

УДК 614.251

**ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ РАБОТЫ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА
СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Методический и практический материал

И. М. Старовойтова, к.м.н., доцент

ГО УДПО «РМАПО Росздрава», кафедра медицинской экспертизы

Москва, Верхняя Красносельская, д.21

Адрес для переписки: Старовойтова Ирина Михайловна, e-mail: info@oncology.ru

Введение

В течение последних 15 лет практически полностью изменилась нормативная правовая база, на которой основывается деятельность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Изменения коснулись, в первую очередь, законодательства о медицине: было принято более 10 законов Российской Федерации (РФ), регулирующих как общие нормы, так и различные частные вопросы охраны здоровья граждан. Ряд законопроектов по медицине находится на разных стадиях законотворческого процесса.

Однако административно-управленческий аппарат ЛПУ зачастую продолжает использовать в своей работе не новые организационные формы, необходимость внедрения которых диктует изменившееся законодательство, а так называемую «сложившуюся практику», не всегда ему соответствующую.

Состояние правовой практики «медицинский работник-пациент»

Медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал), большинство которых недостаточно информировано об изменениях законодательной базы (ЗО), не всегда правильно воспринимают предназначение правовых норм, регулирующих оказание медицинской помощи (МП) гражданам, что также не позволяет оперативно и адекватно проводить реорганизацию работы ЛПУ с учетом изменившихся требований, предъявляемых новыми документами.

В то же время правовое самосознание граждан растет быстрее, чем правовые знания медицинских работников. Во многих городах РФ создаются различные организации (общества, комитеты, лиги и т.д.), защищающие права граждан, обращающихся за медицинской помощью и ею неудовлетворенных. В указанных организациях работают специалисты, имеющие как медицинское, так и юридическое образование, которые помогают пациентам оформить претензии не только к ЛПУ, но также к конкретному медицинскому работнику и представить их для рассмотрения в суд. И поэтому в последние годы все чаще из средств массовой информации мы узнаем о конфликтных ситуациях, возникающих между пациентами и медицинскими работниками. Однако следует заметить, что далеко не все претензии неудовлетворенные пациенты доводят до суда. При этом общее количество «медицинских дел» значительно увеличилось.

Таким образом, в настоящее время справедливо говорить о новых для российского ЗО тенденциях в формировании отношений между исполнителем медицинских услуг и их потребителем, т.е. отношений «медицинский работник-пациент», и отстаивании последним своих прав в различных инстанциях, в том числе судебных.

С этих позиций необходимо внедрение в работу ЛПУ новых организационных форм, в том числе мероприятий по повышению уровня не только профессиональной подготовки медицинских работников, но и их правовых знаний.

Важнейшим документом, знание которого обязательно и абсолютно необходимо для всех медицинских работников, является ключевой закон о здравоохранении – «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», принятый Верховным Советом РФ 22.07.1993 г. № 5487–1 (в дальнейшем – Основы).

Настоящий закон был утвержден «в целях закрепления приоритета прав и свобод граждан в области охраны здоровья» и явился документом, в котором продекларированы не просто права граждан, обратившихся за медицинской

помощью, но и основы их отношений с медицинскими работниками. Следуя данному закону, медицинские работники, оказывая помощь пациентам, выступают в качестве «механизма» для реализации его прав.

Поэтому с вступлением Основ в действие стала очевидной необходимость реорганизации некоторых сторон деятельности ЛПУ, внедрение принципиально новых форм работы, направленных, прежде всего, на соблюдение прав пациента, предусмотренных данным нормативным правовым актом.

Однако именно практическое применение тех статей Основ, которые определяют права граждан, обратившихся за медицинской помощью (статья 30, 31, 32, 33, 61), вызвало определенные затруднения в ЛПУ. Это происходит в связи с возникшей необходимостью пересмотреть сложившиеся десятилетиями традиции и правила взаимоотношений между пациентами и медицинскими работниками.

Обсуждение правовых ситуаций

Разберем некоторые статьи Основ, требующие принятие управленческих решений и разработки организационных мероприятий, регламентируемых приказами руководителя конкретного ЛПУ.

Статья 61 - «Врачебная тайна» дает законодательное определение этого понятия как «информации о факте обращения за МП, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении... Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности сообщаемых им сведений. С согласия гражданина допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим гражданам...»

Именно на примере этой статьи легко показать, как организационные формы ЛПУ отстают от законодательства, и на практике медицинские работники не всегда задумываются о соблюдении данного права пациента. Особенно это заметно на примере работы стационарных учреждений ЗО: справочные бюро продолжают предоставлять информацию посторонним лицам

по-прежнему, как и до принятия Основ, т.е. сведения о поступивших и состоянии их здоровья разглашаются без учета согласия последних, в том числе по телефону, а это означает, что фактически неизвестному лицу; лечащие врачи, а зачастую и средний медицинский персонал, имеющий доступ к медицинской документации, беседуют с родственниками больных, нередко без согласия последних и также преимущественно по телефону, сбор анамнестических сведений осуществляется зачастую в палатах, в присутствии посторонних лиц и т.д. И этот перечень нарушений прав пациента можно продолжить.

Что же следует предпринять руководителям ЛПУ, чтобы пациентам была гарантирована конфиденциальность информации, составляющей врачебную тайну? Ответ на этот вопрос дают методические рекомендации Федерального Фонда обязательного медицинского страхования (ФФ ОМС) от 29.10.1999 г. № 5430/ 30–3/И «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» (в дальнейшем – Рекомендации).

Настоящими Рекомендациями предложено фиксировать, со слов больного, в первичной медицинской документации, кому могут быть предоставлены сведения о состоянии его здоровья, и заверять запись его подписью.

Подобные особенности ведения медицинской документации необходимо регламентировать распоряжением (приказом) руководителя ЛПУ.

Одновременно следует проводить постоянную воспитательную и образовательную работу не только с врачами, но и со средним медицинским персоналом, имеющим доступ к медицинской документации вследствие выполнения своих профессиональных и служебных обязанностей, что повысит их правовые знания и будет способствовать соблюдению интересов и прав пациента, касающихся неразглашения информации, составляющей врачебную

тайну. В то же время с целью защиты прав пациента и соблюдения действующего законодательства можно рекомендовать еще одну организационную меру – включить в должностные инструкции всех сотрудников ЛПУ, работающих с медицинской документацией, а не только лечащих врачей, пункт об ответственности за разглашение сведений конфиденциального характера.

Эта мера позволит также обратить особое внимание на работу с медицинской документацией, прежде всего медицинскими картами амбулаторных и стационарных больных, повысить ответственность за ее сохранность, в том числе у медицинских сестер и работников регистратуры.

Следующая статья Основ, которую должны хорошо знать медицинские работники - **статья 31**. Данная статья определяет права граждан на информацию о состоянии своего здоровья, в том числе предусматривая определенный объем предоставляемых сведений, характеризующий информированность больного о проводимом обследовании, предполагаемом диагнозе и прогнозе развития заболевания, а также возможных вариантах медицинского вмешательства.

Данная статья предусматривает порядок получения необходимой информации, включающей беседу с лечащим врачом, заведующим отделением и специалистами, принимавшими непосредственное участие в обследовании и лечении. Однако на практике, как сами пациенты, так и их родственники или иные законные представители, нередко используют в качестве основного источника информации неуказанных лиц, а медицинских сестер, которые по своим обязанностям осведомлены о состоянии здоровья граждан, находящихся на обследовании и лечении в данном ЛПУ. Поэтому медицинские сестры очень четко должны понимать, что они не имеют права в рамках действующего законодательства предоставлять конфиденциальную информацию не только родственникам и знакомым больных (даже если последние представляют документы, удостоверяющие их законное представительство), но и самим больным.

Кроме этого получение информации о состоянии здоровья возможно путем ознакомления с медицинской документацией – «... Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затронуты интересы третьей стороны...».

Данное право пациента нередко под разными предлогами в ЛПУ нарушается, поскольку вызывает крайне негативное отношение со стороны медицинских работников, что особенно характерно для стационаров. При этом смешиваются два понятия: правила, определяющие порядок перемещения медицинских документов внутри ЛПУ, утвержденные приказом руководителя, а также порядок ознакомления пациента с медицинскими документами, отражающими состояние его здоровья.

Порядок обращения медицинских документов, в которых зафиксированы сведения о состоянии здоровья граждан (медицинские карты амбулаторных и стационарных больных), определяется приказом или распоряжением руководителя ЛПУ, разрешающим перемещать их как медицинским работникам, так и выдавать на руки пациентам при недостаточной укомплектованности учреждения. В подобных случаях медицинские карты амбулаторных больных выдаются пациентам при предъявлении документов, удостоверяющих их личность, в целях соблюдения прав на конфиденциальную информацию. Однако приказом руководителя может быть запрещена выдача пациентам на руки указанных документов в целях обеспечения их сохранности. Подобный приказ Основам не противоречит, поскольку пациент имеет право ознакомиться с медицинской документацией, согласовав этот вопрос непосредственно с лечащим врачом. Лечащий врач в этих случаях не должен препятствовать больному в реализации его законного права.

В стационарных подразделениях перемещение медицинских карт также регламентируется внутренним приказом руководителя, который медицинские работники должны выполнять.

Следует обратить внимание, что при любой организационной форме, реализующей на практике права пациента, прописанные в статье 31, ведущая роль принадлежит лечащему врачу, который при возникновении конфликтной ситуации может привлечь к ее разрешению других должностных лиц, в первую очередь, заведующего отделением. Медицинские сестры не имеют права и не должны предоставлять больным и их родственникам медицинскую документацию для ознакомления.

Статья 32 Основ предполагает согласие пациента на медицинское вмешательство. В Рекомендациях ФФ ОМС дано определение медицинского вмешательства – «это любое обследование, лечение и иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную и исследовательскую направленность, выполняемое врачом либо другим медицинским работником по отношению к конкретному пациенту». Таким образом, медицинское вмешательство, как правило, начинается с осмотра пациента.

В соответствии со статьей 32 «необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина». Что же означает информированное добровольное согласие? Это согласие, данное пациентом на основе полученной от лечащего врача информации: полной и всесторонней, изложенной в доступной форме о цели, характере, способах вмешательства, связанном с ним вероятном риске, возможных медико-социальных, психологических, экономических и иных последствиях, альтернативных вариантах медицинской помощи и связанных с ними последствиях и риске.

Четкой формы взятия согласия на медицинское вмешательство и оформления его в медицинской документации до настоящего времени не разработано. Имеются указания о необходимости разработки схемы

информированного согласия с отражением примерного перечня вопросов, которые должны быть указаны в этом документе, в приказе МЗ РФ от 03.08.1999 г. № 303 «О введении в действие отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования». В Рекомендациях указано, что порядок оформления согласия на медицинское вмешательство до установленного законодательно, может определяться территориальными органами управления ЗО или руководителем конкретного ЛПУ.

Таким образом, согласие на медицинское вмешательство должно быть оформлено соответствующей записью в медицинской документации и подписано пациентом или его законным представителем и лечащим врачом.

Следует отметить, что получение информированного согласия - задача, решаемая лечащим врачом. Медицинские сестры в получении информированного согласия участия принимать не должны.

Статья 33 Основ - «Отказ от медицинского вмешательства» является единственной статьей, где четко прописано, в какой форме должен быть зафиксирован в медицинской документации отказ от медицинского вмешательства: «...Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо законным представителем, а также медицинским работником...».

Наиболее частой ошибкой врачей является краткая запись о том, что больной о возможных последствиях отказа предупрежден, но не указано, о каких конкретно. Следует обратить внимание, что в медицинской документации должны быть перечислены возможные конкретные последствия отказа, которые в дальнейшем могут оказать негативное влияние на конечный результат лечения и качество жизни больного.

Еще один аспект проблемы: на практике больные, отказываясь от медицинского вмешательства, зачастую не хотят ставить свою подпись под этой записью. В таких случаях в Рекомендациях предусмотрено заверять отказ от медицинского вмешательства подписями лечащего врача и заведующего

отделением. Но, наверное, можно более широко трактовать эту организационную форму, определив необходимость заверять отказ больного от медицинского вмешательства подписями двух медработников, поскольку заведующий отделением и другие должностные лица могут в этот момент отсутствовать (например, во время ночного дежурства).

Таким образом, медицинская сестра также может при определенных обстоятельствах фиксировать своей подписью в медицинских документах отказ больного от медицинского вмешательства. Но если больные отказываются от какого-либо медицинского вмешательства, информируя об этом только медицинскую сестру. Она должна немедленно довести до сведения лечащего (дежурного) врача отказ больного для принятия соответствующих мер.

И еще одну статью Основ следует упомянуть - статью 30, в которой отражены права пациента. Некоторые из них мы уже разобрали, поскольку они прописаны в вышеизложенных статьях 61, 31, 32 и 33. Но о праве, указанном в первую очередь, необходимо помнить всегда – это право граждан «на гуманное и уважительное обращение со стороны медицинского и обслуживающего персонала». Исходя из данного положения - грубость в ЛПУ недопустима. Отношение к пациентам должно быть корректным, выдержанным и вежливым, даже в тех случаях, когда они допускают несправедливые, а иногда откровенно грубые высказывания.

С позиций возможной и необходимой реорганизации работы ЛПУ в целях соблюдения прав пациента должна быть не просто прочитана, но и тщательно изучена каждая статья Основ. Прежде всего, изучению подлежат те статьи, в которых прописаны права граждан, поскольку их нарушение дает пациентам основание обращаться с жалобами не только к руководителю учреждения, но и в суд для защиты своих интересов.

Организационные мероприятия и новации, вытекающие из закона, должны найти свое отражение к корректировке должностных инструкций всех работников ЛПУ, но, в первую очередь, медицинского персонала. Должностная инструкция является организационно-правовым документом, в котором

отражены не только основные функциональные обязанности работника, но и его ответственность за их выполнение. Работники ЛПУ знакомятся с должностной инструкцией при приеме на работу и должны выполнять ее в обязательном порядке.

Таким образом, реформирование ЗО с разработкой принципиально новой нормативной правовой базы приводит к необходимости внедрения в работу ЛПУ новых организационных форм, соответствующих принимаемым законам и направленным, прежде всего, на соблюдение прав граждан в области охраны здоровья, а понятие «сложившаяся практика», так широко используемое в повседневной деятельности медицинскими работниками, в соответствии с Гражданским кодексом РФ может быть применено в организационном процессе только в тех случаях, когда законодательство и утвержденные в установленном порядке подзаконные акты не содержат необходимой информации.