

ОСОБЕННОСТИ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Н.В. Кузнецова

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
E-mail: mma.vso.kusd@gmail.com

Рассмотрены отдельные аспекты законодательства в сфере здравоохранения, гражданско-правовой ответственности, проанализирован порядок досудебного урегулирования конфликтов с пациентами, проанализированы дефекты ведения медицинской документации.

Ключевые слова: нормативно-правовые акты, медицинская документация, ошибки, внесудебные ситуации.

Вопросы правового обеспечения и защиты прав граждан и медицинских организаций при оказании медицинских услуг широко обсуждаются средствами массовой информации, на страницах научных изданий, на конференциях и семинарах.

Актуальность разрешения правовых проблем, возникающих при оказании медицинских услуг, объясняется тем, что реформирование здравоохранения, развитие законодательной базы способствовали росту ответственности учреждений здравоохранения (УЗ) за качество медицинской помощи, за нарушение установленных законодательством прав пациентов.

Результаты ряда исследований свидетельствуют о том, что частота некачественного оказания медицинской помощи растет. Так, в Германии она составляет 3%, в США – 15%, в России – 20,5%.

Юридические конфликты с пациентами оказывают значительное влияние как на репутацию, так и на экономическую деятельность медицинского учреждения. Поэтому необходимо иметь четкие алгоритмы действий при возникновении конфликтной ситуации.

Не менее важна задача разработки системы профилактики возникновения гражданско-правовой ответственности врачей и медсестер. Правовая грамотность и умение применять полученные знания являются залогом успешной деятельности и защищенности не только руководителей, рядовых специалистов, но и УЗ в целом.

Объектом данного исследования явились правоотношения между медицинским работником и пациентом в связи с причинением вреда здоровью последнего, предметом исследования – нормативно-правовые акты, регулирующие порядок гражданско-правовой ответственности, и медицинская

документация (медицинская карта стационарного больного).

Целями работы были анализ действующего законодательства в сфере здравоохранения, комплексное изучение гражданско-правовой ответственности медработников, изучение и анализ возможности досудебного урегулирования конфликта учреждением, выявление и устранение дефектов ведения медицинской документации, направленные на профилактику возникновения гражданско-правовой ответственности сотрудников.

Указанные цели достигались постановкой и решением следующих задач:

- изучить законодательство в сфере здравоохранения;
- рассмотреть понятие гражданско-правовой ответственности медработников и медицинских организаций;
- изучить и проанализировать порядок досудебного урегулирования конфликта с пациентами;
- рассмотреть алгоритм досудебного урегулирования конфликтов;
- изучить и проанализировать дефекты ведения и оформления медицинской карты стационарного больного;
- составить памятку по ведению и оформлению медицинской карты стационарного больного.

Практическая значимость работы: внедрение разработанной памятки по оформлению и ведению медицинской карты стационарного больного снизит число ошибок, допускаемых при заполнении медицинской документации, и, следовательно, позволит уменьшить риск возникновения гражданско-правовой ответственности.

Материал и методы

В соответствии с темой, целью, задачами исследования были выбраны методы его проведения: анализ нормативно-правовых актов, литературы и медицинской документации.

Результаты и обсуждение

Теоретический анализ проблемы показал, что сегодня основным видом ответственности медицинских работников за профессиональные право-

нарушения является гражданско-правовая ответственность.

Гражданско-правовая ответственность – один из видов юридической ответственности, которая определяет установленные нормами права юридические последствия неисполнения или ненадлежащего исполнения предусмотренных законодательством обязанностей, что нарушает субъективные права другого лица.

Правовыми основаниями наступления гражданско-правовой ответственности за совершение профессиональных правонарушений являются: Гражданский кодекс (ГК) РФ; Закон РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» (в ред. от 21 декабря 2004 г.) и Федеральный закон (ФЗ) от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Фактическим основанием для возникновения ответственности являются:

- вред, причиненный жизни и здоровью пациента; вред (ущерб) – это реальный ущерб, причиненный жизни, здоровью гражданина, а также упущенная им выгода, связанные с действием или бездействием работников УЗ независимо от форм собственности при оказании медицинской помощи, подлежащие возмещению;
- наличие противоправного деяния в виде действия или бездействия;
- причинно-следственная связь между совершенным деянием (бездействием) и наступившим вредом.

Законодательством предусмотрены досудебный и судебный способы защиты прав пациента. Если пациенту причинен моральный вред, только суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

Обязательства вследствие причинения вреда рассмотрены в главе 59 ГК. Вред подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. Ответственность за вред, причиненный работником при исполнении трудовых обязанностей, возлагается на юридическое лицо, так как работник юридически воплощает волю работодателя.

В случае нарушения прав пациента он может использовать досудебные (административные) способы защиты своих прав и свобод, обращаясь:

- в органы управления здравоохранением или к должностным лицам медицинских учреждений;
- в правоохранительные органы;
- в общественные организации и иные негосударственные институты (в том числе в соответствующие профессиональные ассоциации);
- в третейские суды.

Алгоритм досудебного урегулирования конфликта

Претензия по поводу некачественного оказания медицинской помощи может быть предъявлена самим пациентом или его законным представителем непосредственно УЗ.

1. Пациент может обратиться с жалобой непосредственно к директору (главному врачу) учреждения. Жалоба может быть подана через канцелярию в 2 экземплярах (на 1-м в канцелярии ставится отметка о принятии) или отправляется заказным письмом с уведомлением. В заявлении должны быть указаны время, место, обстоятельства причинения материального вреда, лицо, виновное в причинении вреда, заявляемый размер ущерба. Все требования следует обосновать соответствующими документами.

2. При поступлении жалобы создается комиссия, в состав которой входят: директор УЗ, главный врач УЗ, юрист, заведующий отделением; при необходимости привлекаются другие специалисты. Претензия рассматривается комиссией в срок, не превышающий 10 дней со дня ее поступления.

3. Для более объективного рассмотрения заявления стороны могут привлекать экспертов. Следует учесть, что, в соответствии со ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская организация при проведении внутреннего контроля качества (и в любой другой ситуации) не вправе передавать медицинские документы для рецензирования сотрудникам других учреждений, в том числе профессиональных научных, а также не вправе привлекать их для участия в проведении лечебно-контрольных, клинико-экспертных и иных комиссий при отсутствии письменного согласия пациента на предоставление документов, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну.

4. Если претензия пациента признается клиникой обоснованной, выносится решение о выплате потерпевшему суммы возмещения материального вреда (ущерба). Решение о выплате ущерба оформляется приказом директора учреждения. В приказе указываются: дата нанесения ущерба; данные гражданина, которому возмещается ущерб; размеры возмещения и сроки выплаты. Копия приказа о возмещении материального ущерба вручается пациенту. Материальный вред возмещается в виде денежной выплаты на открытый пациентом счет в банке. Нельзя забывать, что за пациентом, получившим компенсацию, сохраняется право последующей подачи искового заявления в суд.

5. Если комиссия принимает решение отказать в удовлетворении требований пациента, составляется мотивированный письменный отказ с обязательными ссылками на нормы права, сущест-

Структура дефектов оформления и ведения историй болезни (и/б)

| Дефект | Число про-веренных и/б | Число и/б с выявленными дефектами | |
|--|------------------------|-----------------------------------|----|
| | | абс. | % |
| В заполнении титульного листа | 50 | 31 | 62 |
| Отсутствие оформленного отказа и(или) согласия | 50 | 22 | 44 |
| Отсутствие плана обследования больного | 50 | 34 | 68 |
| Отсутствие результатов обследования в соответствии с листом назначений | 50 | 10 | 20 |
| Отсутствие или небрежное заполнение протокола операции | 50 | 20 | 40 |
| Нерегулярное ведение записей, неправильное оформление дневников, эпикризов | 50 | 23 | 46 |
| Небрежность написания, неразборчивый почерк, исправления | 50 | 47 | 94 |
| Отсутствие или небрежное заполнение температурного листа | 50 | 38 | 76 |
| Отсутствие или небрежное заполнение листа назначений с отметками о выполнении | 50 | 15 | 30 |
| Отсутствие или небрежное заполнение выписных эпикризов | 50 | 18 | 36 |
| Дефекты в заполнении статистического талона | 50 | 29 | 58 |
| Несовпадение диагноза в титульном листе и диагноза в выписном эпикризе | 50 | 5 | 10 |
| Отсутствие или ненадлежащее оформление талона на ВМП или «скорую медицинскую помощь» | 14 | 9 | 63 |

вующую медицинскую практику и с подробным аргументированным обоснованием позиции УЗ.

6. Игнорирование письменных требований пациента независимо от их обоснованности недопустимо с точки зрения как закона, так и тактики конфликтующей стороны.

К числу наиболее распространенных организационных дефектов оказания медицинской помощи относятся дефекты ведения и оформления медицинской документации. История болезни или медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у) утверждена приказом МЗ СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации». Сведения, содержащиеся в истории болезни, являются источником информации для оценки качества медицинской помощи. Кроме того, история болезни как юридический документ становится основным источником, определяющим решение правовых вопросов, касающихся ответственности медработника и пациента.

Анализ правильности оформления и ведения истории болезни, выявление и устранение недостатков – важные составляющие системы профилактики возникновения гражданско-правовой ответственности врачей и медсестер.

Нами было изучено 50 историй болезни пациентов, прооперированных в лечебно-диагностическом отделении андрологии и урологии, с января по апрель 2012 г. (см. таблицу) 12 из 50 пациентов проходили лечение по высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), 2 поступили по «скорой помощи», 36 лечились по договору об оказании платных медицинских услуг.

В связи с актуальностью проблемы правильного ведения и оформления медицинской карты стационарного больного на основе данных анализа выявленных дефектов разработана подробная памятка для врачей и медсестер (см. приложение).

Полученные в ходе исследования данные соотносятся с мнениями других исследователей и позволяют заключить, что:

- внесудебное разрешение спорных ситуаций имеет ряд преимуществ: не требует значительных финансовых затрат; позволяет разрешить конфликт в короткие сроки, избежать огласки и сохранить имидж организации;
- в ходе обработки результатов установлено, что важной причиной недостатков и ошибок при оформлении медицинской документации является отсутствие четких правил, регламентирующих ее оформление. Имеющиеся приказы и инструкции устарели и требуют пересмотра. Дефекты часто носят субъективный характер (небрежность, невнимательность, спешка, недостаточный профессиональный уровень и др.) медицинского персонала.

Таким образом:

- основной вид ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения – гражданско-правовая (имущественная) ответственность;
- грамотные действия клиники в случае возникновения конфликта повышают юридическую защищенность медицинских работников и пациентов, снижают финансовые потери учреждения при возмещении ущерба по гражданским искам и позволяют предупредить профессиональные правонарушения;
- внесудебное урегулирование – наиболее приемлемый вариант разрешения спорных ситуаций в медицине как для пациента, так и для медицинской организации;
- один из наиболее распространенных организационных дефектов оказания медицинской

помощи – дефекты оформления документации; поэтому важная составляющая системы профилактики возникновения ответственности медработников – устранение таких

ошибок; разработанная памятка позволяет снизить число ошибок и, следовательно, уменьшает число дефектов оказания помощи.

Приложение

Памятка по ведению и оформлению медицинской карты стационарного больного

Все записи в истории болезни должны выполняться в медицинской информационной системе «Медиалог», распечатываться и подклеиваться в историю или писаться от руки разборчивым почерком с указанием даты и времени. Все записи должны располагаться строго в хронологическом порядке. При поступлении больного сотрудники приемного отделения, прежде чем распечатать титульный лист истории болезни, должны уточнить данные пациента.

При осмотре пациента врачом приемного отделения указываются дата и время осмотра.

Оформляется Информированное добровольное согласие (ИДС), заполняемое при обращении в учреждение здравоохранения (УЗ).

Данные первичного осмотра заполняются кратко по всем органам и системам, доступным осмотру. Патологические изменения описываются детально. В конце обязательно формулируется клинический диагноз, план обследования и лечения. План обследования должен быть подписан пациентом.

В общем анамнезе отражаются данные, имеющие отношение к течению настоящего заболевания или влияющие на тактику ведения больного; обязательно содержится информация о наличии аллергических реакций, эпидемиологическом анамнезе, предшествующих гемотрансфузиях, перенесенных туберкулезе, заболеваниях, передаваемых половым путем, вирусном гепатите, ВИЧ-инфекции.

Указываются данные о листке нетрудоспособности, если он есть у пациента.

Данные о непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим врачом при первом осмотре пациента в соответствующую графу титульного листа.

Клинический диагноз фиксируется на лицевой стороне истории болезни в течение 3 дней от момента поступления пациента в стационар.

Ведение врачом дневников должно осуществляться ежедневно. В дневниках отражаются динамика состояния пациента, данные объективного осмотра и лабораторных анализов и изменения представлений о больном.

Обходы заведующих проводятся 1 раз в неделю, оформляются записью с формулировкой клинического диагноза, рекомендациями (эти данные подписывает заведующий).

Протоколы записей консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, рекомендации по дальнейшему ведению больного.

В истории болезни должны быть следующие формы ИДС, подписанные пациентом и врачом, информировавшим пациента, с указанием даты и времени:

- заполняемое при обращении в УЗ;
- заполняемое при проведении диагностической манипуляции;
- заполняемое при проведении медикаментозной терапии;
- заполняемое при проведении диагностических тестов;
- на проведение оперативного вмешательства;
- на анестезию (наркоз) при оперативном вмешательстве.

Данные всех обследований и результаты анализов должны подклеиваться в историю болезни по мере их поступления.

В предоперационном эпикризе обосновывается необходимость оперативного вмешательства, отражаются диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные противопоказания для операции, адекватность предоперационной подготовки, план операции, степень риска оперативного вмешательства.

Осмотр анестезиолога и протокол анестезии являются обязательными для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии.

Протокол операции должен содержать: сведения о дате и продолжительности операции, фамилиях членов операционной бригады, виде операции, виде обезболивания, описание операции; данные о проведении гемостаза в ране, числе тампонов и дренажей, оставленных в ране, о завершении операции (вид швов, повязка); описание удаленного макропрепарата, подпись хирурга.

В отделении реанимации записи в дневниках делают дежурные врачи не реже 3 раз в сутки. Записи должны отражать динамику состояния больного и важнейшие показатели жизнедеятельности организма.

Вместо листа назначения в отделении интенсивной терапии ведется Лист наблюдения (форма

№ 011/у), где, кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения.

При переводе больного из отделения интенсивной терапии оформляется краткий переводной эпикриз.

Данные осмотра пациента в отделении записываются в истории болезни с указанием даты и времени (не позднее чем через 1 ч после перевода из реанимации).

Этапный эпикриз, отражающий динамику представлений о больном, дальнейшую тактику ведения больного и прогноз, оформляется раз в 2 нед.

Лист назначений – составная часть истории болезни. Назначения записываются четко, подробно, в форме, исключающей двоякое или произвольное толкование; указываются дата назначения и дата отмены.

Заключительный диагноз записывается при выписке больного в развернутом виде в соответствии с МКБ-10, включает все осложнения и сопутствующие заболевания, имеющие клиническое значение.

Выписной эпикриз должен отражать в краткой форме историю настоящей госпитализации, характер и результаты проведенного лечения, динамику симптомов и рекомендации по дальнейшему ведению больного. Выписной эпикриз выполняется в печатном виде в 2 экземплярах, 1 из которых остается в истории болезни, а 2-й выдается на руки больному; подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий, заверяется треугольной печатью.

Данные о выданном врачом листке временной нетрудоспособности заносятся в выписной эпикриз и на 2-ю страницу титульного листа. На 2-й странице титульного листа должна стоять подпись заведующего.

Перед передачей истории болезни для дальнейшего оформления старшей медсестре отделения лечащий врач проверяет правильность оформления истории болезни в соответствии с данной памяткой.

Медсестра осуществляет проверку Листа назначения, удостоверяет его своей подписью с указанием даты снятия назначений.

Температурный лист ведется медсестрой, подклеивается к истории болезни. Записи о температуре производятся 2 раза в день. Смена постельного белья отмечается соответствующим образом.

Данные исследований должны подклеиваться медсестрой в историю болезни.

Перед сдачей истории болезни на подпись заместителю директора по научной и лечебной работе старшая медсестра отделения проверяет правильность оформления истории в соответствии с данной памяткой.

Подписанные заместителем директора истории болезни сдаются в архив.

Рекомендуемая литература

Приказ МЗ СССР от 4 октября 1980 г. «Об утверждении форм первичной медицинской документации» № 1030 // Опубликовано не был.

Методические рекомендации «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования» (утв. Федеральным фондом ОМС 27 апреля 1998 г.)

Комментарий к Гражданскому кодексу РФ: В 2 т. Т. 1. Части первая, вторая ГК РФ / Под ред. Т.Е. Абовой, А.Ю. Кабалкина; 2-е изд. – Моск. обл., Котельники. – Юрайт, 2009.

Долинская Л.М. Права пациентов как потребителей в сфере здравоохранения // Законы России: опыт, анализ, практика. – 2010; 5: 39–48.

Зиновьева О.В. Претензионный этап в развитии конфликта «пациент – лечебное учреждение»: взгляд со стороны ЛПУ // Заместитель главного врача. – 2008; 10: 56–69

Канунникова Л.В. Опыт юридического сопровождения конфликтных ситуаций и страхования профессиональной ответственности медицинских работников Новосибирской области // Вопр. экспертизы и качества медицинской помощи. – 2007; 7: 13–16

Сергеев Ю.Д., Ломакина И.Г., Канунникова Л.В. Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве (теоретические аспекты проблемы) // Медицинское право. – 2005; 4: 8.

THE CIVIL LEGAL RESPONSIBILITIES OF HEALTHCARE WORKERS

N.V. Kuznetsova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper considers the individual aspects of legislation in healthcare and its workers' civil and legal responsibility and analyzes the order of pretrial settlement of conflicts with patients, as well as shortcomings in keeping medical documentation.

Key words: normative and legal acts, medical documentation, errors, extrajudicial situations.

