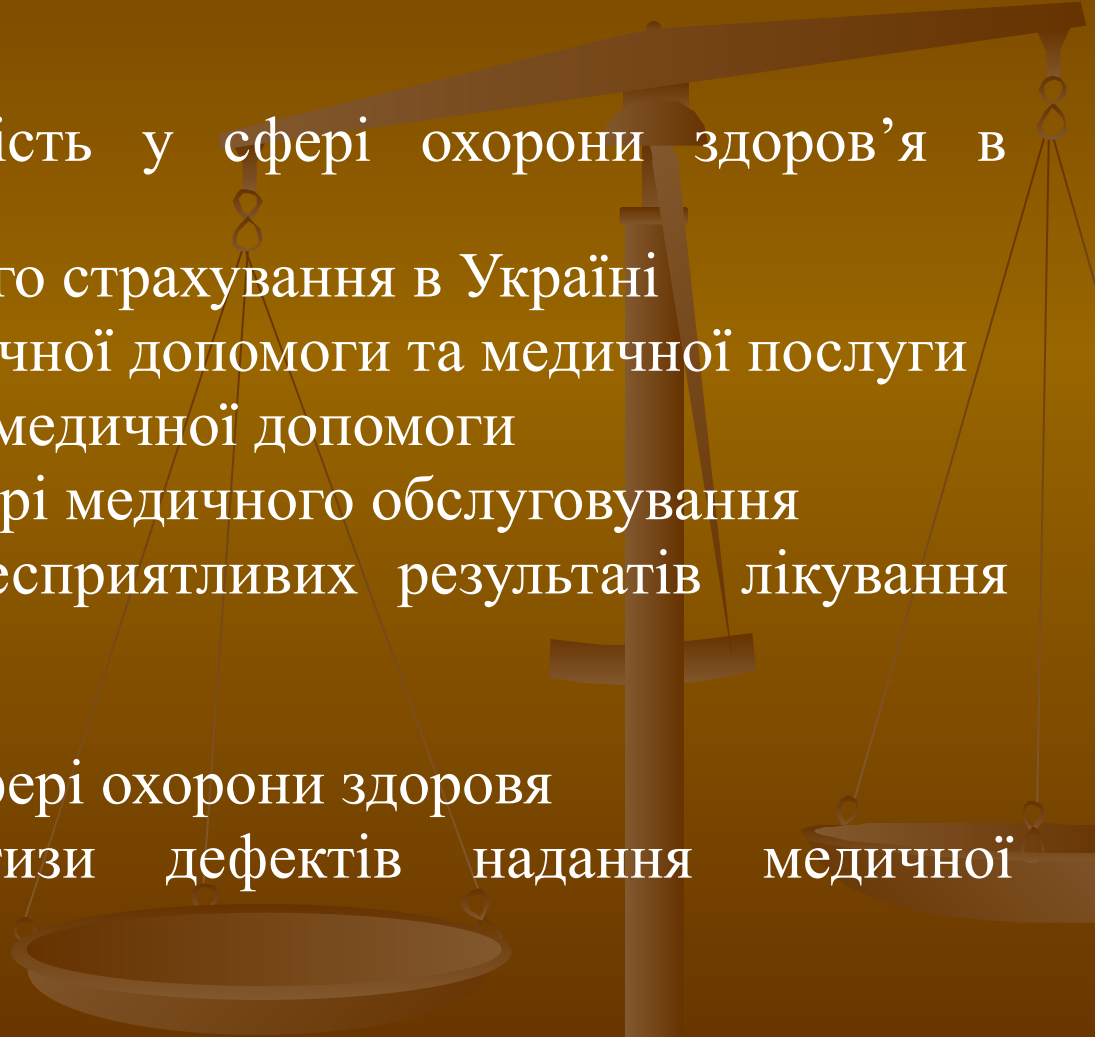


**ОСНОВИ ГОСПОДАРСЬКОЇ
ДІЯЛЬНОСТІ ТА СТРАХУВАННЯ
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В
УКРАЇНІ. ПРАВОВА ПРИРОДА
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ І
ПРАВОВА КВАЛІФІКАЦІЯ
ДЕФЕКТИВ НАДАННЯ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

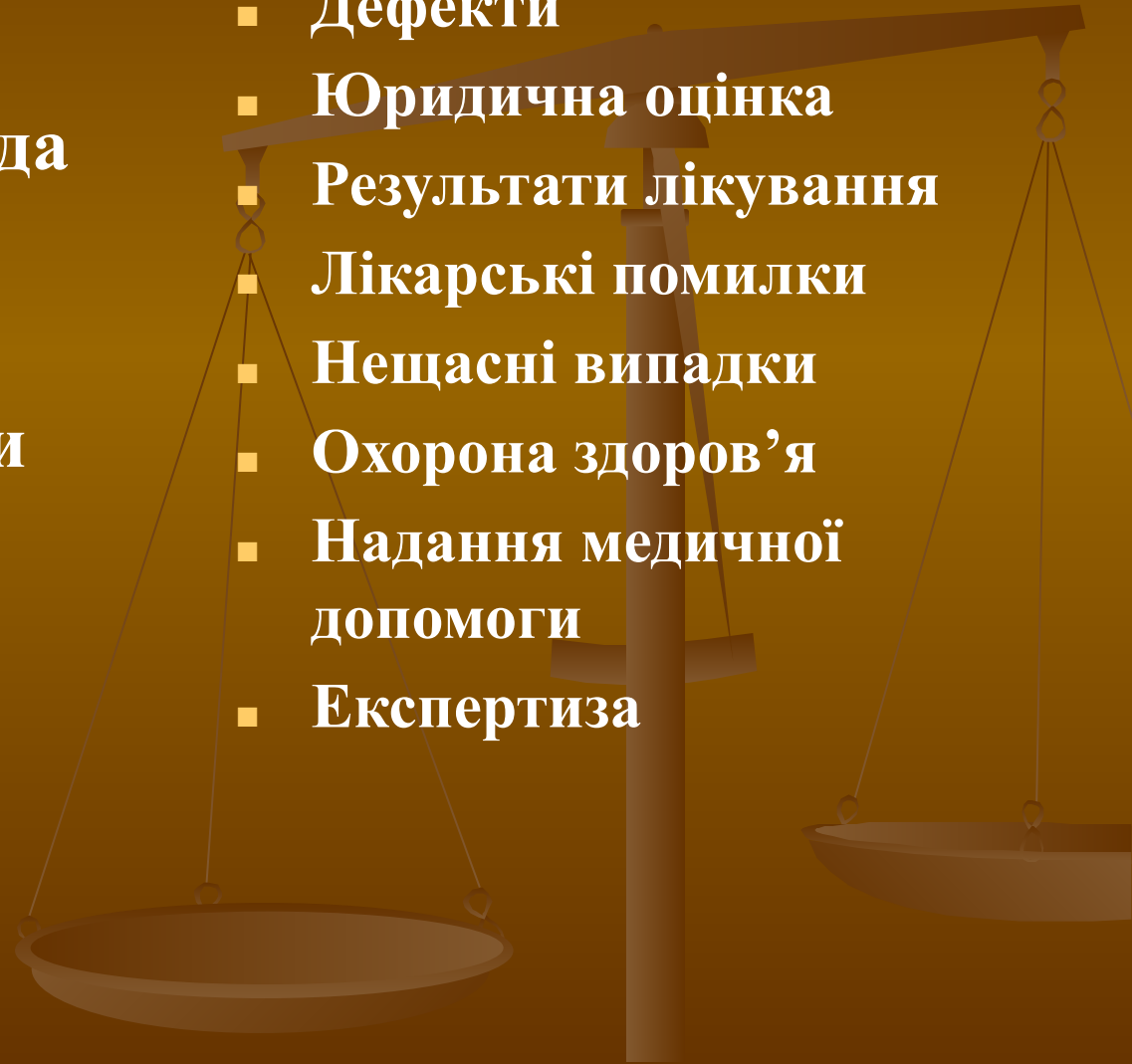
ПЛАН

- Господарська діяльність у сфері охорони здоров'я в Україні
 - Особливості медичного страхування в Україні
 - Співвідношення медичної допомоги та медичної послуги
 - Надання безоплатної медичної допомоги
 - Платні послуги у сфері медичного обслуговування
 - Юридична оцінка несприятливих результатів лікування хворих.
 - Лікарські помилки
 - Нещасні випадки у сфері охорони здоров'я
 - Проведення експертизи дефектів надання медичної допомоги
- 

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ І ПОНЯТТЯ

- Страхування
- Правова Природа
- Господарська діяльність
- Медичні послуги
- Платні послуги
- Медичне обслуговування

- Дефекти
- Юридична оцінка
- Результати лікування
- Лікарські помилки
- Нещасні випадки
- Охорона здоров'я
- Надання медичної допомоги
- Експертиза



БЕЗПОСЕРЕДНЄ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗАБЕЗПЕЧУЮТЬ



Державні, комунальні та приватні заклади охорони здоров'я. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я утворюються відповідними органами виконавчої влади, Радою міністрів Автономної Республіки Крим та органами місцевого самоврядування у порядку, встановленому законодавством

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ — *нормативний акт, що містить індикатори якості надання медичної допомоги, за якими проводиться оцінка якості її надання пацієнту, а також встановлює необхідний мінімум надання такої допомоги з обов'язковим визначенням оптимального обсягу трудових ресурсів; мінімальний строк лікування; обсяги використання лікарських засобів, насамперед тих, що входять до Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення; розрахункову вартість одного дня перебування хворого в межах нормативного рівня; розрахункову вартість одного амбулаторного відвідування, обстеження тощо.*

Стандарти медичної допомоги розробляються та затверджуються в установленому порядку центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

КРОКИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Потрібно відокремити політику у сфері охорони здоров'я, регулювання, виконання бюджету та управління закладами охорони здоров'я

Суспільний медичний фонд має бути створений і повинен відповідати за розміщення бюджетних асигнувань, призначених на охорону здоров'я, компенсацію закладам охорони здоров'я за надані медичні послуги, перевірку здійсненого лікування

Управління закладами охорони здоров'я потрібно комерціалізувати

Компенсаційні виплати повинні виплачуватися залежно від справді здійсненого лікування та за надані послуги

ЗАКОНОДАВЧИМ ПІДРУНТЯМ ДЛЯ ВВЕДЕННЯ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЯВЛЯЮТЬСЯ:

- $\frac{3}{4}$ Указ Президента України від 14.11.2000 р. «Про проведення експерименту в м. Києві та Київській області з загальнообов'язкового державного соціально-медичного страхування»
- $\frac{3}{4}$ Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування»
- $\frac{3}{4}$ Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
- $\frac{3}{4}$ Закон України «Про проведення експерименту в м. Києві та Київській області з загальнообов'язкового державного соціально-медичного страхування»

Основною метою загальнообов'язкового державного соціально-медичного страхування являється посилення відповідальності та зацікавленості органів державної влади, підприємств, організацій та населення в охороні здоров'я та забезпечення гарантованого рівню медичної допомоги та профілактичних заходів.

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ



МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ — забезпечує право громадян, які працюють, і членів їх сімей на кваліфіковане медичне обслуговування, матеріальне забезпечення у разі захворювання і є встановленням гарантій громадянам при виникненні страхового випадку в отриманні гарантованого рівня медичної допомоги за рахунок накопичених, коштів і фінансування профілактичних закладів.



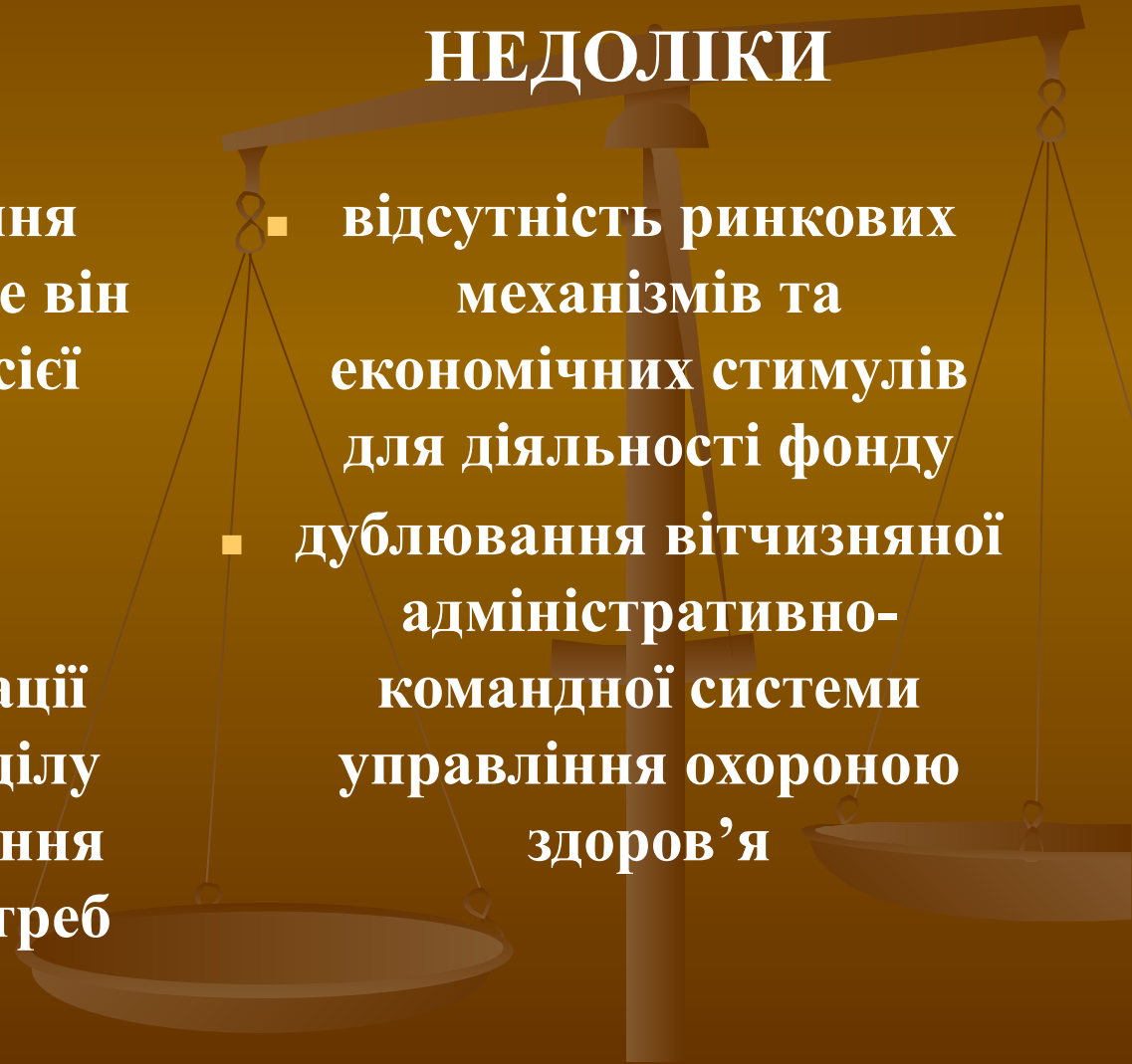
ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ДЕРЖАВНОГО ФОНДУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

ПЕРЕВАГИ

- простота управління таким органом, адже він буде єдиним для всієї України
 - можливість оперативного коригування ситуації шляхом перерозподілу коштів та їх виділення для конкретних потреб

НЕДОЛІКИ

- відсутність ринкових механізмів та економічних стимулів для діяльності фонду
- дублювання вітчизняної адміністративно-командної системи управління охороною здоров'я



ОСНОВНІ МОМЕНТИ, ЩО СТРИМУЮТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

- *Відсутність відповідної нормативної бази, медичних стандартів та фінансових стимулів для лікарів або медичних працівників*
- *Недостатнє фінансування медичної сфери, нераціональне використання фінансових ресурсів, а також той факт, що система охорони здоров'я сформована ще за часів СРСР і не модернізована*
- *Не проводиться капітальний ремонт медичних закладів, не закуповується високоякісне обладнання, не поліпшується існуюча мережа*
- *Для управління та системи покращення роботи державного соціального страхування недостатньо навичок і вмінь, які мають на даний час працівники системи охорони здоров'я*
- *На етапі введення системи загальнообов'язкового державного медичного страхування попит на послуги може зрости, а сфера охорони здоров'я є нестабільною та невідготовленою, тому це може одразу призвести до підвищення цін на медичні послуги, а доступ до них зменшиться*
- *Відсутність договірної форми відносин між платником з одного боку та постачальником послуг. Це робить систему медичного обслуговування непрозорою та несправедливою*

ФОРМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

ДОБРОВІЛЬНА

Добровільне медичне страхування є доповненням до обов'язкового. У рамках добровільного медичного страхування передбачається оплата медичних послуг понад програму обов'язкового медичного страхування. Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити страхувальникові (застрахованому) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до медичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою добровільного медичного страхування.



ОБОВ'ЯЗКОВА

Медичне страхування, яке провадиться в обов'язковій формі, набуває рис соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством. Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, сплачувані громадянами та юридичними особами, мають форму податку. Обов'язкове медичне страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю. Ця форма організації страхового фонду дає змогу планувати медичну допомогу завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю

ОБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

Обов'язкове медичне страхування базується на таких принципах

ЗАГАЛЬНОСТІ

Принцип загальності полягає в тому, що всі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на одержання медичних послуг

ДЕРЖАВНОСТІ

Принцип державності означає, що кошти обов'язкового медичного страхування - це державна власність. Держава забезпечує сталість системи обов'язкового медичного страхування і є безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення (наприклад, пенсіонерів).

НЕКОМЕРЦІЙНОСТІ

Некомерційний характер обов'язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток - це несумісні речі. Прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення

ОБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

СУБ'ЄКТИ

ОБОВ'ЯЗКОВОГО
МЕДИЧНОГО

СТРАХУВАННЯ

СТРАХУВАЛЬНИКИ

Страховальниками в системі обов'язкового медичного страхування для працюючого населення є роботодавці (підприємства, установи, організації; селянські (фермерські) господарства; особи, котрі здійснюють індивідуальну трудову діяльність; особи які займаються підприємництвом без створення юридичної особи; громадяни, які мають приватну практику у встановленому порядку; громадяни, які використовують працю найманих працівників у особистому господарстві; для непрацюючого населення (дітей, школярів, студентів денної форми навчання, пенсіонерів, інвалідів, безробітних, що зареєстровані в установленому порядку) - органи державного управління, виконавчої влади, місцеві адміністрації

СТРАХОВИКИ

незалежні страхові організації, які мають статус юридичної особи і ліцензію держави на право здійснювати медичне страхування

МЕДИЧНІ УСТАНОВИ

Медичні установи здійснюють свою діяльність на підставі договору зі страховими медичними організаціями, який передбачає обов'язок медичної установи надавати застрахованому контингенту медичну допомогу певного обсягу та якості в конкретні строки (у межах програми обов'язкового медичного страхування).

ЗАСТРАХОВАНІ

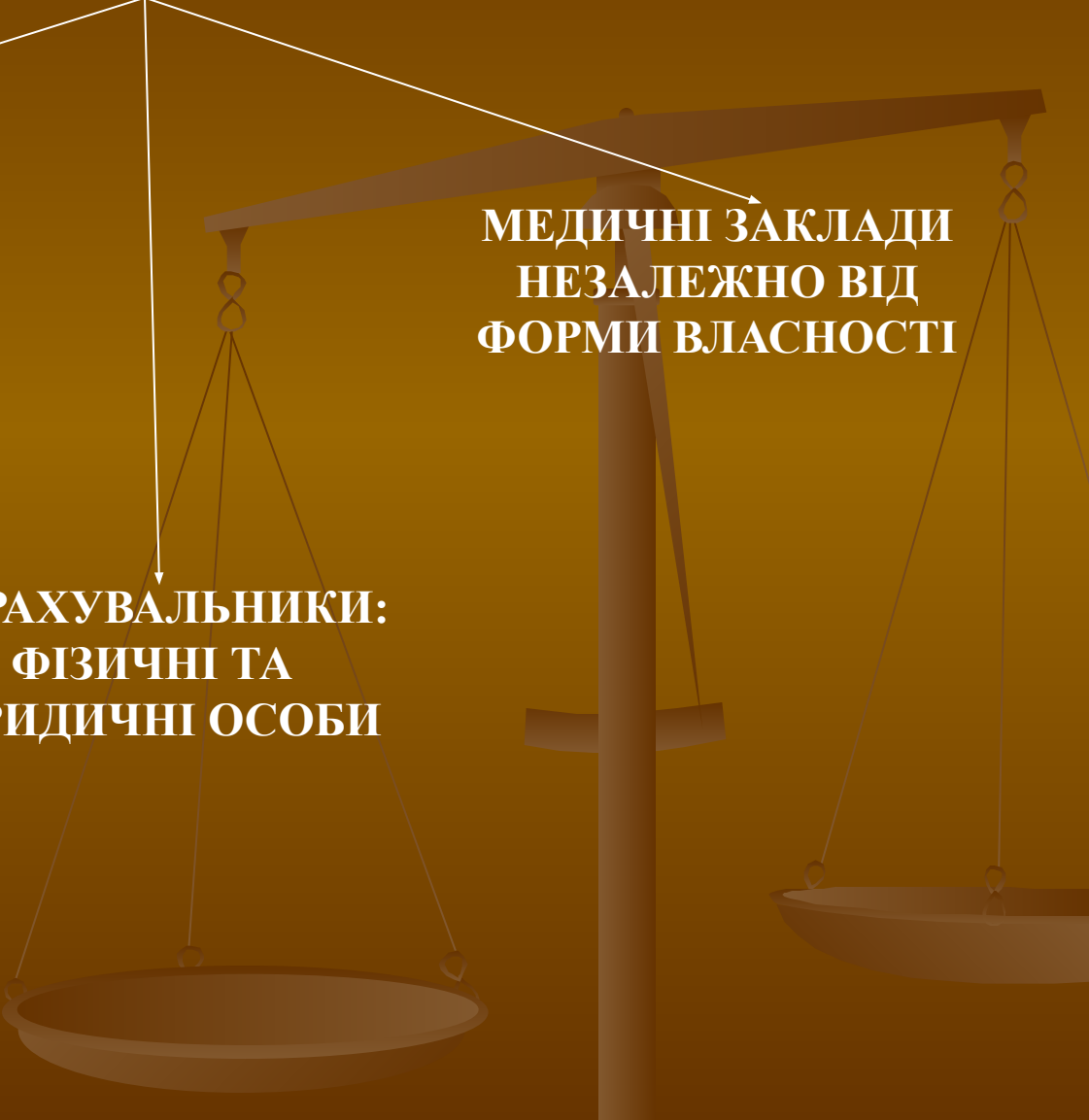
незалежні страхові організації, які мають статус юридичної особи і ліцензію держави на право здійснювати медичне страхування

СУБ'ЄКТИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

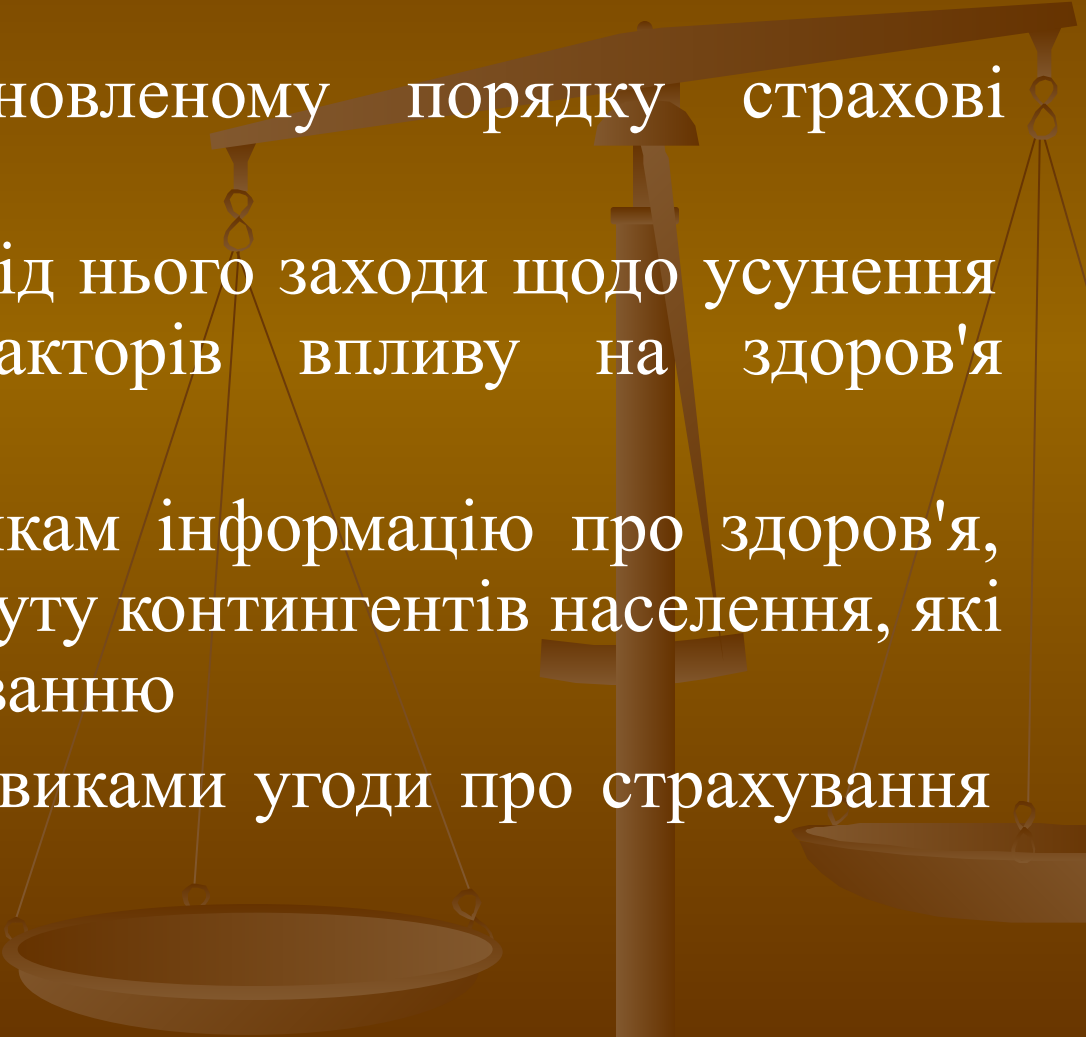
СТРАХОВІ КОМПАНІЇ, ЯКІ
МАЮТЬ ВІДПОВІДНУ
ЛІЦЕНЗІЮ

МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ
НЕЗАЛЕЖНО ВІД
ФОРМИ ВЛАСНОСТІ


СТРАХУВАЛЬНИКИ:
ФІЗИЧНІ ТА
ЮРИДИЧНІ ОСОБИ



СТРАХУВАЛЬНИК ЗОБОВ'ЯЗАНИЙ ЗГІДНО З УГОДОЮ

- Вносити у встановленому порядку страхові внески (платежі)
 - Вживати залежні від нього заходи щодо усунення несприятливих факторів впливу на здоров'я застрахованих
 - Надавати страховикам інформацію про здоров'я, умови праці та побуту контингентів населення, які підлягають страхуванню
 - Укладати зі страховиками угоди про страхування третіх осіб
- 

УМОВИ ДОГОВІРУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

- *найменування страхувальника*
 - *застрахованих*
 - *кількість застрахованих осіб*
 - *об'єкт страхування*
 - *обсяг страхової відповідальності (включаючи перелік медичних послуг згідно з програмою добровільного медичного страхування)*
 - *страхову суму*
 - *строк дії договору страхування*
 - *тарифні ставки*
 - *розмір страхових внесків*
 - *порядок їх сплати*
 - *умови й строки набуття договором чинності, а також його припинення*
 - *порядок визначення і виплати страхової суми*
 - *можливість і порядок зміни початкових умов договору страхування*
- 

ВИДИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Страхування здоров'я на випадок хвороби передбачає страхування медичних витрат на випадок конкретної хвороби, яка зазначається в договорі страхування. Наприклад, це можуть бути різні інфекційні хвороби, хвороби серцево-судинної системи, систем дихання. Договір страхування може укладатися стосовно якоїсь однієї хвороби або цілого ряду хвороб, що турбують страхувальника. У разі настання страхового випадку страхова сума або її частина виплачується застрахованій особі. Якщо правила страхування передбачають оплату страховиком надаваних застрахованому медичних послуг, то така оплата здійснюється за його розпорядженням

Безперервне страхування здоров'я передбачає поліклінічне обслуговування застрахованого (включаючи й аптечне), стаціонарне обслуговування, послуги невідкладної медичної допомоги, а також стоматологічну допомогу. Воно проводиться на випадок захворювання, яке триває не менш як два тижні. При цьому договори страхування укладаються на строк не менш як три роки. У разі настання страхового випадку передбачаються послідовні виплати застрахованому в межах терміну та місця дії договору страхування протягом періоду захворювання

НІМЕЧЧИНА

СТРАХОВІ КАСИ В НІМЕЧЧИНІ - це автономні організації, яким надано право встановлення ставки страхового внеску вище його базового рівня, розширення сфери медичних послуг вище базової програми, вибору форми взаєморозрахунків із лікувально-профілактичними закладами. Звідси їх повна фінансова незалежність від держави. Але це, у свою чергу, не значить, що страхові каси не є часткою системи охорони здоров'я Німеччини. Страхові каси є органічною невід'ємною частиною всієї системи охорони здоров'я, його підсистемою. Страхові каси тісно взаємодіють з урядом, в виконанні активної політики стримування росту вартості медичної допомоги, беручи на себе зобов'язання більш жорсткої системи взаєморозрахунків з медичними закладами, введенням доплат застрахованим та інше, в результаті чого страхові каси не є опонентами органів управління охороною здоров'я та розділяють із ними відповідальність за стан медичної допомоги населенню

НІМЕЧЧИНА



КРАЇНА	ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ	ОБОВ'ЯЗКОВЕ СТРАХУВАННЯ	ОСОБЛИВОСТІ СТРАХУВАННЯ
НІМЕЧЧИНА	<p><i>Система державного медичного страхування гарантує однаковий для всіх застрахованих осіб, визначений законодавством, основний рівень медичного обслуговування, незалежно від розміру заробітку чи віку застрахованої особи</i></p> <p><i>Застрахована у приватній лікарняній касі особа може самостійно визначати умови та обсяг медичного страхування</i></p> <p><i>Внески до приватних лікарняних кас залежать найчастіше від віку, а в окремих випадках — також і від ступеня ризику захворювання застрахованої особи</i></p> <p><i>Обсяг медичного обслуговування та розмір відшкодування витрат при страхуванні у приватних лікарняних касах визначаються у кожному конкретному випадку індивідуально</i></p>	<p><i>Державне медичне страхування Німеччини є загальнообов'язковим. Тобто, кожен найманий працівник, а також особи, які навчаються на виробництві підлягають обов'язковому державному медичному страхуванню і мають бути членами однієї з вільно обраних ними державних лікарняних кас. За певних умов обов'язковому державному медичному страхуванню підлягають особи, які отримують допомогу по безробіттю працівники сільського і лісового господарства та члени їх сімей, особи, які займаються мистецькою діяльністю, студенти, пенсіонери тощо.</i></p> <p><i>Держава визначає ставки страхових внесків, схему фінансування та організації медичної допомоги, бере участь у формуванні цін на медичні послуги, надає недержавним органам значні функції в управлінні системою з наданням їм прав представляти інтереси застрахованих та інтереси медичних працівників.</i></p>	<p><i>Є однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування; уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я, лише створює умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями</i></p>

ФРАНЦІЯ



КРАЇНА	ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ	ОБОВ'ЯЗКОВЕ СТРАХУВАННЯ	ОСОБЛИВОСТІ СТРАХУВАННЯ
ФРАНЦІЯ	<p><i>Існує мережа добровільного страхування і місцеві фонди соціальної допомоги. За рахунок останніх отримують медичне обслуговування незастраховані французи, число яких не перевищує 2%.</i></p> <p><i>У випадку отримання страхового поліса у приватній страховій компанії, вона, як і будь-яка страхова каса, оплачує госпітальні затрати та рахунки пацієнта за прийом лікарів. Перелік додаткових послуг варіюється та є предметом конкуренції між приватними страховими компаніями.</i></p>	<p><i>Ієрархія страхових кас, діє вертикальна система медичного страхування: могутня страхова організація - Національна страхова організація, яка знаходиться під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці й обіймає 78% населення.</i></p>	<p><i>У Франції існують Франції фермерські страхові компанії, але і вони, у цілому, підпорядковані загальним правилам, встановленим урядом. Ці фермерські та інші професійні страхові каси обіймають 12% населення</i></p>

ВЕЛИКОБРИТАНІЯ



КРАЇНА	ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ	ОБОВ'ЯЗКОВЕ СТРАХУВАННЯ	ОСОБЛИВОСТІ СТРАХУВАННЯ
ВЕЛИКОБРИТАНІЯ	<p><i>Добровільним медичним страхуванням в Англії займаються різні страхові компанії. Ведучу роль серед них займає страхова асоціація "БУЛА", виникла в результаті об'єднання невеликих страхових організацій. Прибуток, що отримується від страхових операцій "БУЛА" практично йде на розширення та модернізацію сітки комерційних медичних закладів. Ця сітка використовується як у рамках страхових програм, так і поза ними. Прибуток від комерційної діяльності медичних закладів у свою чергу підтримує медичне страхування, забезпечуючи фінансову стабільність "БУЛА".</i></p>	<p><i>Обов'язкове страхування охоплює практично всіх осіб, працюючих та службовців по договору найму та невеликим винятком. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я за винятком непрацюючих жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до страхування по добровільним програмам. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності в зв'язку із хворобою</i></p>	<p><i>Страхові програми добровільного медичного страхування розгалужуються тільки на ту частину діяльності державних медичних закладів, яка виходить за рамки суспільних зобов'язань. Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я.</i></p>

ШВЕЦІЯ



КРАЇНА	ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ	ОБОВ'ЯЗКОВЕ СТРАХУВАННЯ	ОСОБЛИВОСТІ СТРАХУВАННЯ
ШВЕЦІЯ	<p><i>Лікарняне обслуговування, яке в Швеції розвинене найбільш широко, повністю безкоштовне для населення. Плата стягується лише за деякі види амбулаторного обслуговування, але вона завжди була невелика, що практично зняло будь-які фінансові обмеження доступу до медичних служб</i></p>	<p><i>Всезагальне обов'язкове медичне страхування було введено в 1955 році і обіймало всіх громадян віком до 16 років.</i></p> <p><i>Національна система соціального страхування - загальна й обов'язкова для всього населення країни.</i></p> <p><i>Особливо медичне та стоматологічне страхування є його невід'ємною частиною.</i></p> <p><i>Управління всією системою здійснюється 26 регіональними бюро соціального страхування.</i></p>	<p><i>Лікарняне обслуговування, яке в Швеції розвинене найбільш широко, повністю безкоштовне для населення.</i></p> <p><i>Приватна практика в Швеції ніколи не заборонялася, але попит на неї невеликий і відмічається тільки серед найбільш забезпечених жителів великих міст.</i></p>



КРАЇНА	ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ	ОБОВ'ЯЗКОВЕ СТРАХУВАННЯ	ОСОБЛИВОСТІ СТРАХУВАННЯ
США	<p><i>Серед приватних страхових компаній у США найбільш розповсюджені та відомі дві некомерційні страхові компанії: "Блу крос" та "Блу шилд". Вони проводять добровільне медичне страхування, що забезпечує оплату госпіталізації або лікарської амбулаторної допомоги та медичних послуг для клієнтів, які проживають в даному районі. Сьогодні діють чисельні асоціації цих товариств, що платять за всі види медичної допомоги</i></p>	<p><i>США існує дві урядові програми, які знаходяться на державному фінансуванні - це "Медікер" (для медичної допомоги літнім - після 65 років) і "Медікейд" (для безробітних, незаможних і деяких груп інвалідів).</i></p>	<p><i>У США біля 90 % американців користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на внески більше за 10 % сімейних прибутків</i></p> <p><i>Прихильність до ринку і приватного медичного страхування на контрактній основі, орієнтація медичної допомоги на оптимальний об'єм при мінімальних витратах пов'язана з наявністю в країні переважно "імігрантського" населення, з його роз'єднанням, корпоративністю профспілок.</i></p>

ЯПОНІЯ



КРАЇНА	ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ	ОБОВ'ЯЗКОВЕ СТРАХУВАННЯ	ОСОБЛИВОСТІ СТРАХУВАННЯ
ЯПОНІЯ	<p><i>Страхові поліси пропонують різні умови, від яких і залежить перелік медичних послуг, на які можна розраховувати. Типовий пакет медичної страховки здебільшого передбачає усі види амбулаторної допомоги, включаючи обстеження, аналізи, лікування у стоматолога, а також придбання ліків. Однак за лікування у стаціонарі, операції, пологи тощо доводиться платити окремо і чималі суми. Загалом, типова приватна страховка передбачає повернення 80% коштів для застрахованого та 70% коштів - для членів його родини. Державна страховка має приблизно ті самі умови.</i></p> <p><i>Видається медичний поліс здебільшого на 12 місяців, після чого термін його дії подовжують</i></p>	<p><i>Страховий поліс робітника видається тим, хто зайнятий у тому чи тому секторі трудової діяльності. Виробничих підприємств мають окрему страховку від нещасних випадків. Службовці державних підприємств та працівники муніципальних органів користуються додатковими системами</i></p>	

ВИДИ БЕЗОПЛАТНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

- *екстрена та невідкладна — на догоспітальному етапі станціями (відділеннями) швидкої медичної допомоги, фельдшерсько-акушерськими пунктами, лікарськими амбулаторіями, медичними формуваннями служби медицини катастроф (у разі виникнення надзвичайної ситуації), пунктами невідкладної медичної допомоги у стані, що загрожує життю людини*
- *первинна медична допомога*
- *амбулаторно-поліклінічна*
- *стаціонарна — у разі гострого захворювання та в невідкладних випадках, коли необхідне інтенсивне лікування, цілодобовий медичний нагляд та госпіталізація, в тому числі за епідемічними показаннями, дітям, вагітним та породіллям, хворим за направленням лікаря загальної практики/сімейного лікаря або лікаря-спеціаліста, медико-соціальних експертних комісій, лікарсько-консультаційних комісій*
- *невідкладна стоматологічна допомога (у повному обсязі — дітям, інвалідам, пенсіонерам, студентам, вагітним, жінкам, які мають дітей до трьох років)*
- *долікарська медична допомога населенню, що проживає в сільській місцевості*
- *санаторно-курортна допомога інвалідам і хворим у спеціалізованих та дитячих закладах оздоровлення*
- *дітям, що утримуються у будинках дитини*
- *контингенту хворих, що отримують медичну допомогу в рамках виконання державних програм*
- *пільговим категоріям населення, які визначені законодавством*
- *медико-соціальна експертиза втрати працездатності*

МЕДИЧНА ДОПОМОГА

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

надається в амбулаторних умовах лікарями загальної практики/сімейними лікарями, які працюють на рівні відповідної територіальної громади, і передбачає консультацію лікаря, діагностику та лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруень, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та санаторно-курортного лікування. До надання первинної медичної допомоги можуть залучатися також інші медичні працівники, які працюють під керівництвом лікаря загальної практики/сімейного лікаря. Обсяги та порядок надання первинної медичної допомоги встановлюються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я

ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

передбачає спеціалізовані медичні послуги, що у плановому порядку та у невідкладних (екстрених) випадках надаються в амбулаторних умовах та в лікарнях загального профілю і не включають високоспеціалізовані та високотехнологічні стаціонарні медичні послуги, що належать до рівня третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

ТРЕТИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

передбачає недоступні на рівні первинної та вторинної (спеціалізованої) допомоги високоспеціалізовані діагностичні та лікувальні медичні послуги, що надаються з використанням високотехнологічного та високовартісного обладнання за направленням служб вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги

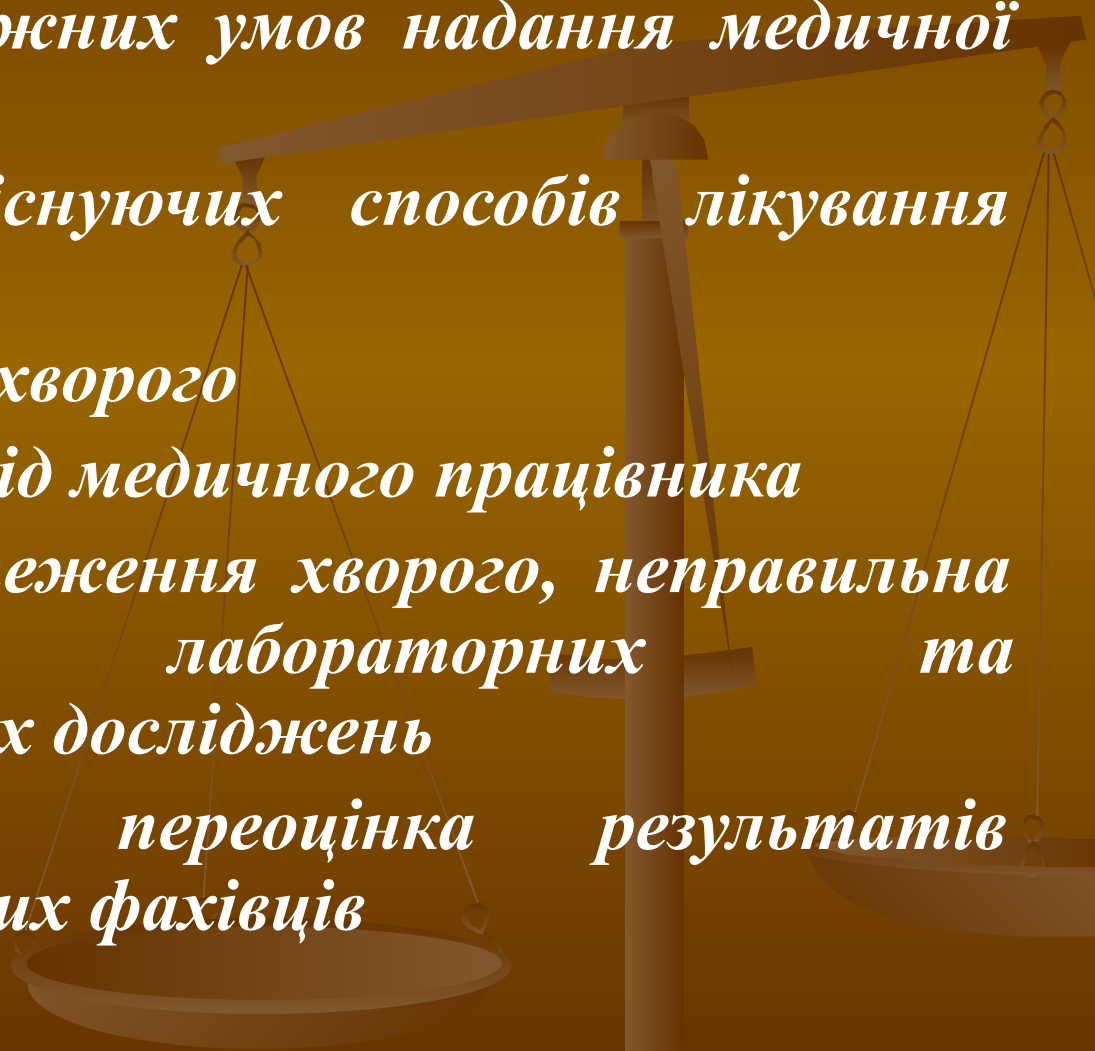
ЗАГАЛЬНІ УМОВИ МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

- *Медичне втручання допускається за наявності згоди на це дієздатного пацієнта, інформованого про стан свого здоров'я відповідно до статті 49 цього Закону, або особи, яка відповідно до законодавства має неповну цивільну дієздатність*
- *Щодо пацієнта віком до 14 років, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за письмовою згодою їх законних представників, поінформованих про стан здоров'я таких пацієнтів*
- *Порядок отримання згоди на медичне втручання, зокрема у випадках, що потребують письмової згоди, затверджується центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я*
- *Якщо відсутність письмової згоди на медичне втручання може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього про це письмове підтвердження, а у разі неможливості його одержання — засвідчити відмову від медичного втручання відповідним актом у присутності свідків*
- *У невідкладних випадках, при наявності реальної загрози життю пацієнта та неможливості отримання письмової згоди пацієнта або його законних представників на медичне втручання, медичні працівники повинні діяти виключно в інтересах врятування життя пацієнта*
- *Якщо відмову від медичного втручання дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органам опіки і піклування*

ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА

ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА — це дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, який характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак умисного або необережного злочину. З цього визначення випливає, що лікарська помилка виникає при добросовісному відношенні медика до своїх обов'язків, коли немає причин говорити про наявність ознак складу злочину. Лікарська помилка - достатньо поширене явище. Воно нерідко зустрічається в навчальній і науковій літературі, присвяченій медичному праву, організації охорони здоров'я, різним клінічним напрямкам медицини. Проблема полягає в тому, що, незважаючи на досить часте згадування, нерідко під одним і тим самим терміном різні автори розуміють різні явища. З позицій медичного права така ситуація є неприпустимою, оскільки повинні існувати єдиний методологічний підхід і єдині принципи правової оцінки лікарських помилок.

ОБ'ЄКТИВНІ, ТАК І СУБ'ЄКТИВНІ ЧИННИКИ ЛІКАРСЬКИХ ПОМИЛОК

- *відсутність належних умов надання медичної допомоги*
 - *недосконалість існуючих способів лікування захворювань*
 - *тяжкість стану хворого*
 - *недостатній досвід медичного працівника*
 - *недостатнє обстеження хворого, неправильна інтерпретація лабораторних та інструментальних досліджень*
 - *недооцінка або переоцінка результатів консультацій інших фахівців*
- 

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК — це дефект надання медичної допомоги, пов'язаний з випадковим збігом обставин, які лікар, діючи правомірно, в рамках посадових інструкцій і відповідно до прийнятих у медицині методів і способів лікування (діагностики), не міг передбачити і запобігти. Такий підхід до визначення нещасного випадку дозволить кваліфікувати подібний несприятливий результат медичного втручання і провести якісний правовий аналіз. Характерна особливість нещасного випадку в порівнянні з лікарською помилкою - правомірність дій лікаря, тобто відсутність в його діях критерію помилковості. В той же час, за результуючим чинником, це все ж таки дефект надання медичної допомоги.



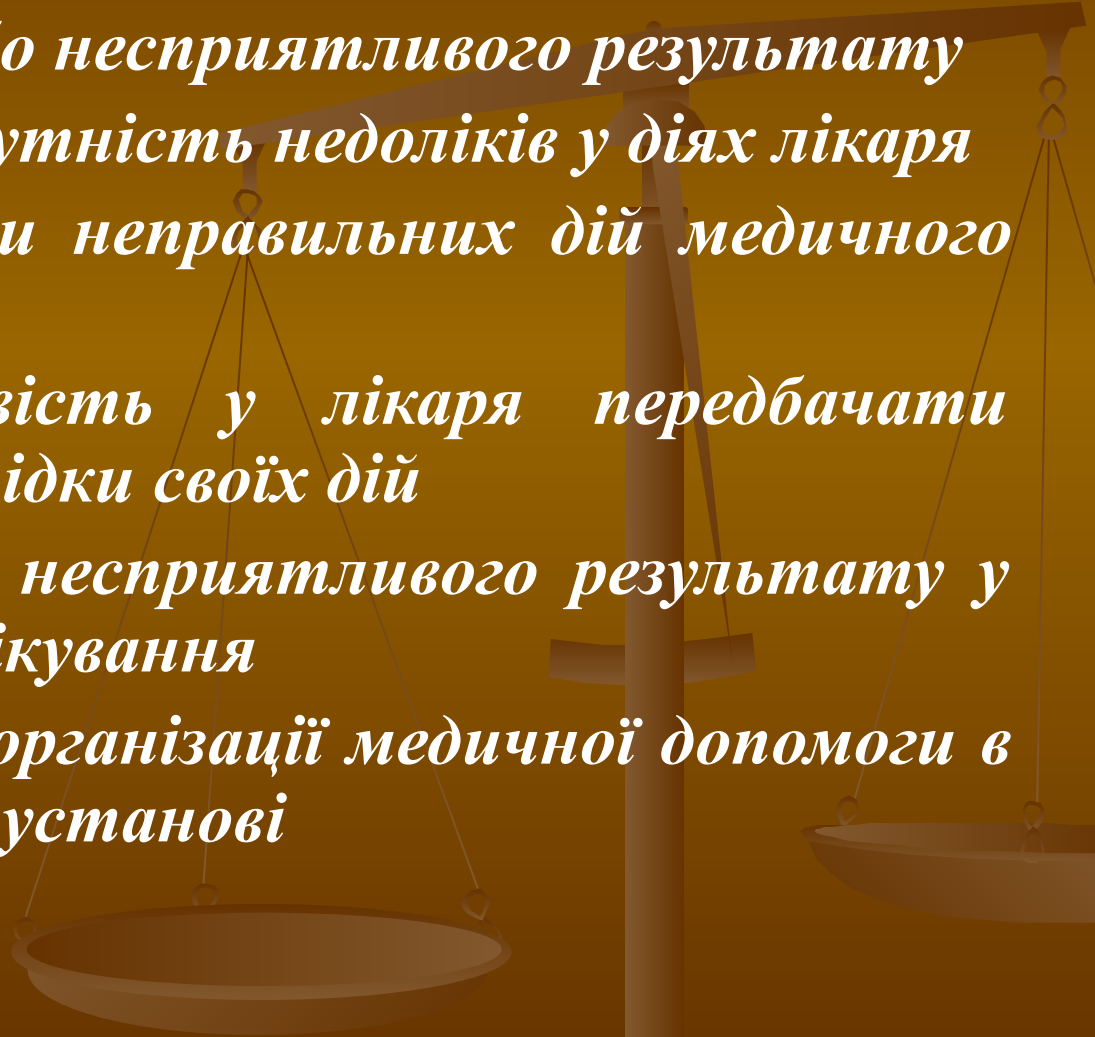
ТИПИ НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

- *незвична анатомічна будова або вроджені аномалії будови того або іншого органу (важливий чинник при проведенні інвазивних діагностичних досліджень, що супроводжуються проникненням крізь тілесну оболонку людини)*
- *атипове протікання захворювання у пацієнта, пов'язане з індивідуальними особливостями організму*
- *алергічні і токсичні реакції на діагностичні маніпуляції і введення лікарських засобів*
- *раптові зміни показників артеріального тиску (шок, колапс) в результаті індивідуальної психологічної або емоційної реакції на оперативне втручання (маніпуляцію) та ін*

ЗАГАЛЬНА ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ ПРИ РОЗГЛЯДІ ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОЛЯГАЄ В НАСТУПНОМУ:

- *Напрям органом, який призначив експертне дослідження, відповідних документів на проведення судово-медичної експертизи з приводу дефекту надання медичної допомоги у відповідну установу*
- *Розгляд комісією достатності і якості наданих матеріалів і питань, що підлягають експертному вивченню*
- *Складання плану проведення експертизи*
- *Безпосереднє дослідження об'єктів експертизи*
- *Складання експертного висновку*

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ, ЯКІ ПОВИННІ З'ЯСОВУВАТИСЯ В БІЛЬШОСТІ ВИПАДКІВ ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

- *причина смерті або несприятливого результату*
 - *наявність або відсутність недоліків у діях лікаря*
 - *конкретні причини неправильних дій медичного працівника*
 - *чи була можливість у лікаря передбачати несприятливі наслідки своїх дій*
 - *можливі причини несприятливого результату у разі правильного лікування*
 - *чи є порушення в організації медичної допомоги в певній лікувальній установі*
- 

ЛІТЕРАТУРА

- Берн І., Коен Дж., Езер Т., Оверал Дж., Сенюта І. Права людини у сфері охорони здоров'я: практичний посібник/ За наук. Ред.. І.Сенюти. – Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012. – 552 с.
- Братанюк Л.Є. Основи права і законодавства в охороні здоров'я: підручник. – 2-е вид. виправл. – К.: Медицина, 2011. – 544 с.
- Хміль І.Ю., Михайличенко Б.В., Артеменко О.І. Основи медичного законодавства України // Національний Медичний Університет ім.О.О. Богомольця. Кафедра судової медицини. – Київ – 2010р.
- Страхування в галузі охорони здоров'я: Навч. посіб. / І.Б. Дячук, І.Я. Сенюта, Х.Я. Терешко, І.І. Фуртак; за заг. ред. І.Я. Сенюти. – Львів: Вид-во ЛОБФ "Медицина і право", 2010. – 216 с.
- Конституція України (зі змінами, внесеними згідно із Законом N 2952-VI (2952-17) від 01.02.2011, ВВР, 2011, N 10, ст.68).
- Підручник «Медичне право України» - Стеценко С.Г. – 2009
- Стеценко С.Г., Сенюта І.Я. Законодавче забезпечення охорони здоров'я в Україні // Право України. - 2007.
- Прасов О.О., Стеценко С.Г. Право людини на медичну допомогу та прокурорські засоби його захисту в Україні: Навчальний посібник.- К., 2010. – 149с.
- www.tdmu.edu.ua – Інтернет.