

ных Л. М. Десневая жидкость – объективный критерий оценки состояния тканей пародонта. ж. Стоматология, 1987, № 1, с. 28–30.
2. Барер, Г. М., Халитова Э. С. и др. Количественная характеристика десневой жидкости у лиц с интактным пародонтом. ж. Стоматология, 1986, № 5, с. 24.
3. Боровский, Е. В. и др. Содержание Са, Р в зубах, крови и слюне, микротвердость эмали, дентина у рабочих суперфосфатного производства. ж. Стоматология, 1987, № 3, с. 7.
4. Семенова, Т. Д. Исследование особенности экскреции Na и К со слюной при экстремальных воздействиях. Автореф. дисс. канд. М., 1972.

Л. Наука, 1979, т. 1, с. 430–431.

6. Славин, М. Б. Методы системного анализа в медицинских исследованиях. М., 1989, с. 3–304.

7. Слуцкий, Л. И. ж. Лабораторное дело, 1966, № 6, с. 526–530.

8. Спрингсон, Р. Г. Альдостерон и гомеостаз. Новосибирск, 1968, с. 201–201.

9. Султанов, Ф. Ф. Профилактика – основа охраны здоровья населения Туркменистана. Ашхабад, Ылхам, 1996, с. 192–197.

10. Худайбердыев, М. Д. Терморегуляция организма в жарком климате. Ашхабад, 1990, с. 3–184.

Поступила 24.03.2014 г.

☆ История военной медицины

А. А. Кралько, В. И. Петров

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

РНПЦ психического здоровья МЗ Республики Беларусь,
исправительное учреждение «Тюрьма № 4» УДИН МВД по Могилевской области,
УО «Могилевский государственный университет им. А. А. Кулешова»

Представлены исторические сведения о возникновении и формировании отечественного медицинского права. Приведены интересные факты из истории и выдержки из правовых документов различных исторических периодов, регулировавших правовые взаимоотношения медицинских работников и пациентов. Обращено внимание на необходимость улучшения организационных форм управления медицинским обслуживанием. Описаны данные о развитии медицинского права в Беларуси.

Ключевые слова: медицина, история, право, организация, медицинское обслуживание.

A. A. Kralko, V. I. Petrov

THE HISTORIC ASPECTS OF THE FORMING THE NATIVE MEDICAL LAW

The historic data about the appearance and formation of native medical law are presented. The interesting facts from history and extracts from law documents the different historical periods about law relations between medical personals and patients are presented. One must considering the needing of betterment organization forms of management health servise. The data about the development of native medical law in Belarus have been written.

Key words: medicine, history, law, organization, health servise.

Формирование медицинского права, как новой отрасли права, явилось реализацией потребности правового регулирования общественных отношений, возникающих в сфере оказания медицинской помощи. Социальная значимость этих отношений во все времена была велика, ибо «цена вопроса» всегда касалась здоровья человека, а в отдельных случаях – и его жизни.

Исторически сложилось так, что медицинское право регулировало отношения, складывающиеся в процессе реализации прав граждан на охрану здоровья: при оказании медицинской помощи, организации лечебно-диагностического процесса, проведении медико-профилактических и санитарно-эпидемиологических мероприятий. Любой медицинский работник являлся субъектом этих отношений, имел свой круг прав и обязанностей, которые он знал и выполнял [1].

Зачатки медицинского права в эволюции общества возникли еще во времена древности, когда к решению проблем «гражданского и уголовного права» привлекались лица, сведущие в медицине. Уже в Древнем Риме и Греции, Китае и Индии они решали вопросы о причинении вреда здоровью или причинах смерти человека. В тот период оценивались и действия врача при оказании

помощи, обращалось внимание на его ответственность за ошибки во врачевании. В частности, законы Хаммурапи (2250 год до нашей эры) предписывали отсекать врачу пальцы в случае смерти свободного человека по его вине. Законы Шумерского царства (2050 год до нашей эры) обязывали взимать определенные денежные суммы за нанесение телесного ущерба одним человеком другому с помощью какого-либо инструмента. Тем не менее, привлечение лиц, обладающих специальными познаниями в медицине в решении правовых вопросов, постепенно становилось насущным требованием времени. Так, в V веке до нашей эры в Риме, при разбирательстве дел в суде об умерших насильственной смертью, о «законности» родов, об установлении опеки над умалишенными обязательно требовалось присутствие врача [5].

Длительной время врачебная деятельность регламентировалась только правилами медицинской этики, часть из которых постепенно трансформировалась в правовые нормы. Зачатки правового регулирования медицинской практики отражены в клятве Гиппократова, жившего в 460–370 гг. до нашей эры. Отдельные элементы ее до сих пор составляют основу кодексов врачебной этики последующих поколений [4].

Из постулатов Гиппократов впоследствии формировались этические подходы к врачеванию – моральные нормы медицинской профессии. Они касались врачебной тайны, репутации медработника, правильного «сексуального поведения», пропаганды здорового образа жизни и недопустимости популяризации вредных привычек. Например, правильное «сексуальное поведение» трактовалось родоначальником медицины так: *«В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всякого намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами»* [6].

По мере развития государственности потребность в специальной использовании медицинских знаний возросла, особенно для решения насущных вопросов следствия и суда. Так, в Кодексе Юстиниана (VI век до нашей эры) уже были описаны подходы к определению возраста, вида душевных болезней, срока беременности, отравлений.

К IX веку нашей эры вышли несколько юридических сборников, которые сформировали почву для применения медицинской экспертизы в судебных делах и легли в основу Бамбергского Кодекса 1507 года. Позже появился ряд законодательных актов, регулирующих медицинскую деятельность в Древней Руси и Московском государстве, в частности, Церковный Устав Владимира Святославовича (конец X века). В нем установлена необходимость предания церковному суду лекарей народной медицины: чародеев, составителей отрав, последователей язычества. Лекари монастырских больниц рассматривались как «церковные люди», а сами больницы относились к церковным учреждениям. Другой акт – «Русская правда» (XI век) определял характер возмещения затрат на оказание медицинской помощи в сфере светской медицины, «Судебник», вышедший в XV веке, явился первым русским кодексом законов, регулирующим правовые отношения, в том числе, и в области медицины.

Времена царствования Ивана Грозного ознаменовались созданием в 1581 году Аптекарского приказа, который издал ряд важных документов и стал прототипом органа государственного управления здравоохранением. В частности, он выдавал разрешение на право заниматься медицинской деятельностью, что явилось правовым механизмом улучшения качества проводимого лечения. Одной из функций Аптекарского приказа была экспертиза больных и увечных (врачебное освидетельствование), другой – подготовка отечественных медицинских кадров. Во время царствования Ивана Грозного появился первый юридический и церковный акт, касающийся душевнобольных – «Стоглав», где упоминаются те, «кои одержимы бесом и лишены разума». Государственная помощь умалишенным сводилась к размещению их по монастырям, «чтобы не быть им помехой и пугалом для здоровых» или «привести на истину», то есть получить вразумление.

Первый российский закон о наказании за врачебные ошибки назывался «Боярский приговор о наказании незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больному» и вышел в 1686 году.

Эпоха Петра I стала примечательна выходом в свет Воинского (1716 год) и Морского Уставов (1720 год),

которые, в числе других дисциплинарных воздействий, законодательно утвердили наказание за ненадлежащее врачевание. В Воинском Уставе Петра I несколько глав посвящены организации медицинского дела: «Об аптеках, о полевых докторях, аптекарях и лекарях, и их должности», «О полевом лазарете (или шпитале)», где определалась необходимая периодичность осмотра больных. Этот Устав определял организационно-штатную структуру медслужбы действующей армии, куда кроме медперсонала входили священник, госпитальный инспектор, обслуживающий персонал. Докторами в России XVIII–XIX веков называли врачей, получивших диплом после обучения на медицинских факультетах за границей. Лекари – это были врачи, получившие подготовку в отечественных учебных заведениях. Подлекарями считались лица среднего медицинского персонала и учащиеся госпитальных школ. В Уставе законодательно была закреплена безвозмездная система оказания медицинской помощи.

Морской Устав Петра I также отражал некоторые правовые аспекты медицинской деятельности в следующих главах: «О содержании больных», «О лекарях». В нем, в частности, указывалось об ответственности медиков за небрежное и презрительное отношение к больным, этапности организации медицинской помощи и противоэпидемических мероприятий, утверждались требования к профессиональной деятельности лекарей.

Еще один Указ Петра I от 1721 года «Об учреждении в городах аптек под смотрением Медицинской Коллегии, о вспоможении приискивающим медикаменты в губерниях, и о бытии под надзором упомянутой Коллегии госпиталей» посвящен организации аптечного дела, контролю за деятельностью госпиталей со стороны Медицинской Канцелярии (в дальнейшем – Медицинской Коллегии), что обеспечивало единые лечебно-диагностические подходы к организации медицинской помощи. Положения этого Указа запрещали лекарям иметь практику без освидетельствования их знаний со стороны органа управления медицинским делом. Другой Указ Великого царя от 07.05.1715 отражал его отношение к душевнобольным. Им он обязывал должностных лиц производить дознание с выяснением вопроса – не являются ли кликуши психически больными [2].

Приход XVIII века ознаменовался расширением сферы влияния государства на здравоохранительные отношения. Была создана Медицинская Канцелярия – центральный орган управления медицинской деятельностью. Ей предоставлялись права по расследованию дел в сфере охраны здоровья граждан. Примером сказанного может быть дело, датированное 1749–1750 гг. «О проведении Медицинской Канцелярией расследования о продаже архангелогородским купцом-раскольником Федором Прядуновым нефти, как лекарства «ото всех болезней».

В 1763 году Указом Екатерины II «Об утверждении Коллегии медицинского Факультета с разделением на два Департамента и о бытии оной в особливом ведении Ея Императорского Величества» Медицинская Канцелярия преобразована в Медицинскую Коллегию, которая стала состоять из двух Департаментов: коллегии докторского и лекарского искусства» и канцелярии. Это

предусматривало разграничение медицинской науки и практического здравоохранения, освобождение медицины от несвойственных ей функций (снабженческих, экономических, хозяйственных).

В XIX веке Медицинская Коллегия в виде Медицинского департамента перешла в ведение Министерства внутренних дел, в рамках которого многие годы осуществлялось регулирование всей медицинской деятельностью государства вплоть до 1917 года.

В период царствования Екатерины II предпринимались усилия по подготовке собственных медицинских кадров. В доктора стали производить по результатам экзаменов собственной Медицинской Коллегии. Медицину стали рассматривать как одно из направлений естествознания, существенно улучшилось качество обучения во Врачебных училищах. В 1798 году были образованы две медико-хирургические академии – в Москве и Петербурге. Позже, один из Указов Николая I обязывал к передаче высших медицинских учебных заведений (кроме вышеперечисленных академий) в управление Министерства народного просвещения, где был создан единый государственный стандарт в сфере медицинского образования.

Земская реформа 1864 года существенно повлияла на развитие медицины в России. Земские учреждения, образованные в губернии или уезде, должны были участвовать в «попечении... о народном здравии». Земская медицина использовала принципы участковости, плановости, универсальности, бесплатности, сочетания лечения и профилактики. Медики в лечебные учреждения избирались Земскими Управками, а на медицинские нужды тратилось около трети бюджета. Для медресов существовали должностные правила, в частности для врачей, фельдшеров, повивальных бабок, которые служили делу юридического обеспечения земской медицины.

В ходе реформы Александра II в 1879 году для губернаторов появился специальный циркуляр, изданный министром внутренних дел. Вот выдержка из него «... уже по одному чувству человеколюбия, а еще более во внимание к тому, что, при надлежащем попечении о душевнобольных, значительная доля их может вновь сделаться полезными членами общества, дальнейшее оставление дела призрения умалишенных в его нынешнем положении не соответствовало бы мероприятиям Правительства о народном здравии, ни благотворным заботам в этом отношении со стороны земских учреждений... Я пришел к тому заключению, что первый шаг в этом направлении должен состоять в улучшении для помешанных помещений, устроенных преимущественно в давнее время, при господстве иных взглядов на данного рода больных и представляющих скорее места заключения, чем заведения для призрения» [3].

Медицинская деятельность XIX, начала XX веков с точки зрения права регламентировалась Врачебным Уставом в его редакциях 1857, 1892, 1905 гг. Последняя редакция Устава состояла из 3-х книг: «Учреждения врачебные», «Устав медицинской полиции», «Устав судебной медицины». Эти документы определили организацию управления медицинскими делами, регламентировали контроль за врачебной деятельностью и аптеками, обязывали врачей проходить новые испытания при ненадлежащем знании своего дела. К функциям медицинской

полиции относилось предотвращение условий, угрожающих здоровью. Другими словами, она была ответственна за санитарно-эпидемиологический надзор. Статьи Устава судебной медицины регламентировали организацию судебно-медицинской службы (например, к вскрытию умерших ни в коем случае нельзя было приступать ранее истечения 24 часов после смерти), устанавливали единую форму свидетельства о результатах осмотра тела.

Изданный в 1885 году «Общественный Устав Российских железных дорог» определил положения о медицинском обслуживании заболевших или пострадавших от несчастных случаев на железной дороге пассажиров, о медицинском обеспечении служащих этого ведомства, требования к санитарному порядку.

В 1903 году утверждено Положение об управлениях земским хозяйством, согласно которому губернские и уездные управы обязаны были заниматься развитием сети медицинских учреждений, ремонтом старых и строительством новых больниц.

В конце XIX, начале XX веков открываются больницы для обслуживания рабочих отдельных предприятий, зарождается фабрично-заводская медицина. Согласно закону Государственной Думы о страховании рабочих от 1912 года во всех губерниях были созданы больничные кассы, которые явились органом страхования на случай болезни.

В 1916 году было создано Главное управление государственного здравоохранения, которое было расформировано в 1917 году после того, как Государственная Дума отклонила предложенный законопроект о создании министерства здравоохранения [5].

В 1917 году был издан ряд декретов новой советской власти, которые ознаменовали создание системы под названием «рабочая страховая медицина». В 1918–20 гг. Совет Народных Комиссаров принимает ряд декретов, направленных во благо здоровья населения: «Об использовании Крыма для лечения трудящихся», «О мерах по борьбе с эпидемиями», «О национализации аптек». Народный Комиссариат Здравоохранения как центральный орган руководства здравоохранением РСФСР был создан в июле 1918 года. Вскоре, в марте 1919 года, на VIII съезде РКП (б) были структурированы основные задачи здравоохранения и заложены основы правовой регламентации врачебной деятельности. Актуальными задачами стали: решительное проведение широких санитарных мероприятий, борьба с социальными болезнями, обеспечение общедоступной, бесплатной и качественной лечебной и лекарственной помощи [5].

Правовые аспекты деятельности медперсонала требовали большей конкретизации, что нашло отражение в постановлении ВЦИК и СНК РСФСР от 01.12.1924 «О профессиональной работе и правах медресов». Оно касалось законодательного права заниматься медицинской деятельностью, организации проверочных мероприятий для подтверждения этого права. Им определялись и обязанности врачей, в частности, врач имел право на оперативное вмешательство, но не был обязан его производить, если он не являлся хирургом, кроме случаев экстренной помощи. Обязательным стало получение согласия больного на хирургическую операцию. В то же время в постановлении не определены

действия врача в случае отказа больного от вмешательства, когда речь идет о жизни и смерти пациента. В те времена юридическая ответственность медицинского персонала за совершение профессиональных правонарушений определялась в соответствии с приговором суда, а также в дисциплинарном порядке, хотя часть частнопрактикующих врачей считали, что врачи вообще не должны привлекаться к уголовной ответственности за последствия неправильного лечения. В одной из статей постановления устанавливалась обязанность для всякого медработника, занимающегося лечебной практикой, оказывать первую помощь всем, кто в ней нуждается, особенно в состояниях опасных для жизни.

Медицинские специалисты, занимающиеся частной практикой, должны были вести регистрацию больных с отражением сумм получаемого ими вознаграждения в отдельной книге. Врачи, имеющие право практиковать, вносились Народным Комиссариатом Здравоохранения в ежегодные списки для публикации с целью ознакомления заинтересованных лиц.

В последующие годы вышли ряд документов, регламентирующих организацию медицинской помощи по наиболее актуальным направлениям: 1929 год – постановление ЦК ВКП (б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян»; 1934 год – постановление ЦИК и СНК СССР «О подготовке врачей» (отменялась специализированная и вводилась общепрофильная подготовка врачей); 1936 год – постановление ЦИК и СНК СССР «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов...»; 1937 год – постановление СНК СССР «О порядке проведения медицинских операций»; 1938 год – «Об укреплении сельского врачебного участка» [5].

В годы Великой Отечественной войны здравоохранение также подверглось правовой регламентации. Крайне важно было восстановить разрушенные войной и разграбленные лечебные учреждения, организовать противозидемическую работу, в частности, ликвидировать очаги сыпного тифа и других заболеваний. Широко практиковались подворные обходы. Важное значение имело принятое в 1943 году постановление Совнаркома СССР и ЦК КПСС «О неотложных мерах по восстановлению хозяйства в районах, освобожденных от немецко-фашистских захватчиков», в котором был определен конкретный план восстановительных работ. Приказ Наркомздрава СССР № 11 «О распределении врачебных кадров по стране и работе с ними» позволил рационально распределить кадровые ресурсы, когда они направлялись в освобожденные районы из территорий, где имелся их избыток.

В марте 1946 года Народный Комиссариат Здравоохранения был преобразован в Министерство здравоохранения, положение о котором утверждено постановлением Совета Министров СССР от 1968 года № 548. Нормотворческая функция Министерства здравоохранения заключалась в разработке и предоставлении на утверждение вышестоящих органов государства нормативных актов по вопросам здравоохранения, в принятии собственных юридических документов.

Нормативным актом, обобщающим разрозненные и многочисленные приказы и инструкции, стал Закон

СССР от 19.12.1969, утвердивший основы законодательства о здравоохранении Союза ССР и союзных республик. Он касался порядка и условий профессиональной работы врачей, их прав, обязанностей и ответственности. Право человека на охрану здоровья гарантировалось бесплатной, квалифицированной медицинской помощью, широкой сетью лечебных учреждений, мерами по оздоровлению окружающей среды, актуальными научными исследованиями.

Дальнейшее развитие общества и медицины привело к появлению других медицинских проблем, связанных с новой организацией медицинской деятельности, повышением ее технической вооруженности, необходимостью применения рентгеновских технологий, развитием генетики, необходимостью сохранения чистой экологической среды и формирования здорового образа жизни.

Многие постулаты Гиппократовы входят в противоречие с современными понятиями о добре и зле, благе и вреде. Сегодня существуют проблемы в вопросах сохранения врачебной тайны, сообщения пациенту истинного диагноза его заболевания («святой лжи»), эвтаназии, суицидов, патернализма, реконструкции личности при психотерапии, согласия на лечение, неоднозначного отношения к экстрасенсорике.

В частности, существует проблема **конфиденциальности** – неразглашения врачебной тайны (интимных сведений, которые стали известны медицинским работникам в процессе обследования и лечения пациента). Согласно выдержки из клятвы Гиппократовы: «*Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или не услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной*» тайну следует строго соблюдать. Но проблема заключается в том, что больной может представлять общественную опасность в плане совершения преступления против близких ему людей или общества в целом, а врач, ограниченный рамками сохранения врачебной тайны, не может предотвратить преступление. Ранее этот вопрос однозначно решался в пользу общества, теперь же количество подобных ситуаций законодательно ограничено лишь случаями непосредственной опасности для окружающих.

Непростой представляется и ситуация о сообщении родственникам без согласия больного характера его заболевания, например, шизофрении. Где здесь большее блага, а где вреда? Для жены больного или его самого? Какие последствия это может повлечь? Развод, потеря профессии, выписка из квартиры, запрещение общения с детьми... Данная ситуация должна разрешаться в необходимых случаях в пользу пациента, информацию о его заболевании, лечении, прогнозе и т. д. следует сообщать только по его доброй воле.

Другая проблема – это информирование пациента о диагнозе его болезни. Гиппократ призывал: «*Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости*». В современной медицине также нет однозначного подхода к этой проблеме. Например, в онкологии. Не сказать правду о диагнозе, значит дезориентировать пациента и поте-

☆ История военной медицины

рять время для своевременного начала лечения, решения им важных житейских проблем. Сказать – значит спровоцировать депрессию, опасные импульсивные действия. Считается, что правда о диагнозе может нарушить адекватное проведение терапии из-за отрицательных эмоций пациента вплоть до суицида. Неопределенность же может нести защитные психологические функции. В сущности сообщение больному диагноза не снимает неопределенности, а переносит ее в другую, еще более важную сферу: в неопределенность прогноза, который в онкологии не может быть окончательным и достаточно определенным. И в такой ситуации лучше, если больной будет не до конца знать, что с ним, чем зная это, будет думать о том, сколько ему осталось жить. Сегодня во взглядах преобладает трактовка адаптивного влияния неопределенности для онкопациента, затрагивающая диагноз, прогноз и прочие сопутствующие события, учитывающая ситуативное влияние информации о состоянии пациента на его психологический статус [6].

Решение проблем современной медицины требует совершенствования существующей нормативно-право-

вой базы, новые положения которой должны снять имеющиеся противоречия по отдельным вопросам медицинского обслуживания. Они должны будут отражать дух и веления времени и потребуют оптимальных подходов к медицинскому праву как основному регулятору взаимоотношений в сфере охраны здоровья населения.

Литература

1. Агиевец, С. В. Медицинское право: Учеб. Пособие. – Гродно: ГрГУ, 2003. – 167 с.
2. Аколов, В. И. Юридические основы деятельности врача. – М., 1997. – 256 с.
3. Воскресенская, Н. П., Гончарова, С. Г. Восстановление системы здравоохранения в освобожденных районах // Материалы 10-й респ. конф. По истории медицины и здравоохран., 23 сент. 2004 г., Минск. – Минск, 2004. – С. 7–8.
4. Гиллокрафт. Избранные книги. – М., 1936. – Т. 1. – С. 88.
5. Кральноко, А. А. Медицинское право: руководство для специалистов, вовлеченных в ВИЧ-сервисную и другую медико-социальную деятельность: БОО «Позитивное движение», 2007. – 195 с.
6. Петров, В. И. Медицинская психология. Курс лекций: учебное пособие / В. И. Петров. – Могилев, УО «Могилевский государственный университет им. А. А. Кулешова», 2012. – 367 с.

Поступила 26.05.2014 г.

☆ Хроника

В. А. Жарин¹, С. В. Федорович²

О Н А У Ч Н О - П Р А К Т И Ч Е С К О М С О Т Р У Д Н И Ч Е С Т В Е