого заболевания или усугубления имеющегося. Например, при проведении вакцинации в медицинских документах ребенка не отмечена прививка, и ребенку сделали ее еще раз. Это послужило причиной поствакцинального осложнения или развития заболевания.

Причины ошибок в диагнозе и лечении можно разделить на субъективные и объективные. К субъективным причинам относятся низкая квалификация, поспешность, небрежность, проявляемые врачом при диагностике и лечении.

Объективными причинами ошибок являются:

- 1) недостаточность сведений в медицинской науке о механизмах патологического процесса;
- 2) поздняя госпитализация и тяжесть состояния больного;
- 3) редкость некоторых заболеваний;
- 4) болезни без выраженной симптоматики;
- 5) отсутствие возможности проведения специальных исследований;
- 6) невозможность получения консультации специалиста.

Субъективный фактор играет решающую роль в дифференцировании врачебной ошибки от преступления. Как известно, одним из основных элементов состава преступления является субъективная сторона, которая включает фор-

мы вины, т. е. психическое отношение человека к совершенному деянию. Врачебная ошибка не должна переступить грань противоправности, а в действиях врача не должно быть неосторожности (легкомыслия и небрежности) и, тем более, умысла (косвенного или прямого). Если эти субъективные факторы присутствуют в действиях врача, то эти действия следует квалифицировать как преступление.

Таким образом, отличительной чертой, отграничивающей врачебную ошибку от преступления, являются добросовестные действия врача, его стремление помочь пациенту.

Врачебная тайна – не подлежащие разглашению сведения о факте обращения пациента за медицинской помощью, диагнозе и иная информация о состоянии его здоровья и частной жизни, полученные в результате обследования и лечения, профилактики и реабилитации. Сохранение врачебной тайны является обязанностью лечебного учреждения и лиц, предоставляющих медицинские услуги.

Время пребывания пациента в медицинском учреждении, состояние его здоровья, диагноз и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, должны со слов пациента заноситься в его медицинскую документацию. В отношении амбулаторного пациента эта информация должна быть отражена в медицинской карте амбулаторного больного, в отношении больного в стационаре – в медицинской карте стационарного больного.

Объект врачебной тайны составляют сведения о болезни,

интимной и семейной жизни пациента. Эти сведения медицинские работники могут получить со слов пациента, при обследовании, наблюдении, из истории болезни, результатов анализов и другой документации и источников, а также от других медицинских работников, например в результате консультации. В некоторых случаях пациент считает необходимым скрывать даже сам факт обращения в медицинское учреждение.

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья также являются врачебной тайной.

В целях соблюдения *ст. 23 Конституции РФ, ст. 30 и 61 Основ законодательства об охране здоровья граждан и ст. 8 и 9 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»* руководителям медицинских учреждений, по согласованию с пациентами или их законными представителями, при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, и других медицинских документов необходимо использовать специальную печать или штамп учреждения без указания его профиля.

Например, вместо «Городская психиатрическая (кожно-венерологическая, наркологическая, туберкулезная и др.) больница (диспансер, поликлиника и др.) № 1» следует

указывать: «Городская больница (диспансер, поликлиника и др.) № 1».

См. *Постановление Фонда социального страхования РФ от 17 мая 1995 г. № 25, Приказ Минздравмедпрома РФ от 17 мая 1995 г. № 128 «О печатях и штампах для оформления медицинских документов»*.

Пациент может рассказывать тем, кому считает нужным, о своем заболевании, посещении врача, сдаче анализов и пр. В то же время пациент рассчитывает на конфиденциальность информации, сообщаемой медицинскому работнику при обращении и получении медицинской помощи. Он потребует от врача сохранения врачебной тайны и запретит сообщать информацию о заболевании кому бы то ни было, если он посещает, например, врача-дерматовенеролога. Более того, он предпочтет лечение анонимно, что в последнее время часто практикуется.

Субъектами хранения врачебной тайны являются не только врачи. В этом смысле правильнее было бы говорить о медицинской тайне, к тому же российское законодательство неоднозначно употребляет этот термин. Так, Семейный кодекс РФ, говоря о медицинском обследовании лиц, вступающих в брак, предусматривает, что результаты обследования лица, вступающего в брак, составляют *медицинскую тайну* и могут быть сообщены лицу, с которым оно намерено заключить брак, только с согласия лица, прошедшего обследование.

См. Семейный кодекс РФ от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ.

Обязанность соблюдать врачебную тайну возлагается не только на врачей, непосредственно контактирующих с пациентами. Субъектом хранения врачебной тайны закон признает всех медицинских и фармацевтических работников, имеющих контакты с больными, ведущих прием, обследование, проводящих анализы и процедуры. Требование о соблюдении врачебной тайны распространяется также на лиц, которым сведения, составляющие предмет врачебной тайны, стали известны при исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей (например, статистикам при составлении отчетов), в процессе обучения (студентам, ординаторам) и др. Обязанность сохранять врачебную тайну распространяется на медицинских сестер, лаборантов, весь обслуживающий медицинский персонал. Наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками ответственность за разглашение врачебной тайны может быть возложена на работников милиции, инспекторов отделов кадров, работников страховых медицинских организаций.

В территориальных фондах ОМС и страховых медицинских организациях определяется круг лиц из числа работников и внештатных врачей-экспертов, которые в силу своих служебных и профессиональных обязанностей имеют доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну. Данные лица включаются в списки, которые утверждаются соответствующим приказом руководителя территориального фонда

ОМС или страховой медицинской организации. Работникам территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций, включенным в упомянутые списки, а также внештатным медицинским экспертам, пользующимся медицинской документацией и другими материалами, содержащими сведения, составляющие врачебную тайну, в силу их профессиональных обязанностей выдается специальный вкладыш к служебному удостоверению, дающий право на доступ к данной документации. Работников территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций, а также внештатных врачей-экспертов, включенных в списки лиц, имеющих право на доступ к информации, составляющей врачебную тайну, знакомят с данными приказами и мерами ответственности за ее разглашение, изложенными в ст. 61 Основ, под роспись.

Одновременно для обеспечения конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну, в территориальном фонде ОМС и страховой медицинской организации устанавливается порядок прохождения поступивших в территориальный фонд ОМС или страховую медицинскую организацию документов из учреждений и обращений от граждан со сведениями, составляющими врачебную тайну. Данный порядок должен исключать возможность для сторонних лиц, а также работников территориального фонда ОМС или страховой медицинской организации, не имеющих допуска к сведениям, составляющим врачебную тайну, знакомиться

и пользоваться поступившими, находящимися на рассмотрении или оставляемыми в фонде ОМС (страховой медицинской организации) документами, содержащими эти сведения, или их копиями.

См. Методические рекомендации Федерального фонда ОМС «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него» (утв. Федеральным фондом ОМС 27 октября 1999 г.).

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и иных целях.

Вопрос пределов хранения, т. е. сколько времени хранить врачебную тайну, решается неоднозначно. Учитывая, что некоторые заболевания передаются по наследству, информация о болезни скончавшегося родственника может принести нежелательные последствия живущим гражданам. Таким образом, врачебная тайна должна сохраняться и после смерти больного, однако близкие умершего, его родственники могут освободить врача от сохранения медицинской тай-

ны. Это может быть связано с имущественными интересами управомоченных лиц, например, в случае предъявления иска о признании завещания недействительным. В законодательстве вопрос сохранения врачебной тайны после смерти пациента не урегулирован, но представляется правильным решать этот вопрос, исходя из следующего: *все сведения, касающиеся заболевания, остаются объектом врачебной тайны бессрочно и могут быть раскрыты только в случаях, когда это продиктовано законными интересами оставшихся в живых родственников и наследников умершего.*

Основами законодательства об охране здоровья граждан предусмотрены исключения, когда сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы другим лицам без согласия гражданина или его законных представителей. Допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю. Очень часто в больницу попадает человек, который вследствие травмы или болезни находится без сознания или не может ничего сказать. Врачам необходимо собрать не только анамнез, но и попытаться узнать его имя, а для этого иногда необходимо обратиться к посторонним лицам.

Кроме того, интересы охраны здоровья населения требуют от руководителей медицинских учреждений сообщать органам здравоохранения об угрозе распространения инфек-

ционных заболеваний, массовых отравлений и поражений. *Особо опасным инфекциям* относятся такие, которые обладают двумя юридическими признаками: первый – их опасность: вредоносность, массовость, смертельный исход заболевания; второй – они могут выйти из-под контроля человека помимо его воли. Например, гражданин заболел холерой и не желает, чтобы его близкие тоже заболели, но одного его желания недостаточно. СПИД и кожно-венерические заболевания сюда не относятся. Напротив, человек, у которого выявлены подобные болезни, предупреждается об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения другого лица. Закон исходит из обоснованной медицинской возможности при соблюдении больным человеком мер предосторожности, чтобы избежать распространения заболевания.

Сведения, составляющие врачебную тайну, допускается предоставлять по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством. Информация о пациенте может быть предоставлена медицинским учреждением только в ответ на письменный запрос, оформленный подобающим образом: наименование организации четко обозначено в бланке; есть номер и дата запроса; подпись должностного лица с указанием его фамилии, имени, отчества и должности. Согласно Инструкции по делопроизводству в органах прокуратуры РФ, письма оформляются на бланке формата

А4 или А5. Состав реквизитов бланков и порядок их расположения установлены *ГОСТ Р 6.30-97 «Унифицированные системы документации. Унифицированная система организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов»*. Документация следователем (дознавателем) может быть получена: а) путем направления соответствующего запроса; б) путем производства выемки. Если производится выемка, т. е. следователь требует передать ему медицинскую карту пациента, результаты обследований и др., то должна ставиться гербовая печать.

При запросе адвокатом информации, представляющей врачебную тайну, следует иметь в виду, что он может это делать только в отношении лица, с которым он заключил договор о юридической помощи и от которого он имеет полномочия в виде доверенности. Например, если адвокат защищает Петрова, то на Петрова и имеет право запрашивать информацию о болезни и нахождении в медицинском учреждении. Непосредственно в лечебном учреждении адвокат не может получать такие сведения. Если он полагает, что эти сведения имеют существенное значение для дела, он может заявить ходатайство следователю или суду об истребовании таких данных.

При поступлении в стационарное лечебное учреждение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет без сопровождения взрослого медицинским работникам надле-

жит информировать об этом его родственников.

При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий, необходимо сообщить в милицию. Приведем пример. В приемное отделение поступил подросток 14 лет с огнестрельным ранением. Он попросил врача не сообщать родителям и не вызывать милицию. Врач отказал мальчику в просьбе, пояснив, что будь он даже совершеннолетним, он обязан был бы сообщить в милицию, так как огнестрельная рана дает основание предположить о преступлении. Врач только оказывает медицинскую помощь, а выяснять, что имело место – преступление или несчастный случай, будет милиция.

Обо всех случаях избиений, изнасилований, огнестрельных, ножевых ранений, отравлений, удушений, автомобильных аварий и прочего врач должен сообщать в милицию.

Медицинские работники не вправе разглашать сообщенные им сведения не только посторонним лицам, но и знакомым, родным и близким больного или, как гласит закон, третьим лицам. При этом разглашением врачебной тайны по закону считаются и те случаи, когда составляющие ее сведения стали известны хотя бы одному человеку. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, может произойти умышленно или по неосторожности. Рассказ врача своему приятелю об интимной жизни общей знакомой, которая была у него на приеме, может служить примером прямого

умысла. См. *Разглашение врачебной тайны*.

В соответствии с п. 3 ст. 31 Основ, лечащий (или дежурный) врач, другие должностные лица лечебно-профилактического учреждения, сотрудники справочного бюро и других подразделений медицинского учреждения должны учитывать те распоряжения, которые давал пациент относительно возможности передачи сведений о себе и своем заболевании другим лицам.

Врач общей практики (см. *Семейный врач*).

Врачебный долг медицинского работника состоит в квалифицированном и беззаветном выполнении своих профессиональных обязанностей, предусмотренных нормами морально-этического и правового регулирования медицинской деятельности.

Высокими словами о долге врача пронизана клятва Гипократа и врача России: «Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь: честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека...».

Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации (1964 г.) провозгласила, что предназначение врача состоит в том, чтобы охранять здоровье людей. Его знания и опыт должны служить достижению этой цели.

Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации говорит о долге врача: «Здоровье моего больного будет

предметом моей главной заботы».

Международный кодекс медицинской этики гласит: «Врач должен действовать только в интересах больного, если в процессе лечения возможно ухудшение его физического или психического состояния».

При проведении в научных целях медицинского исследования, проводящегося на человеке, долг врача – оставаться защитником жизни и здоровья того лица, которое подвергается биомедицинскому исследованию.

Многие этические документы говорят, что профессиональным долгом врача является неукоснительное сохранение человеческой жизни. Однако долг врача не только в восстановлении здоровья, но и в облегчении страданий и мучений, причиняемых болезнью, даже тогда, когда уже нет никакой надежды на спасение.

Врачебный долг противостоит врачебной ответственности. Врач, который не исполняет свой долг или исполняет его не в полной мере, может быть наказан, привлечен к ответственности. См. *Ответственность медицинского работника*.

Вред здоровью – наступление неблагоприятных последствий – ухудшение самочувствия, отравление, заболевание с временной или стойкой утратой трудоспособности, заболевание хроническое, инвалидность и др. В широком смысле под вредом понимается всякое умаление благ, принадлежащих определенному лицу. По своей сущности вред может

быть имущественным и неимущественным. Неимущественный вред, причиненный гражданину ненадлежащим лечением или при других обстоятельствах медицинским работником, выражается в повреждении здоровья, вызвавшем утрату трудоспособности – временную или стойкую, полную или частичную.

Вред, причиненный здоровью гражданина ненадлежащим лечением, не имеет имущественного характера. Разглашение врачебной тайны, причинение боли, обезображивание лица и др. причиняет гражданину психические и нравственные страдания и являются *моральным вредом*.

Вред при некачественном оказании медицинской помощи, представляющий собой реальный ущерб, причиненный жизни, здоровью пациента, а также упущенная им выгода, связанная с действием или бездействием работников учреждений здравоохранения независимо от форм собственности или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) при оказании медицинской и (или) лекарственной помощи, подлежат возмещению.

Вред (ущерб) может быть также материальный (имущественный), который складывается из затрат, связанных с восстановлением здоровья, реабилитацией, лечением у других специалистов и др. См. *Гражданско-правовая ответственность*.

Поскольку под причинением вреда здоровью понимается нарушение физических и психических жизненных про-

цессов в человеческом организме, то косвенным доказательством причинения вреда здоровью является, как правило, необходимость соответствующего лечения.

Вред здоровью граждан может наступить от противоправных действий других лиц, вследствие воздействия неблагоприятных природных факторов, по собственной неосторожности, беспечности или умыслу. В настоящем словаре помещены понятия причинения вреда здоровью в случаях:

- нарушения санитарного законодательства;
- некачественного оказания медицинской помощи;
- противоправных действий других лиц;
- воздействия неблагоприятных факторов среды обитания;
- воздействия вредных и опасных производственных факторов;
- получения травм бытового и производственного характера.

Вред, причиненный здоровью, представляет собой телесное повреждение. Телесное повреждение – это противоправное причинение вреда здоровью другого человека, нарушающего анатомическую целостность тканей либо нормальное функционирование тканей или органов человеческого организма. Телесные повреждения причиняют тяжкий, средней тяжести и легкий вред здоровью.

I. Основными признаками *тяжеского телесного повреждения* являются:

- опасность для жизни;
- потеря зрения, слуха или какого-либо органа, либо утрата органом его функций;
- душевная болезнь;
- расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть;
- прерывание беременности;
- неизгладимое обезображение лица.

1. Опасными для жизни являются повреждения, которые сами по себе угрожают жизни потерпевшего в момент нанесения или при обычном их течении заканчиваются смертью. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи, не должно приниматься во внимание при оценке опасности для жизни таких повреждений.

К повреждениям, опасным для жизни, относятся:

- проникающие ранения черепа, в том числе и без повреждения мозга;
- открытые или закрытые переломы костей свода и основания черепа, за исключением переломов костей лицевого скелета и изолированной трещины только наружной пластинки свода черепа;
- ушиб головного мозга тяжелой степени как со сдавлением, так и без сдавления головного мозга; ушиб головного мозга средней тяжести при наличии симптомов поражения стволового отдела;
- эпидуральное, субдуральное или субарахноидальное

внутричерепное кровоизлияние при наличии угрожающих жизни явлений;

- проникающие ранения позвоночника, в том числе и без повреждения спинного мозга;

- переломы-вывихи и переломы тел или обеих дуг шейных позвонков, а также односторонние переломы дуг I и II шейных позвонков, в том числе и без нарушения функции спинного мозга;

- вывихи шейных позвонков;

- закрытые повреждения спинного мозга в шейном отделе;

- перелом или перелом-вывих одного или нескольких грудных или поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга или с наличием клинически установленного шока тяжелой степени;

- закрытые повреждения грудных, поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга, сопровождавшиеся тяжелым спинальным шоком или нарушением функции тазовых органов;

- проникающие ранения глотки, гортани, трахеи, пищевода;

- закрытые переломы хрящей гортани и трахеи с разрывами слизистой, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени либо расстройствами дыхания или иными угрожающими жизни явлениями;

- ранения грудной клетки, проникающие в плевральную

полость, полость перикарда или в клетчатку средостения, в том числе и без повреждения внутренних органов;

- ранения живота, проникающие в полость брюшины, в том числе и без повреждения внутренних органов; открытые ранения органов забрюшинного пространства (почек, надпочечников, поджелудочной железы и др.); проникающие ранения мочевого пузыря, верхнего и среднего отделов прямой кишки;

- закрытые повреждения органов грудной или брюшной полости, полости таза, а также органов забрюшинного пространства при наличии угрожающих жизни явлений;

- открытые переломы длинных трубчатых костей – плечевой, бедренной или большеберцовой;

- переломы костей таза, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени или массивной кровопотерей либо разрывом перепончатой части уретры;

- повреждение, повлекшее за собой шок тяжелой степени или массивную кровопотерю, вызвавшую коллапс; клинически выраженную жировую или газовую эмболию; травматический токсикоз с явлениями острой почечной недостаточности;

- повреждение крупного кровеносного сосуда; аорты, сонной (общей, внутренней, наружной), подключичной, подмышечной, плечевой, подвздошной, бедренной, подколенной артерии или сопровождающих их вен;

- термические ожоги III – IV степени с площадью пораже-

ния, превышающей 15 % поверхности тела; ожоги III степени более 20 % поверхности тела; ожоги II степени свыше 30 % поверхности тела, а также ожоги меньшей площади, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени; ожоги дыхательных путей с явлениями отека и сужением голосовой щели;

- ожоги химическими соединениями (концентрированными кислотами, едкими щелочами, различными прижигающими веществами), вызвавшие, помимо местного, общетоксическое действие, угрожающее жизни;

- сдавление органов шеи и другие виды механической асфиксии, сопровождавшиеся выраженным комплексом угрожающих жизни явлений (расстройством мозгового кровообращения, потерей сознания, амнезией и др.), если это установлено объективными данными.

Не опасные для жизни повреждения, относящиеся к тяжким по исходу последствиям:

2. Потеря зрения, слуха или какого-либо органа либо утрата органом его функций. Под потерей зрения следует понимать полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, когда имеется понижение зрения до счета пальцев на расстоянии 2 метров и менее (острота зрения 0,04 и ниже).

Потеря зрения на один глаз влечет за собой стойкую утрату трудоспособности свыше одной трети и по этому признаку относится к тяжким телесным повреждениям.

Под потерей слуха следует понимать полную глухоту или

такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3 – 5 см от ушной раковины.

Под потерей какого-либо органа либо утратой органом его функций следует понимать:

- потерю языка (речи), т. е. потерю способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих;
- потерю руки, ноги, т. е. отделение их от туловища или утрату ими функций (паралич или иное состояние, исключаящее их деятельность);
- потерю производительной способности, заключающуюся в потере способности к совокуплению либо в потере способности к оплодотворению, зачатию и деторождению.

3. Душевная болезнь. Диагностика душевного заболевания и его причинная связь с полученной травмой устанавливается психиатрической экспертизой.

Оценка степени тяжести такого последствия телесного повреждения производится с участием судебно-медицинского эксперта.

4. Расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть. Размеры стойкой утраты общей трудоспособности при повреждениях устанавливаются после определившегося исхода повреждения, на основании объективных данных и с учетом таблицы процентов утраты трудоспособности.

5. Прерывание беременности, независимо от ее срока, яв-

ляется тяжким телесным повреждением, если оно не связано с индивидуальными особенностями организма, а стоит в прямой причинной связи с повреждением.

Судебно-медицинская экспертиза в этих случаях производится совместно с акушером-гинекологом.

6. Неизгладимое обезображение лица. Судебно-медицинский эксперт не квалифицирует повреждение лица как обезображение, так как это понятие не является медицинским. Эксперт устанавливает только характер и степень тяжести самого телесного повреждения, исходя из обычных признаков, и определяет, является ли повреждение изгладимым.

Под изгладимостью повреждения следует понимать значительное уменьшение выраженности патологических изменений (рубца, деформаций, нарушения мимики и пр.) с течением времени или под влиянием нехирургических средств. Если же для устранения требуется оперативное вмешательство (косметическая операция), то повреждение лица считается неизгладимым.

II. *Вред средней тяжести* – расстройство здоровья, не опасное для жизни человека и не повлекшее за собой тяжких последствий, но вызвавшее длительное расстройство здоровья или значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на одну треть.

Признаками менее тяжкого телесного повреждения являются:

– отсутствие опасности для жизни;

- отсутствие последствий, предусмотренных уголовным законодательством в отношении тяжких телесных повреждений и указанных в главе первой настоящих Правил;
- длительное расстройство здоровья;
- значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на одну треть.

Под длительным расстройством здоровья следует понимать непосредственно связанные с повреждением последствия (заболевания, нарушения функции и т. д.) продолжительностью свыше 3 недель (более 21 дня). Под значительной стойкой утратой трудоспособности менее чем на одну треть следует понимать утрату общей трудоспособности от 10 до 33 %.

III. Легкое телесное повреждение. Признаками легкого телесного повреждения являются:

- кратковременное расстройство здоровья;
- незначительная стойкая утрата трудоспособности.

Легкое телесное повреждение подразделяется на:

1. Легкое телесное повреждение, повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности;

Кратковременным следует считать расстройство здоровья, непосредственно связанное с повреждением, продолжительностью более 6 дней, но не свыше 3 недель (21 дня).

Под незначительной стойкой утратой трудоспособности подразумевается стойкая утрата общей трудоспособности до

10 %.

2. Легкое телесное повреждение, не повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности, к которому относится повреждение, имевшее незначительные, скоропреходящие последствия, длившиеся не более шести дней.

См. *Правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений* (утв. Приказом Минздрава СССР от 11 декабря 1978 г. № 1208, согласованы с Прокуратурой СССР, Верховным судом СССР, Минюстом СССР, МВД СССР, КГБ СССР).

Настоящие Правила применяются в части, не противоречащей новому Уголовно-процессуальному кодексу РФ, вступившему в силу с 1 июля 2002 г.

Вредное воздействие на человека – воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека либо угрозу жизни или здоровью будущих поколений.

Вредное воздействие на человека могут оказывать факторы среды обитания, которые по каким-либо причинам не соответствуют естественным нормам по вине человека, природных условий, катаклизмов, из-за аварий, а также в связи с особенностями того или иного производства промышленного, хозяйственного предприятия и пр. См. *Факторы среды обитания, Среда обитания человека, Вредные и опасные условия труда*.

Жизненно важным компонентом окружающей природной среды, неотъемлемой частью среды обитания человека, растений и животных является атмосферный воздух, представляющий собой естественную смесь газов атмосферы, находящуюся за пределами жилых, производственных и иных помещений.

Существуют естественные или искусственно созданные ситуации, когда химическое или биологическое вещество либо смесь таких веществ, содержащихся в атмосферном воздухе в определенных концентрациях, оказывает вредное воздействие на здоровье человека и окружающую природную среду. Зачастую в связи с осуществлением производственной деятельности происходит загрязнение атмосферного воздуха, т. е. поступление в атмосферный воздух или образование в нем вредных (загрязняющих) веществ в концентрациях, превышающих установленные государством гигиенические и экологические нормативы качества атмосферного воздуха.

Вредное физическое воздействие на атмосферный воздух оказывают шум, вибрация, ионизирующее излучение, температурный и другие физические факторы, изменяющие температурные, энергетические, волновые, радиационные и другие физические свойства атмосферного воздуха.

Возможно трансграничное загрязнение атмосферного воздуха в результате переноса вредных (загрязняющих) веществ, источник которых расположен на территории ино-

странного государства. Это может произойти вследствие неблагоприятных метеорологических условий, способствующих накоплению вредных (загрязняющих) веществ в приземном слое атмосферного воздуха. Очень важно четко наладить *мониторинг* атмосферного воздуха – систему наблюдений за состоянием атмосферного воздуха, его загрязнением и за происходящими в нем природными явлениями, а также дать оценку и прогноз состояния атмосферного воздуха, его загрязнения.

В целях определения критериев безопасности и (или) безвредности воздействия химических, физических и биологических факторов на людей, растения и животных, особо охраняемые природные территории и объекты, а также для оценки состояния атмосферного воздуха устанавливаются гигиенические и экологические нормативы качества атмосферного воздуха и предельно допустимые уровни физических воздействий на него.

Постановлением Правительства РФ от 2 марта 2000 г. № 182 установлено, что экологические нормативы качества атмосферного воздуха, методы их определения, предельно допустимые уровни физических воздействий на атмосферный воздух, предельно допустимые (критические) нагрузки на экологические системы и другие экологические нормативы в целях охраны атмосферного воздуха устанавливаются и пересматриваются Государственным комитетом РФ по охране окружающей среды.

Например, транспортные и иные передвижные средства, выбросы которых оказывают вредное воздействие на атмосферный воздух, подлежат регулярной проверке на соответствие таких выбросов техническим нормативам в порядке, определенном Правительством Российской Федерации. О проведении регулярных проверок транспортных и иных передвижных средств на соответствие техническим нормативам выбросов вредных (загрязняющих) веществ в атмосферный воздух см. *Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2002 г. № 83.*

См. *Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».*

См. *Федеральный закон от 4 мая 1999 г. № 96-ФЗ «Об охране атмосферного воздуха».*

Воздушные линии (ВЛ) электропередач переменного тока промышленной частоты создают в окружающем пространстве электрическое поле, напряженность которого снижается по мере удаления от ВЛ. Электрическое поле вблизи ВЛ может оказывать вредное воздействие на человека, поэтому разработаны Санитарные нормы и правила, которые содержат требования по обеспечению защиты населения от воздействия электрического поля, создаваемого воздушными линиями электропередач напряжением 330 кВ и выше переменного тока промышленной частоты и по размещению этих линий вблизи населенных пунктов.

Различают следующие факторы воздействия электриче-

ского поля на человека:

– непосредственное воздействие, проявляющееся при пребывании в электрическом поле; эффект этого воздействия усиливается с увеличением напряженности поля и времени пребывания в нем;

– воздействие электрических разрядов (импульсного тока), возникающих при прикосновении человека к изолированным от земли конструкциям, корпусам машин и механизмов на пневматическом ходу и протяженным проводникам или при прикосновении человека, изолированного от земли, к растениям, заземленным конструкциям и другим заземленным объектам;

– воздействие тока, проходящего через человека, находящегося в контакте с изолированными от земли объектами – крупногабаритными предметами, машинами и механизмами, протяженными проводниками – тока стекания.

Кроме того, электрическое поле может стать причиной воспламенения или взрыва паров горючих материалов и смесей в результате возникновения электрических разрядов при соприкосновении предметов и людей с машинами и механизмами. Степень опасности каждого из указанных факторов возрастает с увеличением напряженности электрического поля.

См. Санитарные нормы и правила защиты населения от воздействия электрического поля, создаваемого воздушными линиями электропередачи переменного тока промышлен-

ной частоты (утв. заместителем Главного государственного санитарного врача СССР 28 февраля 1984 г. № 2971-84).

Особые требования предъявляются к использованию **источников повышенной опасности** в быту, на производстве и в медицинских целях. Например, ультрафиолетовое бактерицидное излучение является действенным профилактическим санитарно-противоэпидемическим средством, направленным на подавление жизнедеятельности вредных и болезнетворных микроорганизмов в воздушной среде и на поверхностях помещений. Оно входит в число средств, обеспечивающих снижение уровня распространения инфекционных заболеваний, и дополняет обязательное соблюдение действующих санитарных норм и правил по устройству и содержанию помещений. Но использование ультрафиолетовых бактерицидных установок требует строгого выполнения мер безопасности, исключающих возможное вредное воздействие на человека ультрафиолетового бактерицидного излучения, озона и паров ртути.

См. *Руководство Р 3.1.683-98 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях»* (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 19 января 1998 г.). Условия работы с машинами, механизмами, установками, устройствами, аппаратами, которые являются источниками шума, инфразвука, ультразвука и вибрации, также не должны оказывать вредное воздействие на человека. Санитар-

ными правилами устанавливаются критерии безопасности и (или) безвредности условий работ с источниками шума, инфразвука, ультразвука и вибрации, в том числе предельно допустимые уровни воздействия.

Неблагоприятные факторы среды обитания могут оказать отрицательное действие на *репродуктивное здоровье* населения, причем это могут быть не только вредные условия труда, но и загрязненность региона проживания.

Неблагоприятное воздействие на здоровье человека оказывают вредные и опасные производственные факторы, которые могут привести к его заболеванию. См. *Вредные и опасные условия труда*.

Вредные и опасные условия труда и (или) опасные производственные факторы и работы – факторы среды и трудового процесса, воздействие которых на работника при определенных условиях (интенсивности, длительности и др.) может вызвать профессиональное заболевание, временное или стойкое снижение работоспособности, повысить частоту соматических и инфекционных заболеваний, привести к нарушению здоровья потомства, повысить вероятность причинения производственной травмы и при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования).

Эксплуатирующий медицинскую технику персонал и пациенты могут подвергаться опасным и вредным воздействиям, которые по природе воздействия можно подразделить на

следующие группы:

- поражение электрическим током;
- механические повреждения;
- ионизирующее излучение;
- электромагнитное излучение;
- инфракрасное излучение;
- ультрафиолетовое излучение;
- ультразвуковое излучение;
- лазерное излучение;
- ожоги и обморожения при работе с жидким азотом;
- опасность взрыва и пожара;
- повышенный уровень шума и вибрации;
- химические воздействия;
- биологические воздействия.

Условия труда, т. е. совокупность факторов трудового процесса и производственной среды, в которой осуществляется деятельность человека, имеют большое значение для здоровья работников, а также влияют на многие составляющие трудового договора – заработную плату, продолжительность отпуска и рабочего времени и др.

Законодательством введены гигиенические нормативы условий труда – допустимые максимальные или минимальные количественные или качественные значения показателей, характеризующих тот или иной фактор среды обитания, производственной деятельности с позиций его безопасности или безвредности для человека.

Характеризует трудовой процесс тяжесть труда, которая отражает преимущественную нагрузку на опорно-двигательный аппарат и функциональные системы организма (сердечно-сосудистую, дыхательную и др.), обеспечивающие его деятельность. Тяжесть труда определяется физической динамической нагрузкой, массой поднимаемого и перемещаемого груза, общим числом стереотипных рабочих движений, величиной статической нагрузки, формой рабочей позы, степенью наклона корпуса, перемещениями в пространстве.

Влияет на здоровье работника и напряженность труда, отражающая нагрузку преимущественно на центральную нервную систему, органы чувств, эмоциональную сферу работника. К факторам, характеризующим напряженность труда, относятся: интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные нагрузки, степень монотонности нагрузок, режим работы.

Следует различать вредные и опасные условия труда.

Вредные условия труда – производственный фактор, воздействие которого на работника может привести к его заболеванию. Вредными производственными факторами могут быть:

1. Физические факторы:

- температура, влажность, скорость движения воздуха, тепловое излучение;
- неионизирующие электромагнитные поля и излучения: электростатические поля, постоянные магнитные поля (в том числе и геомагнитное), электрические и магнитные поля

промышленной частоты (50 Гц), электромагнитные излучения радиочастотного диапазона, электромагнитные излучения оптического диапазона (в том числе лазерное и ультрафиолетовое);

– ионизирующие излучения;

– производственный шум, ультразвук, инфразвук;

– вибрация (локальная, общая);

– аэрозоли (пыли) преимущественно фиброгенного действия;

– освещение – естественное (отсутствие или недостаточность), искусственное (недостаточная освещенность, прямая и отраженная слепящая блескость, пульсация освещенности);

– электрически заряженные частицы воздуха – аэроионы.

2. Химические факторы, в том числе некоторые вещества биологической природы (антибиотики, витамины, гормоны, ферменты, белковые препараты), получаемые химическим синтезом и/или для контроля которых используют методы химического анализа.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.