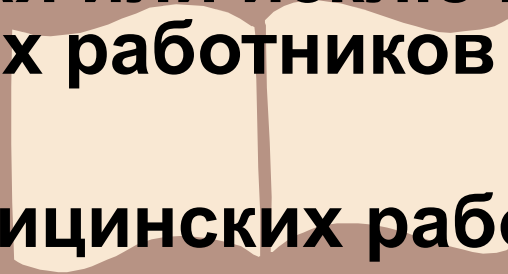


ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

ELMER'S PROPERTY DISCLOSURE STATEMENT (Page
(NOT A WARRANTY)
THE SELLER
following form. Do not leave any
of the questions when you provide
and such attachments
The information clearly does not
you are

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
3. Виды ответственности в медицине
4. Специфика Медицины Критических Состояний, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников



Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее - в сфере охраны здоровья), и определяет:

- 1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- 2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- 3) полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
- 4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- 5) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Глава 1. Общие положения

Глава 2. Основные принципы охраны здоровья

Глава 3. Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья

Глава 4. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Глава 5. Организация охраны здоровья

Глава 6. Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья

Глава 7. Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование

Глава 8. Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека

Глава 9. Медицинские работники и фармацевтические работники, медицинские организации

Глава 10. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Глава 11. Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья

Глава 12. Организация контроля в сфере охраны здоровья

Глава 13. Ответственность в сфере охраны здоровья

Глава 14. Заключительные положения

Статья 100. Заключительные положения

1. До 1 января 2016 года:

1) право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста;.....

Статья 69. Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности

Часть 1 статьи 69 настоящего Федерального закона вступает в силу с 1 января 2016 г.

1. Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие **свидетельство об аккредитации специалиста**.



Аккредитация

1. Первичная (студенты)
2. Повторная (врачи)

Нерешенные вопросы на сегодня для **повторной аккредитации:**

1. Кто будет осуществлять аккредитацию
2. Как будет осуществляться аккредитация



1. Настоящий Порядок устанавливает правила выбора медицинским работником, замещающим должность в медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее соответственно – образовательная программа, образовательная организация).

2. Выбор образовательной программы и образовательной организации осуществляется медицинским работником с использованием интернет-портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – интернет-портал), доступ к которому обеспечивается с использованием федеральной государственной информационной системы «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме» и Федерального регистра медицинских работников, ведение которого осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2013 г. № 1159н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2014 г., регистрационный № 32044).



ПОРТАЛ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО И
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ



Служба поддержки
[Написать письмо](#)

[ГЛАВНАЯ](#) [НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА](#) [СПЕЦИАЛИСТАМ](#) [ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ](#) [ОРГАНИЗАЦИЯМ](#) [ПОМОЩЬ](#) [КАРТА САЙТА](#)

УВАЖАЕМЫЕ ПОЛЬЗОВАТЕЛИ!

**ВАМ ДОСТУПНА НОВАЯ ВЕРСИЯ ПОРТАЛА НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ!**

**ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ НА ПОРТАЛ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО И
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ!**

Портал [edu.rosminzdrav.ru](#) – портал для специалистов в сфере здравоохранения,
обеспечивающий организацию и учет образовательной активности в рамках непрерывного медицинского
и фармацевтического образования



ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ



Для всех настоящих и будущих
специалистов системы
здравоохранения

ПЯТИЛЕТНИЕ ЦИКЛЫ ОБУЧЕНИЯ



Для специалистов, сертификация или
аккредитация которых прошла
ПОСЛЕ 01.01.2016

ОБУЧЕНИЕ ВНЕ ПЯТИЛЕТНИХ ЦИКЛОВ



Для специалистов, сертификация
которых прошла
ДО 01.01.2016

3. Для обеспечения выбора медицинским работником образовательной программы и образовательной организации на интернет-портале размещается список образовательных программ, реализация которых направлена на освоение знаний и приобретение умений и навыков для оказания медицинской помощи в

рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования на текущий финансовый год¹ (далее – список образовательных программ).

4. В список образовательных программ вносятся образовательные программы, реализуемые образовательными организациями с применением одной или нескольких образовательных технологий: стажировки, симуляционного обучения, дистанционных образовательных технологий и электронного обучения, а также образовательные программы, реализуемые в сетевой форме.

На интернет-портале размещается следующая информация об образовательной программе:

- наименование образовательной программы;
- продолжительность и форма реализации образовательной программы;
- специальность (специальности) медицинских работников, на обучение которых направлена образовательная программа;
- краткое содержание образовательной программы;
- сведения о стажировке, симуляционном обучении, дистанционных образовательных технологиях и электронном обучении в ходе реализации образовательной программы;
- сведения о реализации образовательной программы в сетевой форме.

5. Выбор образовательной программы и образовательной организации осуществляется медицинским работником, обучение которого включено в заявку медицинской организации на включение в план мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования² (далее – медицинский работник).

6. В целях осуществления выбора образовательной программы и образовательной организации медицинский работник:

- проходит регистрацию на интернет-портале;
- осуществляет выбор образовательной программы из списка образовательных программ;

- создает предварительную заявку для зачисления на обучение по выбранной образовательной программе (далее – предварительная заявка), доступную для распечатывания на бумажном носителе;

- согласовывает с руководителем медицинской организации (далее – работодатель) выбранную образовательную организацию, а также сроки обучения и тематику образовательной программы;

- предоставляет работодателю заявление о направлении на дополнительное профессиональное образование по программе повышения квалификации в образовательную организацию³ с приложением предварительной заявки, распечатанной на бумажном носителе.

7. В случае включения обучения медицинского работника в план мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, работодатель заключает с образовательной организацией договор об образовании на обучение по дополнительной профессиональной образовательной программе⁴.

ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД 2016-2021 гг.:

НМО и аккредитация (108 + 36 кред. или часов)

Врачи (~120 тыс. ежегодно), у которых сертификат оканчивается	2016 кредиты	2017 кредиты	2018 кредиты	2019 кредиты	2020 _к кредиты	2021 кредиты	2022 кредиты	2023 кредиты	2024 кредиты
в 2016 г.	144 или 108+36	50	50	50	50	50	50	50	50
в 2017 г.		144 или 108+36	50	50	50	50	50	50	50
в 2018 г.			144 или 108+36	50	50	50	50	50	50
в 2019 г.				144 или 108+36	50	50	50	50	50
В 2020 г.					144 или 108+36	50	50	50	50



- сертификация



- аккредитация



государственный медицинский
университет
The Volgograd State Medical University

Главная ▾ Университет ▾ Абитуриенту ▾ Студенту ▾ Работнику ▾ Выпускнику ▾ Наука ▾

Абитуриенту Кафедры Расписание Клиники Диссоветы Студсовет Видео О ВолгГМУ

[Главная страница](#) » [Новости сайта](#) » [Сертификация специалистов здравоохранения продолжается](#)

Лента новостей

ВСЕ НОВОСТИ

РУБРИКИ

Сертификация специалистов здравоохранения продолжается



29 декабря 2015 г. Президент Российской Федерации В. В. Путин подписал [Федеральный Закон № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»](#), которым внесены изменения в статьи 69 и 100 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Как указано в сообщении [на официальном сайте Министерства здравоохранения](#), сертификаты специалиста будут выдаваться медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 г., а соответственно право на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности на территории Российской Федерации на основании сертификата специалиста пролонгировано до 1 января 2026 года.

Координацию работ по организации и проведению сертификационного экзамена в ВолгГМУ осуществляет [межкафедральный центр сертификации специалистов \(МЦСС\)](#). За 2015 год в наших сертификационных комиссиях успешно сдали экзамен более 3900 практикующих специалистов по 67 специальностям, а также 696 клинических интернов по 28 специальностям и 183 ординатора по 39 специальностям. Экзамен проводится в соответствии с приказом Минздрава России от 29 ноября 2012 г. № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста». Накопленный опыт будет использован для организации и проведения аккредитации медицинских и фармацевтических работников, которая начнет действовать с 2016 года в отношении выпускников стоматологического и фармацевтического факультетов.

Директор МЦСС А. Н. Голубев

Полезные ссылки

1. [Федеральный закон № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»](#)
2. [Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с изменениями и дополнениями](#)

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

врача _____

Период обучения:
с « ____ » _____ по « ____ » _____

Фамилия, имя, отчество	
Адрес	
Телефон контакта	
ЛПУ (адрес)	
Структурное подразделение	
Занимаемая должность	
Руководитель ЛПУ	

Содержание плана (составляется на каждый год обучения)
_____ указать год обучения

№ п/п	Вид НПР	Дата проведения	Количество кредитов

Руководитель ЛПУ _____
расшифровка подписи

Промежуточная форма отчета (за год обучения)
(заполняется в двух экземплярах: один экземпляр остается в индивидуальном плане НПР; второй экземпляр предоставляется в отдел кадров ЛПУ)

Ф. И. О. _____
ЛПУ _____
Структурное подразделение _____
Должность _____

Ф. И. О. руководителя ЛПУ _____
Общее количество кредитов _____

Я подтверждаю, что представленная отчетная форма является верной.

Кредиты набраны в период с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

Личная подпись _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Итоговая форма отчета (за пять лет обучения)
(заполняется в трех экземплярах: один экземпляр предоставляется в отдел кадров ЛПУ; второй экземпляр – в аттестационную комиссию министерства здравоохранения и социального развития Самарской области; третий экземпляр остается в индивидуальном плане НПР)

Ф. И. О. _____
ЛПУ _____
Структурное подразделение _____
Должность _____
Ф. И. О. руководителя ЛПУ _____
Общее количество кредитов _____

Я подтверждаю, что представленная отчетная форма является верной.

Кредиты набраны в период с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

Личная подпись _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Число кредитов, набранных врачом _____ по результатам участия в обучающих мероприятиях в _____ году (пример)

№ п/п	Вид мероприятия НПР или программы последипломного обучения	Подтверждающий документ	Количество кредитов за мероприятие
1.	Повышение квалификации на цикле тематического усовершенствования (72 часа)	Удостоверение	36
3.	Участие в работе региональной конференции «Актуальные вопросы детской иммунопатологии»	Сертификат участника Серия 10 № 0533	2
4.	Участие в работе XIV Всероссийского конгресса педиатров «Актуальные вопросы педиатрии»	Сертификат участника серия 10 № 0694	3
5.	Публикация научной статьи в журнале «Вопросы практической педиатрии» (издание включено в перечень ВАК)	Копия статьи из журнала	6
6.	Публикация тезисов доклада в центральных изданиях, журнал «Человек и лекарство» (г. Москва)	Копия тезисов из журнала	1
ИТОГО КРЕДИТОВ ЗА ГОД			48





Уважаемые коллеги!

Всего несколько недель осталось до старта региональной Школы Федерации анестезиологов и реаниматологов. Это событие пройдет 11-12 ноября 2016 года в КВЦ «ВертолЭкспо» по адресу: г. Ростов-на-Дону, пр. М. Нагибина, 30.

«Школа ФАР» станет важным дополнительным элементом обязательного непрерывного медицинского образования (НМО), и будет проводиться на регулярной основе в разных регионах страны («регионарные Школы ФАР»), что поможет специалистам соответствовать самому высокому профессиональному.

Основные задачи Школы:

Предоставление возможности врачам и молодым специалистам, живущим в регионах, получать передовые знания для повышения эффективности диагностики и лечения заболеваний, снижения показателей смертности.

Внедрение в практику российских врачей единых технологических стандартов диагностических исследований, единых подходов, основанных на успешной медицинской практике и современных технических и научных достижениях в области анестезиологии и реаниматологии.

Повышение уровня квалификации специалистов и качества медицинской помощи в регионах.

Миссия школы – способствовать превращению образования российских врачей в непрерывное, инновационное, отвечающее самому высокому профессиональному стандарту и запросам практического здравоохранения.

Как и каждое научное мероприятие, целью которого является развитие специальности, Школы ФАР станут оживлённой площадкой для дискуссий. Теоретическая и практическая части программы, объединившие в себе самые актуальные проблемы отрасли и передовые технологии, будут сопровождаться: лекциями, докладами, семинарами, мастер-классами.

Несмотря на серьёзную работу по формированию программы и подбору преподавателей, мы, Оргкомитет мероприятия, понимаем, что главная ценность Школы ФАР – общение с профессионалами. Поэтому мы стремимся максимально расширить количество, географию и профессиональный состав участников. Вопросы, которые будут обсуждаться на площадках мероприятий, делают их интересным для широкого круга специалистов.

Для того чтобы сделать мероприятие по-настоящему эффективным и плодотворным, нам не обойтись без помощи региональных руководителей подразделений ФАР, руководителей ассоциаций, ректоров медицинских университетов. Предлагаем объединить усилия, направленные на развитие отрасли, и обращаемся к Вам с просьбой оказать информационную поддержку предстоящему мероприятию. Это будет иметь огромную ценность и позволит увеличить не только количество, но и уровень заинтересованности событием – ведь Ваши рекомендации пользуются большим авторитетом у специалистов. Не менее важным нам представляется и непосредственное присутствие на Школах ФАР руководства ассоциаций, медицинских университетов, подразделений ФАР.

Будем рады, если Вы разделите наши стремления и поддержите региональные школы Федерации анестезиологов и реаниматологов.

По всем вопросам, связанным с проведением и участием в форуме, обращайтесь к официальному конгресс-оператору «СТО Конгресс»: Обухова Лилия, +7-(495)-960-21-90, доб.140, far-school@ctogroup.ru

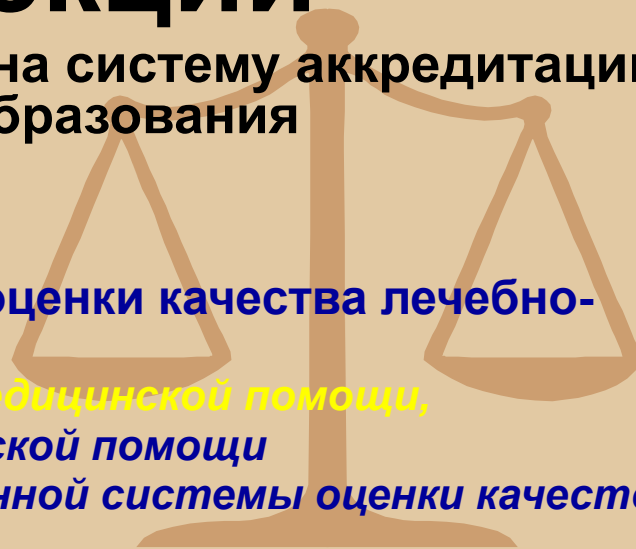


РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ
ФЕДЕРАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ

www.far-school.ru

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
 - 2.1. Медико-организационные аспекты оценки качества лечебно-профилактических мероприятий.
 - 2.1.1. Система оценки качества оказания медицинской помощи,
 - 2.1.2. Стандартизация в оказании медицинской помощи
 - 2.1.3. Нормативная база внутриведомственной системы оценки качества медпомощи
 - 2.1.4. Трудности в работе системы оценки качества оказания медпомощи.
 - 2.1.5. Унифицированная терминология при оценке качества медицинской помощи
 - 2.2. Виды дефектов лечебно-профилактических мероприятий.
 - 2.3. Причины дефектов лечебно-профилактических мероприятий.
3. Виды ответственности в медицине
4. Специфика МКС, сокращающая или исключая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников



Зоны интереса медицинского права

- оказание медицинской помощи,
- оценка качества оказания медицинской помощи,
- ответственность за некачественное оказание медицинской помощи

оценка качества лечения производится:

- в конкретном медицинском случае,
- когда имеется необходимость оценить комплексное состояние лечебно-профилактической помощи в медицинском учреждении (этапе медицинской эвакуации),
- когда имеется необходимость оценить комплексное состояние какого-либо направления медицинской деятельности.

Организации проводящие экспертную оценку

- лечебные учреждения,
- органы управления здравоохранением,
- страховые компании,
- медико-социальные экспертные комиссии,
- бюро судебно-медицинской экспертизы.

Внутриведомственная система оценки качества оказания медицинской помощи

- 1 уровень – заведующий отделения,
- 2 уровень – КЭК или КИЛИ лечебного учреждения,
- 3 уровень - КЭК или КИЛИ районного, городского, областного (краевого, республиканского) органа управления здравоохранения

Схема работы КЭК

При **не летальных** исходах оценка качества лечения проводится путем сопоставления всей медицинской документации, относящейся к пациенту.

Затем в ходе заседаний КЭК (лечебно-контрольных комиссий) выявленные осложнения или дефекты уточняются и административно утверждаются.

При этом возможна передача материалов в прокуратуру.

Схема работы КИЛИ

При **летальных** исходах оценка качества лечения проводится путем сопоставления всей медицинской документации, относящейся к умершему, с результатами патолого-анатомического или судебно-медицинского вскрытий.

Затем в ходе заседаний комиссий по изучению летальных исходов (лечебно-контрольных комиссий) выявленные осложнения или дефекты уточняются и административно утверждаются.

При этом возможна передача материалов в прокуратуру.

Клинико-Экспертная Комиссия

-

Комиссия по Исследованию Летальных Исходов

КЭК или КИЛИ - это утвержденный приказом орган, который имеет полномочия проводить экспертную оценку и принимать решения.

Для решения экспертных вопросов в узких специальностях могут привлекаться эксперты.

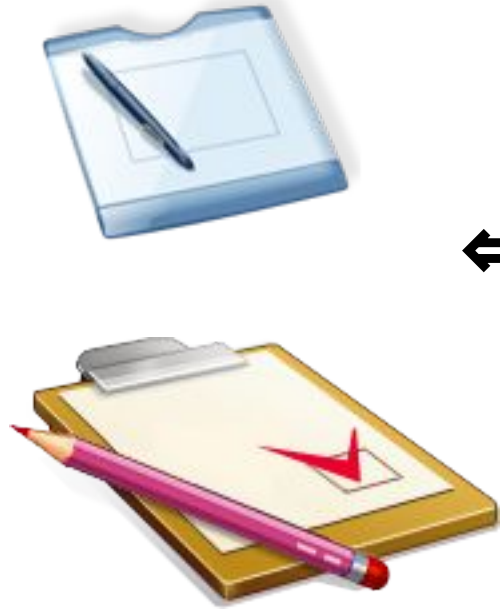
Эксперт КМП

Эксперт КМП - это высококвалифицированный врач по определенной медицинской специальности, владеющий технологией сбора информации о состоянии КМП и нормативно-правовой базой, регулирующей назначение, производство и использование результатов экспертизы КМП, способный подготовить мотивированное заключение по существу поставленных перед ним вопросов, регулярно принимающий участие в производстве экспертизы КМП.

В задачи эксперта входит:

- выявление врачебных ошибок,
- описание их реальных и возможных следствий, выяснение причин возникновения врачебных ошибок,
- оформление обоснованного (мотивированного) заключения,
- составление рекомендаций по предотвращению типичных врачебных ошибок.

Медицинская
документация
больного



Врачебная комиссия



**РЕШЕНИЕ
КОМИССИИ**

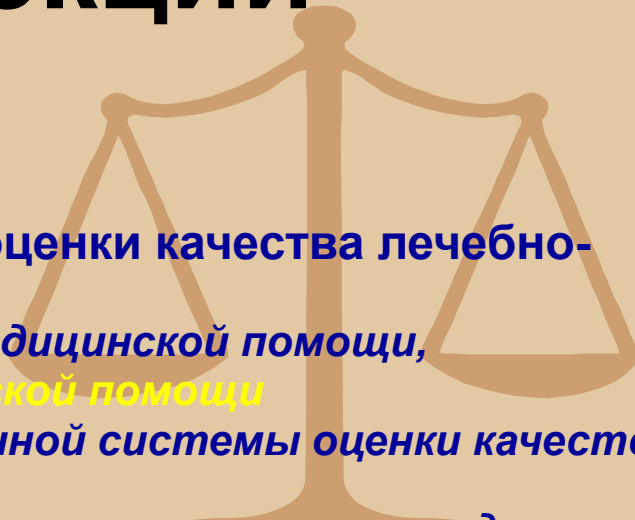
Эксперт



Нормативная
документация
федерального и
регионального
уровней по
экспертизе

«Стандарты» -
протоколы ведения
больного

План лекции



1. Введение

2. Оценка качества лечения

2.1. Медико-организационные аспекты оценки качества лечебно-профилактических мероприятий.

2.1.1. Система оценки качества оказания медицинской помощи,

2.1.2. Стандартизация в оказании медицинской помощи

2.1.3. Нормативная база внутриведомственной системы оценки качества медпомощи

2.1.4. Трудности в работе системы оценки качества оказания медпомощи.

2.1.5. Унифицированная терминология при оценке качества медицинской помощи

2.2. Виды дефектов лечебно-профилактических мероприятий.

2.3. Причины дефектов лечебно-профилактических мероприятий.

3. Виды ответственности в медицине

4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников



5. Организация защиты медицинских работников

- **Стандарт это – подробный план лечения того или иного заболевания с обязательным исполнением всех пунктов.**
- **Протокол это – подробный план лечения того или иного заболевания с возможностью отклонения от обязательного выполнения всех пунктов в зависимости от клинической ситуации, которую невозможно предусмотреть и описать все варианты.**

Документы по стандартизации медицинской помощи

1. протоколы ведения больных,
2. стандарты медицинской помощи

протоколы ведения больных

Правовая основа:

1. *Приказ МЗ РФ от 3 августа 1999 г. №303 О ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА "ПРОТОКОЛЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ" (действует)*
2. *НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «ПРОТОКОЛЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. Общие положения» ГОСТ Р 52600-2006, Дата введения 2007-10-01 (Документ утратил силу)*
3. *НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ) Общие положения» ГОСТ Р 56034-2014 (действует)*

В всех случаях прописывается **стандарт оформления протокола ведения больного**, а не стандарт помощи!

Где взять?

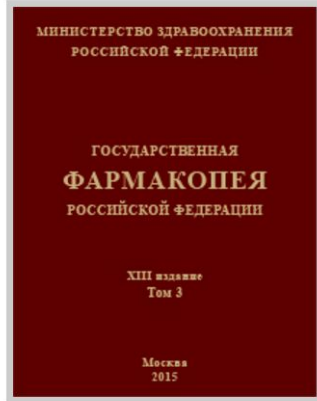
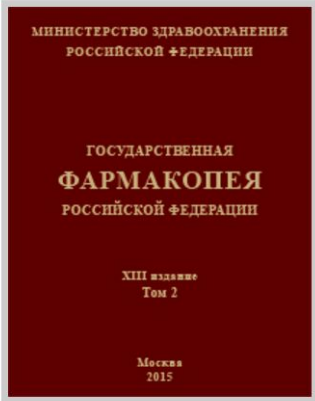
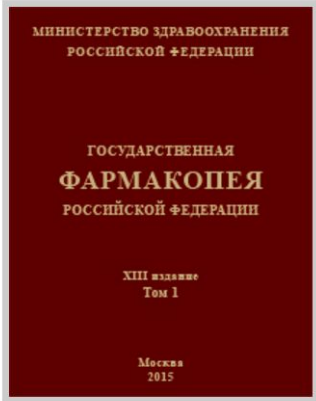
ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА
Министерство здравоохранения Российской Федерации

Личный кабинет Участники Контакты Помощь

Все базы Простой Расширенный Профессиональный

Подключить удаленные базы

ФАРМАКОПЕЯ



Том 3

О ФЭМБ

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) входит в состав единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в качестве справочной системы

193.232.7.120/feml/clinical_ref/pharmacopoeia_3/HTML

АудиоВидео Гамки Инет Чистилки Интранет ГУГЛ 9:57 08.11.2016

Комитет по здравоохранению
Администрации Волгоградской области
Волгоградский государственный медицинский университет

ПРОТОКОЛЫ

ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

*Методические указания
по интенсивной терапии
и организации анестезиолого-реанимационной
службы Волгоградской области*

Волгоград 2007

Второй тип документов - это стандарты выполнения тех или иных медицинских технологий

как проводить операцию, делать инъекцию, измерять артериальное давление и т.д.

в "Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении" зарегистрировано порядка 10-15 тыс. наименований услуг, и все они должны быть стандартизованы.

**КАК БУДЕМ
ЛЕЧИТЬ?**

ПИК ГРУППА КОМПАНИЙ ПИК ДОМА ПОСТРОЕНЫ НОВЫЕ КОРПУСА

жилой район «ЯРОСЛАВСКИЙ» г. Мытищи

ВЫБРАТЬ КВАРТИРУ

Прямая речь

На помощь! ¹

Министр здравоохранения Вероника Скворцова: Медицина не может опаздывать

Текст: [Ирина Невинная](#)

05.09.2014, 01:00



Версия для печати



1 МАРТА 2015

ВСТУПАЮТ В СИЛУ

- Получить кредит станет сложнее
- Дача - по новым правилам
- Государство проконтролирует цены на лекарства

ЖК "Западное Кунцево"

Клубный жилой комплекс на Западе

медицинской помощи, чтобы никто не подвергался строго следит за тем, как эти соблюдаются.

Расходы на здравоохранение стремительно растут. Поэтому правительства разных стран проводят реформы, стараясь сдержать этот рост, сохранив доступность медицины

Некоторые эксперты утверждали, что одних порядков недостаточно, ведь они не описывают того, что собственно должен делать врач - как ему лечить больного?

Вероника Скворцова: Они абсолютно правы. Для врача необходимы другие документы - клинические рекомендации, или протоколы лечения. Во всех развитых странах они существуют на национальном уровне. Кроме того, есть и международные протоколы. Так, до моей работы в министерстве я работала в Европейской и Всемирной группах по написанию протоколов лечения при сосудистой патологии мозга и инсультах. Эти протоколы являлись базовыми для специалистов во многих странах.

Нужно отметить, что на протяжении почти 30 последних лет в нашей стране не было единых национальных протоколов лечения. По некоторым медицинским профилям протоколов вообще не существовало, по другим - не было единообразия: протоколы были написаны в нескольких вариантах для каждого заболевания в рамках различающихся между собой, а иногда - просто непримиримых позиций разных медицинских школ.



А для чего тогда нужны стандарты медицинской помощи?

Вероника Скворцова: В условиях отсутствия протоколов лечения и единой тарифной политики в 2010-11-х годах предполагалось, что разработка этих документов поможет на переходный период, частично заполнив пустоты в стандартизации по всем основным направлениям - качеству медпомощи, эффективности работы врачей, потребности в гарантированных лекарствах и финансовых ресурсах. Это был важный этап, начало системных преобразований в здравоохранении.

▲ Наверх

Таким образом, мы начали формировать нормативную базу, вводящую для всех регионов России единые принципы тарифной политики и единые методы оплаты медицинской помощи.

Вероника Скворцова: Конечно, медицинская помощь всегда индивидуализирована. Я согласна с тем, что работа врача - одна из самых творческих, "сплав науки, ремесла и искусства". При этом стандартизация в нашем деле необходима, она отнюдь не "тормоз" в развитии. Напротив, она позволяет сделать качественную медицину более доступной.

Но стандартизация должна быть системной: это и единые требования к качеству медпомощи, формализованные в виде Порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения), и единые принципы организации лечения и маршрутизации больных, и единые перечни гарантированных государством лекарств и медизделий. Сюда же входят финансово-экономические нормативы и стандартизированные методы оплаты. Все это помогает достигать качественной помощи при сохранении ее доступности для всех граждан страны.

Сейчас мы считаем грубой ошибкой госпитализацию больных с инфарктами, инсультами в обычные стационары, а не специализированные межрайонные центры

Но можно ли предъявлять общие требования к организации медицинской помощи, если регионы и учреждения так друг от друга отличаются?

Вероника Скворцова: Наш опыт говорит о том, что не только возможно, но и необходимо.

В 2011-13-х годах мы провели модернизацию здравоохранения: создавали условия для внедрения на всей территории страны самых современных медицинских технологий.

между собой, а иногда - просто непримиримых позиций разных медицинских школ.



Вероника Скворцова: Конечно, медицинская помощь всегда индивидуализирована. Я согласна с тем, что работа врача — одна из самых творческих. Фото: **Сергей Гунеев / РИА Новости** www.ria.ru

А для чего тогда нужны стандарты медицинской помощи?

Вероника Скворцова: В условиях отсутствия протоколов лечения и единой тарифной политики в 2010-11-х годах предполагалось, что разработка этих документов поможет на переходный период, частично заполнив пустоты в стандартизации по всем основным направлениям - качеству медпомощи, эффективности работы врачей, потребности в гарантированных лекарствах и финансовых ресурсах. Это был важный этап, начало системных преобразований в здравоохранении.

Разработанная в 2010 году модель стандартов представляет собой усредненный для каждого заболевания "прейскурант" на диагностику и лечение с обозначением средней востребованности в той или иной медицинской услуге, в том или ином лекарстве или изделии. Так, если в стандарте около услуги, лекарства или изделия стоит коэффициент востребованности 0,7, это означает, что этот компонент лечения применяется у 70% больных, страдающих данным заболеванием.

Стандарт не предназначен для использования врачом для принятия каких-либо решений по лечению конкретного больного. Индивидуальные особенности течения заболевания, разные схемы и тактики лечения он не учитывает. Их возможность лишь подразумевается по вариабельности потребностей в отдельных компонентах лечения. Мы никогда не сможем оценить по стандарту качество медицинской помощи, оказанной конкретному больному. Ведь, по стандарту невозможно сказать, относился больной к 30 или 70% (как в нашем примере), т.е. требовал он или нет конкретного компонента лечения. Кроме того, при наличии у больного сопутствующих заболеваний или присоединении в ходе болезни осложнений стандарт становится просто недостаточным и требует дополнений.

▲ Наверх

ВЛАСТЬ ЭКОНОМИКА В РЕГИОНАХ В МИРЕ ПРОИСШЕСТВИЯ ОБЩЕСТВО СПОРТ КУЛЬТУРА СПЕЦПРОЕКТЫ



Вероника Скворцова: Конечно, медицинская помощь всегда индивидуализирована. Я согласна с тем, что работа врача — одна из самых творческих. Фото: [Сергей Гунеев / РИА Новости](#) [www.ria.ru](#)

медицинской услуге, в том или ином лекарстве или изделии. Так, если в стандарте около услуги, лекарства или изделия стоит коэффициент востребованности 0,7, это означает, что этот компонент лечения применяется у 70% больных, страдающих данным заболеванием.

Стандарт не предназначен для использования врачом для принятия каких-либо решений по лечению конкретного больного. Индивидуальные особенности течения заболевания, разные схемы и тактики лечения он не учитывает. Их возможность лишь подразумевается по вариативности потребностей в отдельных компонентах лечения. Мы никогда не сможем оценить по стандарту качество медицинской помощи, оказанной конкретному больному. Ведь, по стандарту невозможно сказать, относился больной к 30 или 70% (как в нашем примере), т.е. требовал он или нет конкретного компонента лечения. Кроме того, при наличии у больного сопутствующих заболеваний или присоединении в ходе болезни осложнений стандарт становится просто недостаточным и требует дополнений.

Главное предназначение стандартов, как предполагалось, — это формирование на их основе программы госгарантий бесплатной помощи. Это был важный посыл, ведь бесплатная помощь для пациентов — не бесплатна для государства. Нельзя без необходимых ресурсов требовать качественного лечения.

После многих лет недофинансирования впервые в 2011 году законодательно было закреплено положение о том, что все гарантии в сфере охраны здоровья граждан должны быть финансово обеспечены по четкому расчету. Причем не по "безликим" койко-дням или посещениям поликлиники, а по реальным смысловым потребностям в лечении конкретных заболеваний.

То есть можно рассчитать общие расходы на гарантированную государством медпомощь?

Вероника Скворцова: Теоретически — да. Именно так и казалось в 2011 году. Но для для такого расчета необходимо стандартизировать 32 тысячи заболеваний, входящих в Международную классификацию болезней

ЧИТАЙТЕ ТАКЖЕ



Наверх

ФЗ 323, ГЛАВА 5

Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации. (в ред. Федерального [закона от 08.03.2015 N 55-ФЗ](#))

2. [Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.](#)

3. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

- 1) этапы оказания медицинской помощи;
- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

4. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с [номенклатурой медицинских услуг](#) и включает в себя [усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:](#)

План лекции

1. Введение

2. Оценка качества лечения

2.1. Медико-организационные аспекты оценки качества лечебно-профилактических мероприятий.

2.1.1. Система оценки качества оказания медицинской помощи,

2.1.2. Стандартизация в оказании медицинской помощи

2.1.3. Нормативная база внутриведомственной системы оценки качества медпомощи

2.1.4. Трудности в работе системы оценки качества оказания медпомощи.

2.1.5. Унифицированная терминология при оценке качества медицинской помощи

2.2. Виды дефектов лечебно-профилактических мероприятий.

2.3. Причины дефектов лечебно-профилактических мероприятий.

3. Виды ответственности в медицине

4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников

5. Организация защиты медицинских работников



Стандарты медицинской помощи.

Основанием для разработки таких документов является ГОСТ Р 52623-2006 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения с 01.07.2007

План лекции



1. Введение

2. Оценка качества лечения

2.1. Медико-организационные аспекты оценки качества лечебно-профилактических мероприятий.

2.1.1. Система оценки качества оказания медицинской помощи,

2.1.2. Стандартизация в оказании медицинской помощи

2.1.3. Нормативная база внутриведомственной системы оценки качества медпомощи

2.1.4. Трудности в работе системы оценки качества оказания медпомощи.

2.1.5. Унифицированная терминология при оценке качества медицинской помощи

2.2. Виды дефектов лечебно-профилактических мероприятий.

2.3. Причины дефектов лечебно-профилактических мероприятий.

3. Виды ответственности в медицине

4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников



5. Организация защиты медицинских работников

Основа для внутриведомственной оценки качества оказания медицинской помощи

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) ст. 48
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) ст. 59
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»

Медицинская
документация
больного



Нормативная
документация
федерального и
регионального
уровней по
экспертизе

Врачебная комиссия



**РЕШЕНИЕ
КОМИССИИ**

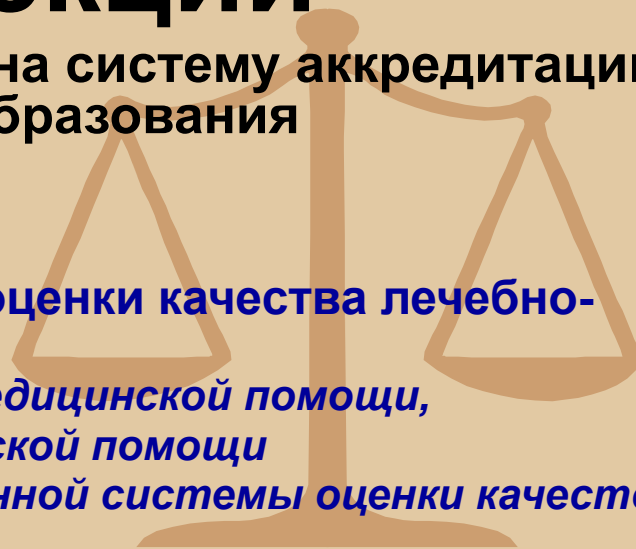
Эксперт



«Стандарты» -
протоколы ведения
больного

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
 - 2.1. Медико-организационные аспекты оценки качества лечебно-профилактических мероприятий.
 - 2.1.1. Система оценки качества оказания медицинской помощи,
 - 2.1.2. Стандартизация в оказании медицинской помощи
 - 2.1.3. Нормативная база внутриведомственной системы оценки качества медпомощи
 - 2.1.4. Трудности в работе системы оценки качества оказания медпомощи.
 - 2.1.5. Унифицированная терминология при оценке качества медицинской помощи
 - 2.2. Виды дефектов лечебно-профилактических мероприятий.
 - 2.3. Причины дефектов лечебно-профилактических мероприятий.
3. Виды ответственности в медицине
4. Специфика МКС, сокращающая или исключая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников

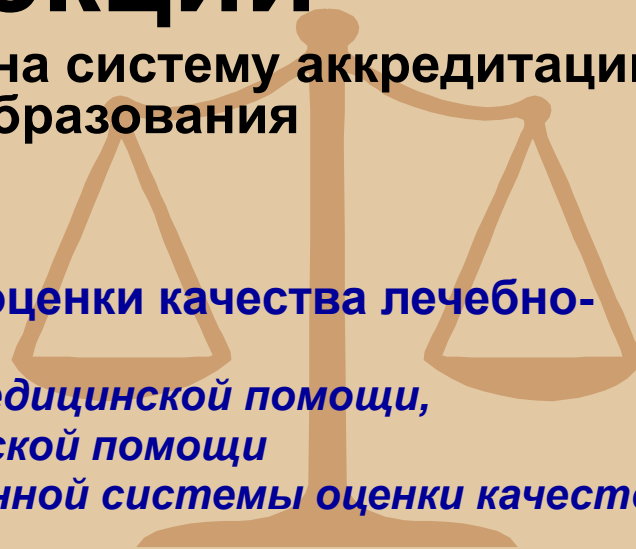


Проблемы разработки критериев оценки качества оказания медицинской помощи

1. отсутствие единого понятийного аппарата,
2. отсутствие четких параметров оценки качества лечения,
3. недостаточная подготовленность специалистов к единым подходам при решении экспертных вопросов.
4. существенное расширение спектра диагностических и лечебных вмешательств, при которых выявляются патологические процессы, ранее не встречавшиеся в клинической практике.

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
 - 2.1. Медико-организационные аспекты оценки качества лечебно-профилактических мероприятий.
 - 2.1.1. Система оценки качества оказания медицинской помощи,
 - 2.1.2. Стандартизация в оказании медицинской помощи
 - 2.1.3. Нормативная база внутриведомственной системы оценки качества медпомощи
 - 2.1.4. Трудности в работе системы оценки качества оказания медпомощи.
 - 2.1.5. Унифицированная терминология при оценке качества медицинской помощи
 - 2.2. Виды дефектов лечебно-профилактических мероприятий.
 - 2.3. Причины дефектов лечебно-профилактических мероприятий.
3. Виды ответственности в медицине
4. Специфика МКС, сокращающая или исключая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников



Основные термины

1. основное заболевание (повреждение),
2. комбинированное основное заболевание (повреждение),
3. сопутствующие заболевания,
4. осложнение основного заболевания,
5. непосредственная причина смерти,
6. инвалид,
7. дефект в проведении (оказании) лечебно-профилактических мероприятий,
8. профессиональное преступление,
9. ятрогения.

Основное заболевание (повреждение) -
нозологическая единица (или ее
эквивалент), соответствующая
классификации и номенклатуре болезней,
которая обусловила ведущее
расстройство здоровья.

Эквивалент нозологической единицы -
медицинские мероприятия,
обусловившие инвалидизацию или
наступление летального исхода.

Комбинированное заболевание – наличие у больного нескольких заболеваний (повреждений), как связанных между собой условиями возникновения, так и развившихся независимо друг от друга, но повлиявших через общие патофизиологические механизмы на возникновение инвалидизации или летального исхода

Комбинированное основное заболевание (повреждение) может содержать:

- конкурирующие заболевания (повреждения),
- сочетанные заболевания (повреждения),
- фоновые заболевания (повреждения).

Под **конкурирующими** заболеваниями (повреждениями) понимают нозологические единицы или их эквиваленты, каждая из которых сама по себе или через свои осложнения могут привести к инвалидизации или летальному исходу.

Сочетанными заболеваниями считаются нозологические единицы или их эквиваленты, которые в данной совокупности и в силу сочетанного негативного их влияния на организм могут обусловить инвалидизацию или наступление летального исхода.

Под **фоновыми** понимают такие заболевания, которые могут играть существенную роль в возникновении или неблагоприятном течении другого заболевания, явившегося причиной инвалидизации или смерти больного.

Сопутствующим заболеванием (повреждением) называют заболевание (повреждение), которое этиологически и патогенетически не связано с основным заболеванием или его эквивалентом и не оказывает существенного влияния на инвалидизацию или наступление летального исхода.

Осложнение основного заболевания - вновь возникшее патологическое состояние, не характерное для клинического течения основного заболевания и не являющееся следствием его прогрессирования, но существенно усугубляющее клиническое течение основного заболевания.

По отношению к срокам возникновения осложнения после медицинского вмешательства различают:

- ранние медицинские осложнения,
- поздние медицинские осложнения.

В случаях хирургических вмешательств осложнения классифицируются как:

- интраоперационные (возникающие во время операции),
- ранние послеоперационные (в течение нескольких дней),
- поздние послеоперационные (в течение нескольких недель).

Непосредственная причиной смерти
патологический процесс, синдром,
нозологическая единица, которые
приводят к необратимой дисфункции
жизненно важных органов (легких, сердца
или головного мозга) и развитию
терминального состояния,
завершающегося наступлением момента
клинической или биологической смерти.

*гражданин, признанный инвалидом - это
лицо, которое имеет нарушения
здоровья со стойким расстройством
функций организма, обусловленное
заболеваниями, последствиями или
дефектами, приводящее к ограничению
жизнедеятельности*

Дефект в проведении (оказании) лечебно-профилактических мероприятий - ошибочное действие (бездействие), медицинского персонала, выразившееся в неправильном оказании (неоказании) медицинской помощи, ошибочной диагностике заболеваний и неверном лечении заболевших (пострадавших).

В случае выявленного дефекта должны быть установлены:

- характер дефекта,
- его причина,
- влияние на исход,
- лица, допустившие дефект.

Профессиональное преступление

—

наличие умысла причинения вреда
больному, уголовно наказуемой
халатности, профессионального
невежества и преступной
невнимательности или небрежности
медицинских работников

Ятрогения (от греч. iatros – врач и genes – порождающий, вызывающий) – это дополнительная патология, причинение вреда здоровью при выполнении медицинских действий.

Ятрогения – неумышленный и зачастую неизбежный вред, наносимый пациенту вследствие общения с ним или воздействия на него, а также в результате бездействия медицинского персонала при профилактических, диагностических и лечебных мероприятиях.

Ятрогения – неблагоприятные изменения психического *состояния* и психогенные реакции, способствующие возникновению *неврозов*, возникающие в результате неправильных (неквалифицированных) действий врача, осуществляющего ненамеренное внушающее *воздействие* на пациента.

Основные аспекты ятрогении

- 1. ЯТРОГЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ
(согласно определению ВОЗ о нанесении вреда пациенту при профилактических и др. процедурах)
- 2. ЯТРОГЕНИЯ ОБЩЕНИЯ, как составная часть “деонтологии”.

Медико-правовая классификация ятрогений.

Ятрогении		
Виновный риск		Естественный риск
1-й тип	2-й тип	3-й тип
Влекущие уголовную ответственность или смешанную ответственность (в сочетании с гражданской)	Влекущие гражданскую ответственность	Не влекущие ответственности
Умышленное причинение вреда любой тяжести (ст. 105, 111, 112 УК РФ) Неосторожное причинение вреда: - по самонадеянности при причинении тяжкого и средней тяжести вреда здоровью (ст. 109, 118 УК РФ) - по небрежности при причинении смерти, тяжкого и средней тяжести вреда здоровью (ст. 109, 118 УК РФ) Причинение вреда здоровью в результате разглашения врачебной тайны (ст. 137, п. 2 УК РФ)	При неосторожном причинении легкого вреда здоровью При причинении вреда здоровью любой тяжести в условиях крайней необходимости (ст. 1067 ГК РФ) При причинении вреда здоровью ненадлежащим исполнением медицинской услуги (ст. 737, 739, 503, 783 ГК РФ) При причинении вреда здоровью вследствие недостаточной информации о медицинской услуге (ст. 732 ГК РФ) При причинении вреда здоровью ввиду неосуществления надзора за несовершеннолетними в лечебных учреждениях в момент причинения вреда (ст. 1073, 1074 ГК РФ)	При причинении вреда в результате несчастного случая как непрогнозируемого медицинского исхода (ст. 1064, п. 2 ГК РФ) При причинении вреда в результате несчастного случая, как объективного непреодолимого исхода (ст. 1064, п. 2 ГК РФ) При причинении вреда здоровью в условиях обоснованного правомерного риска (ст. 1064, п. 3 ГК РФ) При причинении вреда здоровью в условиях крайней необходимости (ст. 1067 ГК РФ) Причинение вреда здоровью при наличии умысла потерпевшего (ст. 1083, п. 1 ГК РФ)

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования

2. Оценка качества лечения

2.1. Медико-организационные аспекты оценки качества лечебно-профилактических мероприятий.

2.2. Виды дефектов лечебно-профилактических мероприятий.

2.3. Причины дефектов лечебно-профилактических мероприятий.

3. Виды ответственности в медицине

4. Специфика МКС, сокращающая или исключая виновность медицинских работников

5. Организация защиты медицинских работников



Классификация дефектов по месту проведении лечебно-профилактических мероприятий

- Дефекты внестационарного периода,
- Дефекты стационарного периода.

Дефекты внестационарного периода

1. дефекты в оказании медицинской помощи,
2. дефекты диагностики,
3. дефекты лечения,
4. дефекты эвакуации
5. прочие дефекты.

Дефекты в оказании медицинской помощи

- непроведение или запоздалое проведение, неправильное или непоказанное выполнение неотложных мероприятий медицинской помощи (в т. ч. реанимации),
- позднее направление больного (пострадавшего) на стационарное лечение,
- прочие дефекты в оказании медицинской помощи.

Дефекты эвакуации

- необоснованное оставление больного (пострадавшего) на месте происшествия,
- физиологически неправильная или непоказанная транспортировка больного (пострадавшего) в непрофильное лечебное учреждение,
- эвакуация не по назначению,
- непоказанная или поздняя эвакуация больного (пострадавшего) на этап оказания квалифицированной или специализированной медицинской помощи.

дефекты диагностики

- не распознавание основного заболевания (повреждения), или не установление комбинированного (конкурирующего, сочетанного, фонового) характера основного заболевания (повреждения).
- не распознавание ведущего (в случае летального исхода - смертельного) осложнения, поздняя диагностика основного заболевания (повреждения) или ведущего (в случае летального исхода - смертельного) осложнения.
- неправильная диагностика (недооценку тяжести) состояния вольного (пострадавшего), а также прочие дефекты диагностики.

Дефекты лечения

- несвоевременное (не в полном объеме проведенное) амбулаторное лечение,
- неправильное назначение лекарственных средств, других методов лечения,
- прочие дефекты лечения.
- возникновение неблагоприятных реакций или иных патологических процессов, связанных с проведенными больному лечебными мероприятиями.

Прочие дефекты

- неправильное (ошибочное) ведение медицинской документации,
- дефекты диспансеризации,
- дефекты, не вошедшие в вышеперечисленный перечень.

Дефекты стационарного периода

1. дефекты в оказании медицинской помощи,
2. дефекты диагностики,
3. дефекты лечения,
4. дефекты эвакуации
5. прочие дефекты.

Дефекты в оказании медицинской помощи

- непроведение (запоздалое проведение), неправильное или непоказанное выполнение в лечебном учреждении неотложных мероприятий квалифицированной и специализированной медицинской помощи, интенсивного лечения и реанимации.
- неправильная транспортировка тяжелобольных и пострадавших в стационаре,
- преждевременная выписка, поздняя госпитализация больного (пострадавшего),
- необоснованный отказ в госпитализации,
- прочие дефекты в оказании медицинской помощи, независимо от того, правильно или неправильно был установлен диагноз основного заболевания и ведущих осложнений. Например в "МКБ" (10-й пересмотр), в главе XX имеется параграф Y66 "Непредставление хирургической и терапевтической помощи. Преждевременное прекращение хирургической и терапевтической помощи".

дефекты диагностики

- не распознавание основного заболевания (повреждения), ведущего (в случае летального исхода - смертельного) осложнения,
- поздняя диагностика основного заболевания и ведущего осложнения,
- прочие дефекты диагностики.

Дефекты лечения

- неправильное проведение анестезиологического пособия при подготовке или во время хирургической операции;
- ошибки, допущенные в определении показаний и в ходе проведения оперативного вмешательства,
- а также непредвиденные неблагоприятные последствия лечебных и диагностических инструментальных мероприятий.
- ошибочная фармакотерапия (полипрагмазия, неправильная методика назначений, недоучет возможности побочных реакций, несовместимости препаратов и несвоевременное назначение лекарственных средств).

Дефекты эвакуации

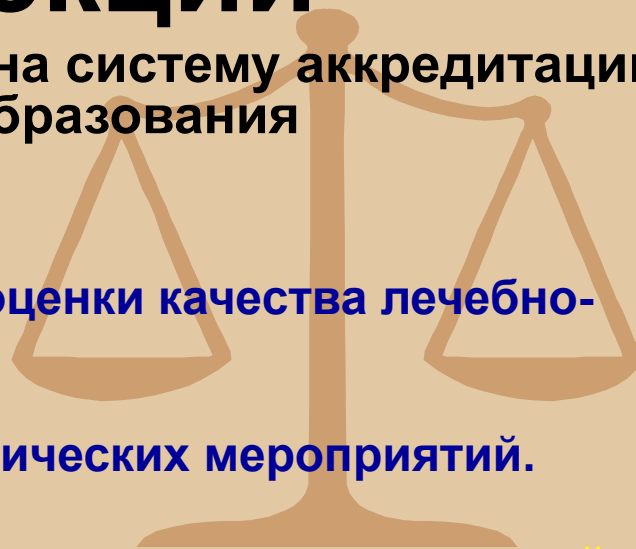
- ранняя (непоказанная) эвакуация в другой стационар,
- поздняя эвакуация в другой стационар,
- эвакуация не по назначению.

прочие дефекты

- неправильное экспертное заключение,
- различные недочеты в приеме, обследовании и лечении больных,
- недостатки в ведении историй болезни, температурных листов, карт анестезиологического и перфузиологического обеспечения операции, протоколов операции, анестезии и перфузии, переливания крови и другой медицинской документации, формулировании клинического диагноза и т.п.

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
 - 2.1. Медико-организационные аспекты оценки качества лечебно-профилактических мероприятий.
 - 2.2. Виды дефектов лечебно-профилактических мероприятий.
 - 2.3. Причины дефектов лечебно-профилактических мероприятий.
 - 2.3.1. Объективные причины дефектов,
 - 2.3.2. Субъективные причины дефектов.
3. Виды ответственности в медицине
4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников



Объективные причины дефектов

- недостатки в организации лечебно-профилактических мероприятий и в проведении диспансерного обследования;
- недостатки в работе врачебных комиссий,
- трудности в проведении лечебно-профилактических мероприятий, например, обусловленные тяжестью состояния больного (пострадавшего), а также его отказом от обследования.
- трудности в проведении диагностических мероприятий,

недостатки в организации лечебно-профилактических мероприятий на внестационарном этапе

- не проведение активного выявления больных, что приводит к позднему обращению за медицинской помощью;
- неправильная организация (или не проведение) амбулаторного приема и лечения больных;
- несоблюдение регламентированной системы диагностики заболеваний и их лечения;
- необоснованная многоэтапность при лечении;
- отсутствие преемственности в обследовании и лечении;
- отсутствие необходимого динамического клинического наблюдения;
- прочие недостатки.

Недостатки в проведении диспансерного обследования

- **непроведение или формальное проведение углубленных медицинских обследований;**
- **несоблюдение периодичности медицинских обследований;**
- **неполное (неполноценное) проведение (непроведение) регламентированного комплекса диагностических мероприятий,**
- **прочие недостатки.**

Объективные трудности в проведении лечебно-профилактических мероприятий

- тяжелое состояние больного, не позволяющее провести необходимые диагностические или лечебные мероприятия, или особые условия его обследования и лечения,
- кратковременность пребывания больного в стационаре,
- отсутствие необходимых средств диагностики и лечения.

Диагностические трудности

- локализация патологического процесса в анатомически смежных областях,
- выраженные деструктивные изменения в органах и тканях.
- ограничение диагностических возможностей метода обследования,
- несоблюдение больными (пострадавшими) показанного лечебного режима;

Субъективные причины дефектов

- установка на авторитетность и безошибочность своего диагноза,
- предвзятость мнения,
- повышенное самолюбие, тщеславие,
- избыточная самоуверенность,
- другие индивидуальные особенности характера медицинского работника (склонностью к пессимизму или к излишнему оптимизму).
- невнимательное отношение к больному;
- нарушение деонтологических принципов;
- недостаточная квалификация медицинского работника,
- самоустранение врача от осмотра и (или) лечения;
- отказ от консультаций специалистов и консилиумов врачей, ошибочное заключение консультантов.

Невнимательное отношение к больному:

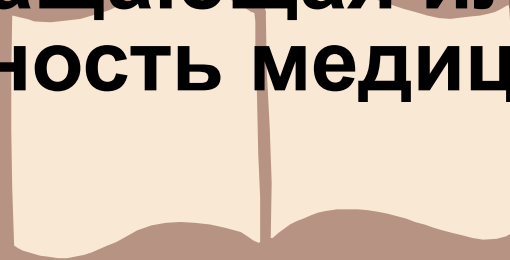
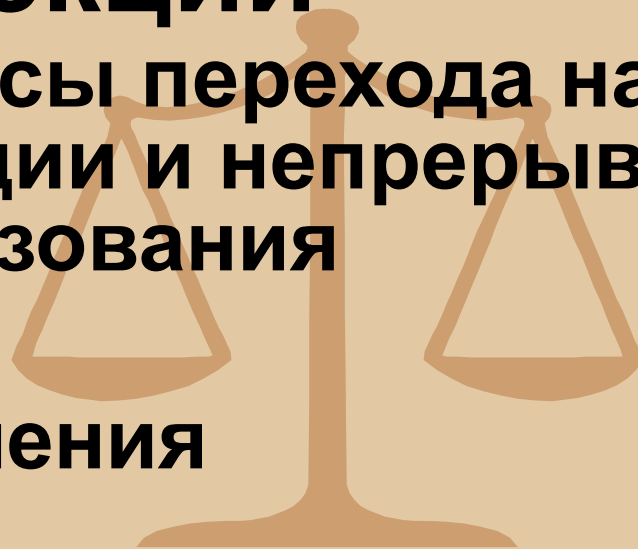
- отсутствие динамического наблюдения за больным,
- отсутствие контроля назначенного ему лечения (процедур),
- игнорирование жалоб больного.

«Недостаточная квалификация медицинского работника»:

- недостаточный уровень клинического мышления врача (в том числе незнание стандартных диагностических и лечебных приемов),
- невозможность объективно оценить и логично осмыслить значение выявленных клинических данных и сформулировать правильный диагноз на основании полученных клинических показателей.
- недостаточный уровень профессиональной (специальной) подготовки, включая малый клинический опыт и незнание возможных последствий конкретных методов диагностики и лечения, удовлетворенность единственным диагнозом, игнорирование мнения коллег и консультантов.

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
3. Виды ответственности в медицине
4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников



КОДЕКС ХАМУРАППИ

(§ 218) Если лекарь сделал человеку тяжелую операцию бронзовым ножом и убил этого человека или же он вскрыл бельмо у человека бронзовым ножом и выколол глаз человеку, то ему должны отрубить кисть руки.

(§ 219) Если лекарь сделал тяжелую операцию бронзовым ножом рабу мушкенума и убил его, то он должен возместить раба за раба.

(§ 220) Если он вскрыл ему бельмо (?) бронзовым ножом и выколол ему глаз, то он должен отвесить серебром половину его покупной цены.

(§ 221) Если лекарь срастил сломанную кость у человека или же вылечил больной сустав, то больной должен заплатить лекарю 5 сиклей серебра.

(§ 222) Если это сын мушкенума, то он должен заплатить сикля серебра.

(§ 223) Если это раб человека, то хозяин раба должен заплатить лекарю 2 сикля серебра.

(§ 224) Если воловий или же ослиный лекарь сделал тяжелую операцию волу или же ослу и спас его, то владелец вола или осла должен заплатить лекарю $\frac{1}{6}$ сикля серебра, его наемную плату.

(§ 225) Если он сделал тяжелую операцию волу или же ослу и убил его, то он должен заплатить владельцу вола или же осла $\frac{1}{4}$ его покупной цены.

ВИДЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

- дисциплинарная,
- административная,
- гражданская,
- уголовная,
- моральная.

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
3. Виды ответственности в медицине
 - 3.1. Юридическая терминология.
 - 3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.
 - 3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
 - 3.4. Административная ответственность.
 - 3.5. Гражданская ответственность
 - 3.6. Уголовная ответственность.
 - 3.7. Моральная ответственность.
4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников



- *Правомерное поведение* - что осознанное общественно необходимое или желательное (либо допустимое) поведение личности, которое соответствует предписаниям правовых норм и гарантируется государством и обществом. Таким образом, правомерное поведение подразумевает подчинение индивидуальной воли лица общей воле.
- *Правонарушение* - это общественно-опасное, противоправное и виновное поведение лица, способного отвечать за свои поступки, причиняющее вред обществу, влекущее за собой юридическую ответственность.

Признаки правонарушения

1. это всегда действие или бездействие людей, так как право воздействует только на объективизированные акты поведения.
2. противоречит нормам права и совершается вопреки им, носит противоправный характер.
3. это такое деяние, которое причинило или может причинить вред общественным отношениям, выражается в нарушении субъективных прав их участников.
4. это виновное деяние. Если в поведении человека вина отсутствует, такое поведение не может считаться правонарушением.
5. Правонарушение влечет за собой применение мер юридической ответственности.

- *Преступление* - форма поведения субъекта, которая посягает на наиболее значимые интересы общества, охраняемые уголовным законодательством. Но не является преступным деяние, хотя и имеющее все формальные признаки преступления, но в силу малой значимости не представляющее общественной опасности (п. 2 ст. 14 УК РФ).
- *Проступки* - это правонарушения, посягающие на трудовые, управленческие, имущественные и иные отношения, не достигшие степени общественной опасности преступлений. Действующее российское законодательство выделяет следующие типы проступков: дисциплинарные, административные и гражданско-правовые.

Проступки

- *Дисциплинарные правонарушения* - это противоправные деяния, нарушающие внутренний распорядок предприятия, учреждения, организации.
- *Административным правонарушением* признается виновное (умышленное или неосторожное) деяние, посягающее на государственный или общественный порядок, на отношения в области исполнительно-распорядительной деятельности.
- *Гражданские правонарушения* - это противоправные деяния, совершаемые в сфере имущественных и связанных с ними неимущественных отношений.

Юридический состав правонарушения -
совокупность основных признаков
правонарушения, необходимых и достаточных
для привлечения к юридической
ответственности.

Состав правонарушения делится на четыре
признака:

1. объект,
2. объективная сторона,
3. субъект,
4. субъективная сторона правонарушения.

Объект преступления - это охраняемые уголовным законом отношения, на которые посягает общественно опасное деяние (ст. 2 УК РФ).

Объективная сторона – это деяние, выражающееся в нарушении установленных уголовно-правовыми нормами правил.

Субъектом преступления является само лицо, совершившее преступление и способное нести за это уголовную ответственность.

Субъективная сторона преступления характеризует психическое отношение лица к совершаемому им преступному деянию и его последствиям.

Прямой умысел - лицо осознавало общественную опасность своего действия (бездействия), предвидело возможность или неизбежность наступления вредных последствий и желало их наступления (п. 2 ст. 25 УК РФ).

Косвенный умысел - лицо осознавало общественную опасность своего действия (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, не желало, но сознательно допускало эти последствия либо относилось к ним безразлично (п. 3 ст. 25 УК РФ).

Легкомыслие - лицо предвидело наступление общественно опасных последствий своих действий (бездействия). Но без достаточных на то оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий (п. 2 ст. 26 УК РФ).

Небрежность - лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно и могло предвидеть эти последствия (п. 3 ст. 26 УК РФ).

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования

2. Оценка качества лечения

3. Виды ответственности в медицине

3.1. Юридическая терминология.

3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.

3.2.1. Врачебные (медицинские) ошибки.

3.2.2. несчастные случаи.

3.2.3. умышленные преступления.

3.2.4. неосторожные действия.

3.2.5. нарушения прав граждан и медицинской этики при оказании им медицинской помощи.

3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.

3.4. Административная ответственность.

3.5. Гражданская ответственность

3.6. Уголовная ответственность.

3.7. Моральная ответственность.

4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников

5. Организация защиты медицинских работников



Врачебная (медицинская) ошибка – категория не относящаяся к юридическим понятиям, влекущим за собой наказание медицинских работников.

Данным термином не предусматривается форма вины медработников в виде умысла или неосторожности (п. 1 ст. 24 УК РФ; п. 1 ст. 401 ГК РФ). Это устанавливается в ходе профессиональных разборов, судебно-медицинской экспертизе, в суде.

Объективные причины и обстоятельства

- отсутствие надлежащих условий оказания помощи;
- плохая материально-техническая оснащённость ЛПУ;
- несовершенство самой медицинской науки и ее методов и знаний;
- недостаточный уровень профессионализма врача, его подготовки, без элементов преступной неосторожности, небрежности, самонадеянности или преступного невежества в его действиях;
- чрезвычайная атипичность, редкость или злокачественность данного заболевания или его осложнения;
- индивидуальные особенности организма пациента.

ненадлежащие действия самого пациента, его родственников, других лиц

- позднее обращение за медицинской помощью,
- отказ от госпитализации,
- уклонение, противодействие при осуществлении лечебно-диагностического процесса,
- нарушение режима лечения.

*Под врачебной ошибкой
понимается добросовестное
заблуждение врача,
повлекшее за собой вред
здоровью или жизни
пациента, но не имеющее
вины медперсонала в любой
ее форме.*

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования

2. Оценка качества лечения

3. Виды ответственности в медицине

3.1. Юридическая терминология.

3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.

3.2.1. Врачебные (медицинские) ошибки.

3.2.2. несчастные случаи.

3.2.3. умышленные преступления.

3.2.4. неосторожные действия.

3.2.5. нарушения прав граждан и медицинской этики при оказании им медицинской помощи.

3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.

3.4. Административная ответственность.

3.5. Гражданская ответственность

3.6. Уголовная ответственность.

3.7. Моральная ответственность.

4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников

5. Организация защиты медицинских работников



Несчастный случай (казус) –
неожиданный
неблагоприятный исход
врачебного вмешательства
(лечебного или
диагностического),
являющегося следствием
случайных обстоятельств,
независимых от воли сторон.

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования

2. Оценка качества лечения

3. Виды ответственности в медицине

3.1. Юридическая терминология.

3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.

3.2.1. Врачебные (медицинские) ошибки.

3.2.2. несчастные случаи.

3.2.3. умышленные преступления.

3.2.4. неосторожные действия.

3.2.5. нарушения прав граждан и медицинской этики при оказании им медицинской помощи.

3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.

3.4. Административная ответственность.

3.5. Гражданская ответственность

3.6. Уголовная ответственность.

3.7. Моральная ответственность.

4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников

5. Организация защиты медицинских работников



Несчастные случаи - в силу стечения случайных обстоятельств, которых нельзя было избежать ни при каких условиях, или вследствие обстоятельств непреодолимой силы (п. 1 ст. 202 ГК РФ); при этом деятельность врача отвечает всем имеющимся на тот момент профессиональным и иным требованиям.

При преступлении медработник не должен, но, тем не менее, совершил противоправное деяние.

Отличительной чертой врачебных ошибок и несчастных случаев является **добросовестность действий медперсонала.**

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования

2. Оценка качества лечения

3. Виды ответственности в медицине

3.1. Юридическая терминология.

3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.

3.2.1. Врачебные (медицинские) ошибки.

3.2.2. несчастные случаи.

3.2.3. умышленные преступления.

3.2.4. неосторожные действия.

3.2.5. нарушения прав граждан и медицинской этики при оказании им медицинской помощи.

3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.

3.4. Административная ответственность.

3.5. Гражданская ответственность

3.6. Уголовная ответственность.

3.7. Моральная ответственность.

4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников

5. Организация защиты медицинских работников



Неосторожные действия медработников -
действия медперсонала, отличительной
чертой которых в отличие от умышленных
преступлений является наличие вины в
виде легкомыслия (п. 2 ст. 26 УК РФ) или
небрежности (п. 3 ст. 26 УК РФ).

В современной отечественной юриспруденции деликтом принято обозначать обязательства, возникшие вследствие причинения вреда или профессионального правонарушения медработника.

Под вредом следует понимать любое умаление личного и/или имущественного блага.

Имущественный вред связан с определенными материальными затратами.

Моральный вред, в свою очередь, может быть связан как с материальными потерями, так и выражаться только в нравственных и физических страданиях потерпевшего (ст. 151, 1064, 1084-1094, 1099-1101 ГК РФ).

Под убытком понимается денежное выражение причиненного вреда в виде расходов, которые потерпевший должен будет произвести для восстановления нарушенного правила и неполученных доходов, так называемая упущенная выгода или то, что потерпевший получил бы в условиях, когда право его не было бы нарушено.

Медицинский деликт (профессиональное правонарушение медработника) содержит к себе все необходимые и достаточные условия правонарушения (такие как вину, в любой ее форме, противоправность поведения, наступление вреда и причинно-следственную связь между противоправным поведением и наступившим вредом для жизни или здоровья пациента), поэтому к лицу, допустившему возникновение деликта, предусматривается мера принуждения или воздействия в соответствии с ГК РФ, ТК РФ, КоАП РФ, УК РФ.

К административной и дисциплинарной ответственности врача привлекают должностные лица и комиссии, а также лица, являющиеся начальниками по службе на основании должностных инструкций.

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования

2. Оценка качества лечения

3. Виды ответственности в медицине

3.1. Юридическая терминология.

3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.

3.2.1. Врачебные (медицинские) ошибки.

3.2.2. несчастные случаи.

3.2.3. умышленные преступления.

3.2.4. неосторожные действия.

3.2.5. нарушения прав граждан и медицинской этики при оказании им медицинской помощи.

3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.

3.4. Административная ответственность.

3.5. Гражданская ответственность

3.6. Уголовная ответственность.

3.7. Моральная ответственность.

4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников

5. Организация защиты медицинских работников



Нарушения прав граждан и медицинской этики при оказании им медицинской помощи - ситуация, при которой на фоне достаточно профессионально оказываемой медицинской помощи попираются законные права граждан (например, на бесплатную медицинскую помощь, врачебную тайну и др.), а также не соблюдаются нормы врачебной этики.

два главных подхода к пациенту

1. *патерналистский*, как практика пренебрежения правом выбора человека во имя того, что будет для пациента, по мнению врача, полезным,
2. *непатерналистский* подход, как практика уважения взглядов дееспособного больного.

Статья 33 ОЗОЗ, Отказ от медицинского вмешательства. Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения за исключением случаев, предусмотренных статьями 34 настоящих Основ.

В 34 статье ОЗОЗ перечисляются случаи, когда оказание медицинской помощи оказывается без согласия граждан или их законных представителей - это лечение лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами или лиц, совершивших общественно опасные деяния, а также в связи с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируемых санитарным законодательством.

Медико-правовая классификация ятрогений.

Ятрогении		
Виновный риск		Естественный риск
1-й тип	2-й тип	3-й тип
Влекущие уголовную ответственность или смешанную ответственность (в сочетании с гражданской)	Влекущие гражданскую ответственность	Не влекущие ответственности
Умышленное причинение вреда любой тяжести (ст. 105, 111, 112 УК РФ) Неосторожное причинение вреда: - по самонадеянности при причинении тяжкого и средней тяжести вреда здоровью (ст. 109, 118 УК РФ) - по небрежности при причинении смерти, тяжкого и средней тяжести вреда здоровью (ст. 109, 118 УК РФ) Причинение вреда здоровью в результате разглашения врачебной тайны (ст. 137, п. 2 УК РФ)	При неосторожном причинении легкого вреда здоровью При причинении вреда здоровью любой тяжести в условиях крайней необходимости (ст. 1067 ГК РФ) При причинении вреда здоровью ненадлежащим исполнением медицинской услуги (ст. 737, 739, 503, 783 ГК РФ) При причинении вреда здоровью вследствие недостаточной информации о медицинской услуге (ст. 732 ГК РФ) При причинении вреда здоровью ввиду неосуществления надзора за несовершеннолетними в лечебных учреждениях в момент причинения вреда (ст. 1073, 1074 ГК РФ)	При причинении вреда в результате несчастного случая как непрогнозируемого медицинского исхода (ст. 1064, п. 2 ГК РФ) При причинении вреда в результате несчастного случая, как объективного непреодолимого исхода (ст. 1064, п. 2 ГК РФ) При причинении вреда здоровью в условиях обоснованного правомерного риска (ст. 1064, п. 3 ГК РФ) При причинении вреда здоровью в условиях крайней необходимости (ст. 1067 ГК РФ) Причинение вреда здоровью при наличии умысла потерпевшего (ст. 1083, п. 1 ГК РФ)

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
3. Виды ответственности в медицине
 - 3.1. Юридическая терминология.
 - 3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.
 - 3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
 - 3.4. Административная ответственность.
 - 3.5. Гражданская ответственность
 - 3.6. Уголовная ответственность.
 - 3.7. Моральная ответственность.
4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников



РАЗДЕЛ VIII. ТРУДОВОЙ РАСПОРЯДОК. ДИСЦИПЛИНА ТРУДА

ГЛАВА 29. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 189. Дисциплина труда и трудовой распорядок организации

Дисциплина труда - обязательное для всех работников подчинение правилам поведения, определенным в соответствии с настоящим Кодексом, иными законами, коллективным договором, соглашениями, трудовым договором, локальными нормативными актами организации.

Работодатель обязан в соответствии с настоящим Кодексом, законами, иными нормативными правовыми актами, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, содержащими нормы трудового права, трудовым договором создавать условия, необходимые для соблюдения работниками дисциплины труда.

Трудовой распорядок организации определяется правилами внутреннего трудового распорядка.

Правила внутреннего трудового распорядка организации - локальный нормативный акт организации, регламентирующий в соответствии с настоящим Кодексом и иными федеральными законами порядок приема и увольнения работников, основные права, обязанности и ответственность сторон трудового договора, режим работы, время отдыха, применяемые к работникам меры поощрения и взыскания, а также иные вопросы регулирования трудовых отношений в организации.

Для отдельных категорий работников действуют уставы и положения о дисциплине, утверждаемые Правительством Российской Федерации в соответствии с федеральными законами.

РАЗДЕЛ VIII. ТРУДОВОЙ РАСПОРЯДОК. ДИСЦИПЛИНА ТРУДА

ГЛАВА 29. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 190. Порядок утверждения правил внутреннего трудового распорядка организации.

Правила внутреннего трудового распорядка организации утверждаются работодателем с учетом мнения представительного органа работников организации.

Правила внутреннего трудового распорядка организации, как правило, являются приложением к коллективному договору.

ГЛАВА 30. ДИСЦИПЛИНА ТРУДА

Статья 191. Поощрения за труд

Работодатель поощряет работников, добросовестно исполняющих трудовые обязанности (объявляет благодарность, выдает премию, награждает ценным подарком, почетной грамотой, представляет к званию лучшего по профессии).

Другие виды поощрений работников за труд определяются коллективным договором или правилами внутреннего трудового распорядка организации, а также уставами и положениями о дисциплине. За особые трудовые заслуги перед обществом и государством работники могут быть представлены к государственным наградам.

ГЛАВА 30. ДИСЦИПЛИНА ТРУДА

Статья 192. Дисциплинарные взыскания

За совершение дисциплинарного проступка, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания:

- 1) замечание;**
- 2) выговор;**
- 3) увольнение по соответствующим основаниям.**

Федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине для отдельных категорий работников могут быть предусмотрены также и другие дисциплинарные взыскания.

Не допускается применение дисциплинарных взысканий, не предусмотренных федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине.

ГЛАВА 30. ДИСЦИПЛИНА ТРУДА

Статья 193. Порядок применения дисциплинарных взысканий

До применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника объяснение в письменной форме. В случае отказа работника дать указанное объяснение составляется соответствующий акт.

Отказ работника дать объяснение не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников.

Дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки - позднее двух лет со дня его совершения. В указанные сроки не включается время производства по уголовному делу.

За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание.

Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под расписку в течение трех рабочих дней со дня его издания. В случае отказа работника подписать указанный приказ (распоряжение) составляется соответствующий акт.

Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственные инспекции труда или органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

ГЛАВА 30. ДИСЦИПЛИНА ТРУДА

Статья 194. Снятие дисциплинарного взыскания

Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не имеющим дисциплинарного взыскания.

Работодатель до истечения года со дня применения дисциплинарного взыскания имеет право снять его с работника по собственной инициативе, просьбе самого работника, ходатайству его непосредственного руководителя или представительного органа работников.

ГЛАВА 30. ДИСЦИПЛИНА ТРУДА

Статья 195. Привлечение к дисциплинарной ответственности руководителя организации, его заместителей по требованию представительного органа работников

Работодатель обязан рассмотреть заявление представительного органа работников о нарушении руководителем организации, его заместителями законов и иных нормативных правовых актов о труде, условий коллективного договора, соглашения и сообщить о результатах рассмотрения представительному органу работников.

В случае, если факты нарушений подтвердились, работодатель обязан применить к руководителю организации, его заместителям дисциплинарное взыскание вплоть до увольнения.

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
3. Виды ответственности в медицине
 - 3.1. Юридическая терминология.
 - 3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.
 - 3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
 - 3.4. Административная ответственность.
 - 3.5. Гражданская ответственность
 - 3.6. Уголовная ответственность.
 - 3.7. Моральная ответственность.
4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников



Административная ответственность медработников наступает за:

- нарушение законодательства о труде и законодательства об охране труда;
- нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм;
- незаконное приобретение или хранение наркотических средств в небольших размерах либо потребление наркотических средств без назначения врача;
- сокрытие источника заражения венерической болезнью и контактов больных, создающих опасность заражения.

Должностные лица медицинских учреждений за должностные нарушения несут дополнительную административную ответственность в форме:

- предупреждения;
- штрафа;
- исправительных работ, назначенных судом.

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
3. Виды ответственности в медицине
 - 3.1. Юридическая терминология.
 - 3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.
 - 3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
 - 3.4. Административная ответственность.
 - 3.5. Гражданская ответственность
 - 3.6. Уголовная ответственность.
 - 3.7. Моральная ответственность.
4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников



**Гражданская, или гражданско-
правовая ответственность -
это вид юридической
ответственности, при которой к
правонарушителю
применяются меры
воздействия, установленные
законом или договором
(Шевченко Ю.Л., 2001).**

ГК допускает возмещение материального и морального ущерба, понесённого больными или их семьями в результате нарушения их прав, а также лишения жизни или причинения вреда здоровью больным в ходе оказания им медицинской помощи.

ГК регламентирует:

- возмещение убытков;
- уплату неустойки, штрафа, пени;
- возмещение причинённого морального и иного вреда.

В отличие от уголовной, гражданская ответственность распространяется не только на физических лиц (врачей, сестёр и др.), но и на юридические лица (лечебные учреждения).

Принцип установления вины двух видов ответственности (уголовной и гражданской).

- в уголовном праве существует презумпция невиновности,
- в гражданском праве презумпция вины причинителя вреда.

В соответствии со ст. 1068 ГК РФ ответственность за действия медицинских работников (возмещение вреда) несет медицинское учреждение - работодатель, именно лечебное учреждение возмещает больному материальный ущерб, причинённый медицинским работником, работающим по найму.

ЛПУ имеет право в порядке регресса обратиться в суд с иском о взыскании выплаченного возмещения по иску больного к своему работнику с требованием возместить сумму полностью или частично.

в соответствии с ТК материальная
ответственность работника не может
превышать его среднемесячный
заработок, за исключением случаев,
указанных в ст. 243 (полная
материальная ответственность)

Статьи ГК РФ, относящиеся к причинению вреда здоровью при ненадлежащем исполнении медицинской услуги (глава 59 ГК §§ 1-4)

Статья 1084. Возмещение вреда, причинённого жизни или здоровью гражданина при исполнении договорных или иных обязательств.

Объём и характер возмещения вреда, причинённого повреждением здоровья гражданам, описан в ст. 1085 ГК. Суть статьи состоит в том, что больному должен быть возмещён и утраченный больным заработок (доход), и расходы на лечение, дополнительное питание, уход, санаторно-курортное лечение, протезирование, приобретение специального транспорта, переподготовку к другой профессии и т.п.

Порядок исчисления утраченного дохода пострадавшего больного по пунктам расписан в статье 1086 ГК.

Статьи ГК РФ, относящиеся к причинению вреда здоровью при ненадлежащем исполнении медицинской услуги (глава 59 ГК §§ 1-4)

В случае наступления смерти кормильца из-за некачественного лечения вред возмещается семье умершего на основании ст. 1088 – возмещение вреда лицам, понесшим ущерб в результате смерти кормильца.

Расчёт возмещения ущерба и порядок платежей, в том числе при изменениях стоимости жизни, минимального размера оплаты труда, одномоментности или рассрочки платежей, при реорганизации или ликвидации лечебного учреждения описан в статьях 1089-1093 ГК.

Ситуации, когда возмещение причинённого вреда не производится, описаны в ст. 1064 ГК – общие основания ответственности за причинение вреда, согласно которой возмещение причинённого вреда может быть возложено не на врача или медицинскую сестру, а на лечебное учреждение.

В соответствии со ст. 1067 – Причинение вреда в состоянии крайней необходимости – ответственность за причинённый вред может быть с врача снята.

Ст. 1083. Учёт вины потерпевшего и имущественного положения лица, причинившего вред позволяет учесть имущественное положение большинства российских врачей и сестёр, в связи с чем возмещать больному причинённый вред придётся лечебному учреждению.

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
3. Виды ответственности в медицине
 - 3.1. Юридическая терминология.
 - 3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.
 - 3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
 - 3.4. Административная ответственность.
 - 3.5. Гражданская ответственность
 - 3.6. Уголовная ответственность.
 - 3.7. Моральная ответственность.
4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников



По российскому законодательству субъектом уголовного правонарушения может быть только физическое лицо (гражданин). При этом обвинение ему предъявляет не сам пациент, а государство в лице правоохранительных органов.

В соответствии со ст. 8 УК РФ,
основанием для привлечения граждан к
уголовной ответственности «является
совершение деяния, содержащего все
признаки состава преступления,
предусмотренного настоящим
Кодексом».

Преступлением в уголовном законодательстве признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное УК под угрозой наказания - п.1 ст. 14 УК РФ.

От тяжести преступления зависит мера наказания, что регламентируется ст. 15 УК РФ, которая называется «Категории преступлений» и она гласит:

1. В зависимости от характера и степени общественной опасности деяния, предусмотренные настоящим Кодексом, подразделяются на преступления небольшой тяжести, преступления средней тяжести, тяжкие преступления и особо тяжкие преступления.
2. Преступлениями небольшой тяжести признаются умышленные и неосторожные деяния, за совершение которых максимальное наказание, предусмотренное настоящим Кодексом, не превышает двух лет лишения свободы.
3. Преступлениями средней тяжести признаются умышленные и неосторожные деяния, за совершение которых максимальное наказание, предусмотренное настоящим Кодексом, не превышает пяти лет лишения свободы.
4. Тяжкими преступлениями признаются умышленные и неосторожные деяния, за совершение которых максимальное наказание, предусмотренное настоящим Кодексом, не превышает десяти лет лишения свободы.
5. Особо тяжкими преступлениями признаются умышленные деяния, за совершение которых настоящим Кодексом предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок свыше десяти лет или более строгое наказание.

При привлечении к уголовной ответственности обязательно учитываются содержащиеся в тексте статьи обстоятельства. Например, в ст. 235 УК РФ имеется указание на то, что уголовному наказанию подлежит занятие частной медицинской деятельностью при отсутствии лицензии, но лишь при условии (!), что это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека.

Уголовная ответственность может наступить в результате совершения:

- **Преступления против жизни и здоровья.**
- **Преступление против свободы, чести и достоинства личности.**
- **Преступления против конституционных прав и свобод человека и гражданина**
- **Преступление против семьи.**
- **Преступление против здоровья населения и общественной нравственности.**
- **Экологические преступления.**
- **Преступления против государственной власти, государственной службы и службы в органах местного самоуправления.**

**Преступления против жизни и
здоровья.**

Убийство (ст. 105 УК РФ) - умышленное причинение смерти другому человеку.

Медицинские работники при выполнении своих профессиональных обязанностей могут нести ответственность по ч. 1 этой статьи в случае убийства из сострадания к безнадежно больному (эйтаназия).

Ст. 45 ОЗОЗ гласит, что медицинскому персоналу запрещается осуществление эйтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращении искусственных мер по поддержанию жизни.

Лицо, которое сознательно побуждает больного к эйтаназии и/или осуществляет эйтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Причинение смерти по неосторожности

Смертельные исходы, связанные с профессиональной деятельностью медицинских работников, чаще всего квалифицируются по ст. 109 – Причинение смерти по неосторожности.

п.2 ст. 109 – это «причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, которое наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет...».

Установление ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей производится на основе анализа положений об обязанностях специалиста, должностных инструкций, нормативных указаний Министерства здравоохранения, правил внутреннего распорядка, стандартов (если таковые существуют).

Причинение вреда здоровью больного

Возникновение осложнений в ходе диагностики, интенсивной терапии, анестезиологического пособия, повлекших за собой тяжкий или средней тяжести вред здоровью больного, квалифицируется по ст. 118.

Ст. 118 содержит 4 пункта, к медицинским работникам относятся два, в которых описывается причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (п.2) и средней тяжести вреда (п.4) «вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей».

Причинение вреда здоровью больного

Характеристика тяжкого вреда здоровью дана в п.1 ст. 111 – «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека, повлекшего за собой потерю зрения, речи, слуха или какого-либо органа либо утрату органом его функций, или выразившегося в неизгладимом обезображении лица, а также причинение иного вреда здоровью, опасного для жизни или вызвавшего расстройство здоровья, соединённое со значительной стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть или с заведомо для виновного полной утратой профессиональной трудоспособности либо повлекшее за собой прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией – **наказываются лишением свободы на срок от двух до восьми лет**».

Причинение вреда здоровью больного

Подробная расшифровка повреждений и последствий причинения вреда здоровью приводится в «Правилах судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений», утверждённых МЗ СССР в 1978 г.

Причинение вреда здоровью больного

Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей устанавливается так же, как и при причинении смерти (ст. 109). Должно быть доказано, что между действиями (бездействием) врача или сестры и вредными последствиями здоровью больного есть причинная связь.

Само по себе ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей должно повлечь за собой дисциплинарную, но не уголовную ответственность. Если же тяжкий или средней тяжести вред здоровью больного причинно связан с действием (бездействием) врача или сестры, то эти лица подлежат уголовной ответственности, если не доказано, что возникший вред входит в комплекс неизбежных ятрогенных повреждений (см. ниже).

Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120 УК РФ).

Не имеет значения, какие органы или ткани предполагается изъять у самого принуждаемого или их изъятие предполагается у его близких или родственников (например, у лица, находящегося в бессознательном или коматозном состоянии).

Преступление признается оконченным с момента, когда виновный с применением насилия или угрозы его применения стал добиваться от потерпевшего согласия на изъятие у него органов или тканей для трансплантации, даже если такое изъятие еще не было произведено.

Заражение, венерической болезнью (ст. 121 УК РФ).

Способами заражения могут быть половые контакты, а также зараженной крови, в том числе при ее прямом переливании при жизнеугрожаемой пациенту ситуации.

Необходимо наличие доказательств, подтверждающих, что виновный знал о своей болезни.

Согласие же потерпевшего на постановление его в опасность заражения венерической болезнью не является основанием для освобождения от уголовной ответственности лица, знавшего о наличии у него венерического заболевания и заразившего им.

Заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ).

Субъектом преступления в данной ситуации является лицо, как инфицированное ВИЧ, так и не зараженное этим вирусом.

Например, в результате нарушений правил стерилизации инструментария для инъекций медицинский персонал заразил ВИЧ несколько человек. Вина медперсонала характеризуется как небрежность.

Незаконное производство аборта (ст. 123 УК РФ)

искусственное прерывание беременности, совершенное вне стационарной лечебного учреждения лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, хотя и с согласия беременной женщины.

Следовательно, аборт, произведенный врачом-гинекологом при отсутствии медицинских показаний либо в ненадлежащих условиях, хотя и является незаконным, но представляет собой не преступление, а дисциплинарный проступок.

Неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ),

Медицинские работники обязаны оказывать медицинскую помощь гражданам, обратившимся в лечебное учреждение, независимо от его ведомственной принадлежности и статуса, а также в дороге, на улице, на дому независимо от времени суток и факта пребывания на отдыхе в отпуске и т.д.

Оставление в опасности (ст. 125 УК РФ)

бездействие в отношении лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии.

Обязательным условием наступления ответственности является наличие лежащей на виновном обязанности оказать необходимую помощь.

При наличии такой обязанности ответственность неоказание помощи может наступить в двух случаях:

1. если виновный был обязан специально заботиться о лице, оказавшемся в опасном для жизни или здоровья состоянии,
2. если виновный своими предшествующими действиями сам поставил его лицо в опасное для жизни или для здоровья состояние.



**Преступление против
свободы, чести и достоинства
личности.**

Незаконное помещение в психиатрическую больницу (ст.128 УК РФ)

принудительная госпитализация заведомо не нуждающегося в ней человека без его согласия.

Согласно Закону РФ от 2 июля 1992 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" психиатрическое освидетельствование и госпитализация могут быть проведены только с согласия либо по просьбе больною или его законных представителей.

Принудительная госпитализация лица, страдающего психическими расстройствами, возможна с согласия его законных представителей или на основании постановления суда.

Ответственности за незаконное помещение в психиатрический стационар подлежит только врач-психиатр, поставивший заведомо ложный диагноз, которому законом предоставлено право решать вопрос о госпитализации больных и обращаться с заявлением о принудительной госпитализации в суд. Все остальные заинтересованные в этом частные лица могут выступать лишь в роли соучастников данного преступления.

**Преступления против
конституционных прав и
свобод человека и гражданина**

Нарушение неприкосновенности частной жизни (ст. 137 УК РФ)

В Конституции РФ (ст. 23) закреплено право каждого о неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну.

Предмет преступления составляет любые сведения, которые, по мнению потерпевшего, или в силу закона, составляю такую тайну.

Сюда отнесены сведения, составляющие врачебную тайну. Например, разглашение с корыстной целью информации о состоянии здоровья пациента.



Преступление против семьи.

Подмена ребенка (ст. 153 УК РФ)

замена одного новорожденного ребенка другим в родильном доме либо в доме ребенка.

Субъективная сторона преступления характеризуется прямым умыслом, корыстными, а также иными, низменными побуждениями (требование о выкупе, месть родителям, хулиганство).

**Преступление против здоровья
населения и общественной
нравственности.**

*Незаконное изготовление,
приобретение, хранение, перевозка,
пересылка либо сбыт наркотических
средств или психотропных веществ
(ст. 228 УК РФ).*

Наркотические средства и различные по происхождению вещества, обладающие способностью воздействовать на центральную нервную систему и приводящие к состоянию особого опьянения и наркотической зависимости.

Незаконная выдача, либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233 УК РФ)

выдача неправомочным лицом лицу, не имеющему право на эти вещества, с нарушением дозировки или нормы единовременной выдачи, а также требований, предъявляемых к форме и содержанию документов без соответствующей регистрации документа и т.д.

*Незаконное занятие частной
медицинской практикой или частной
фармацевтической деятельностью (ст.
235 УК РФ).*

Преступление признается оконченным, если в результате деятельности по неосторожности причиняется вред здоровью человека.

Нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236 УК РФ).

По ч. 1 наказуемо деяние, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, а по ч. 2 повлекшее смерть человека.

Массовым заболеванием является заболевание группы людей, сосредоточенных на определенной территории, явно превышающей средний уровень заболеваемости данной болезнью за определенный период.



Экологические преступления.

Нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами (ст. 248 УК РФ).

В статье предусмотрена ответственность за нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими или другими биологическими агентами или токсинами.

Ответственность возможна только при фактическом причинении вреда здоровью, распространении эпидемий или эпизоотии либо иных тяжких последствий (ч. 1), а также смерти человека (ч. 2).



**Преступления против
государственной власти,
государственной службы и
службы в органах местного
самоуправления.**

Получение взятки (ст. 290 УК РФ).

Взятка - различного рода выгода материального характера, незаконно получаемая **должностным** лицом за выполнение либо невыполнение в интересах дающего или предлагаемых им лиц каких-либо деяний.

По способу вручения различают:

- явную взятку, при передаче которой оговаривают те деяния, которые желаемы от должностною лица,
- завуалированную взятку, которую маскируют под передачу денег в долг, подарок к торжественным датам, явно завышенную оплату каких-либо услуг и т. п.

По времени вручения выделяют:

- взятку-подкуп, вручаемую до завершения должностным лицом желаемого деяния,
- взятку-благодарность - которая передается после выполнения обусловленных действий.

По характеру совершаемых за взятку деяний выделяют:

- взятку-мздоимство, которая передается за законные деяния должностного лица,
- взятку-лихоимство, вручаемую за незаконные действия.

Объектом состава преступления получения взятки являются государственная власть, интересы государственной службы и службы в органах местного самоуправления.

Объективной стороной является факт принятия должностным лицом от других лиц незаконного материального вознаграждения выполнение (невыполнение) каких-либо действий, которые они должны были совершить в силу служебных обязанностей.

Субъектом преступления являются должностные лица, понятие о которых дано в примечании к ст. 285 УК РФ.

Должностными лицами признаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно распорядительные, административно-хозяйственные функции государственных органов, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооруженных Силах РФ, других войсках и воинских формированиях РФ.

Субъектом данною преступления могут быть главный врач больницы, начальник госпиталя, их заместители, заведующие, старшая медсестра и другие лица, занимающие должности, связанные с осуществлением организационно-распорядительных и административно-хозяйственных обязанностей.

Лечащий врач, не выполняющий данных обязанностей, не может являться субъектом данного преступления, а следовательно, и подвергаться по этому поводу уголовному преследованию.

Отягчающими обстоятельствами получения взятки являются:

- неоднократность (не менее двух раз),
- если не истек срок давности (ст. 78 УК РФ),
- крупный размер (более 300 МРОТ),
- вымогательство, предварительный сговор группы лиц.

Вымогательство - требование должностного лица незаконного вознаграждения под угрозой совершения им деяния, которое несет вред правам и законным интересам взяткодателя, либо создание таких условий, что он сам вынужден дать взятку с целью предотвращения вредных последствий для его законных интересов (ст. 163 УК РФ).

Наказывается получение взятки штрафом в размере от семисот до одной тысячи МРОТ, или в размере заработной платы, или иного дохода осужденного за период от семи месяцев до одного года, либо лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Взятка лихоимство наказывается лишением свободы на срок от 3 до 7 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

В Гражданском кодексе РФ нет такого понятия, как взятка, однако в нем установлено запрещение дарения (п. 2 ст. 575 ГК РФ) работникам ЛПУ гражданами, которые находятся на лечении или супругами, родственниками этих граждан, за исключением обычных подарков, стоимость которых не превышает 5 МРОТ, (в 2014 году МРОТ - 9235,2
Подробнее на ...
<http://www.assessor.ru/forum/index.php?t=2389>.

Таким образом, подношение (благодарность) врачу или медицинской сестре уголовно ненаказуемо, т.к. они являются рядовыми сотрудниками лечебного учреждения. Но врач на приеме совершает профессиональные действия, не являясь должностным лицом. И если он выписывает больничный лист, он автоматически становится должностным лицом, а получение при этом незаконного вознаграждения сразу становится взяткой со всеми вытекающими последствиями.

В обычной судебной практике получение медицинским работниками подарка до лечения считается незаконным, а после лечения признается простым вознаграждением (благодарностью) за хорошо сделанную работу.

Служебный подлог (ст.292 УКРФ)

Внесение должностным лицом в официальные документы заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности.

Выделяют два вида служебного подлога по способу его осуществления: интеллектуальный, состоящий во внесении ложных сведений и второй - материальный, заключающийся, в физическом воздействии на документ путем подчисток, вытравливания текста, вклеивания страниц и т.п.

Например, переписывание заведующим отделением легальной истории болезни, чтобы скрыть допущенные погрешности в терапии.

Халатность (ст. 293 УК РФ).

Под халатностью понимают неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного к ним отношения, если это повлекло существенные нарушения прав и законных интересов граждан или организации либо охраняемых законом интересов общества (государства).

Для привлечения к ответственности за халатность необходимо установить, какие конкретно обязанности были возложены на должностное лицо, какие из них лицо не выполнило или выполнено ненадлежащим образом, а также, имело ли оно реальную возможность их выполнить.

От халатности следует отличать случаи неисполнения или ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей, никак не связанные с должностными полномочиями субъекта. Из этого следует, что, например, врач, допустивший при хирургической операции небрежность, несет ответственность по статьям за преступления против жизни и здоровья по неосторожности.

комиссионная экспертиза решает следующие вопросы:

- Есть ли причинная связь между причинённым больному вредом и действиями (бездействием) врача?
- Можно ли было предвидеть такой вред в данной конкретной ситуации, чтобы своевременно его предотвратить?
- Позволяла ли обстановка и условия предотвратить нанесение вреда больному правильными действиями?
- Есть ли в действиях (бездействии) врача нарушение установленных правил, инструкций?

В соответствии со ст. 26 УК РФ, преступление, совершённое по неосторожности, может быть связано с двумя явлениями:

- преступным легкомыслием (самонадеянностью), когда врач предвидел возможность наступления опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывал на то, что справится с ними;
- преступной небрежностью, когда врач не предвидел возможности наступления таких опасных последствий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности мог и должен был их предвидеть.

В связи с тем, что уголовная ответственность характеризуется наиболее жесткими санкциями, порядок ее наложения крайне детализирован, дабы избежать возможных ошибок.

Уголовная ответственность для врача возникает при наличии вины врача в форме неосторожности или умысла в его противоправном поведении, повлекших за собой причинение среднего или тяжкого вреда здоровью или смерть больного.

Отсутствие серьезных последствий при оказании медицинской помощи исключает уголовную ответственность, но не исключает иные виды юридической ответственности (ст. 66, 68 Основ).

Уголовная ответственность для медработников также не возникает в следующих случаях:

- при невиновном нанесении вреда (ст. 28 УК РФ);
- в состоянии необходимой обороны (ст. 37 УК РФ; ст. 1066 ГК РФ);
- в результате психического или физического принуждения (ст. 40 УК РФ);
- при обоснованном риске (ст. 41 УК РФ);
- при исполнении обязательного приказа или распоряжения (ст. 42 УК РФ);
- при невменяемости (ст. 21 УК РФ).

Статья 28. Невинное причинение вреда.

Деяние признаётся совершённым невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия), либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть.

Деяние признаётся также совершённым невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (или бездействия), но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам.

Статья 39. Крайняя необходимость

Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости.

Превышением пределов крайней необходимости признаётся причинение вреда, явно не соответствующего характеру и степени угрожавшей опасности и обстоятельствам, при которых опасность устранялась, когда указанным интересам был причинён вред, равный или более значительный, чем предотвращённый. Такое превышение влечёт за собой уголовную ответственность только в случаях умышленного причинения вреда.

Статья 41. Обоснованный риск

Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.

Риск признаётся обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам.

Риск не признаётся обоснованным, если он заведомо был сопряжён с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия.

Разделение ответственности анестезиолога и анестезиста.

- Когда врач-анестезиолог поручает выполнение каких-то действий сестре-анестезисту, то за надлежащее исполнение этих действий она несёт ответственность. (ст. 42 УК РФ «Исполнение приказа или распоряжения»).
- п.2 этой статьи «неисполнение заведомо незаконных приказов или распоряжений исключает уголовную ответственность».

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
3. Виды ответственности в медицине
 - 3.1. Юридическая терминология.
 - 3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.
 - 3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
 - 3.4. Административная ответственность.
 - 3.5. Гражданская ответственность
 - 3.6. Уголовная ответственность.
 - 3.7. Моральная ответственность.
4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников
5. Организация защиты медицинских работников

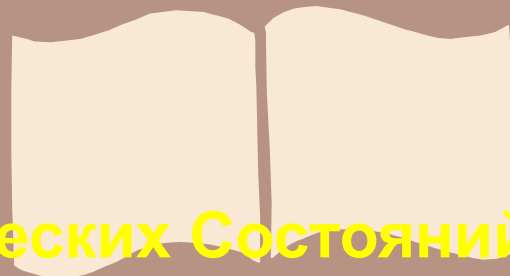


Моральная ответственность медицинских работников – высшая форма индивидуальной ответственности медицинского работника. Высшая потому, что она воспитывает и создаёт личность медицинского работника.

Врач, который осознаёт и принимает принципы биоэтики (Петров В.И., Седова Н.Н., 2002) и всегда поступает согласно им, никогда не столкнётся с прочими видами ответственности или, по крайней мере, докажет свою правоту (Зильбер А.П., 2002).

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
3. Виды ответственности в медицине
 - 3.1. Юридическая терминология.
 - 3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.
 - 3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
 - 3.4. Административная ответственность.
 - 3.5. Гражданская ответственность
 - 3.6. Уголовная ответственность.
 - 3.7. Моральная ответственность.
4. Специфика Медицины Критических Состояний, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников



Условия Медицины Критических Состояний, сокращающие виновность медицинского персонала при возникновении осложнений и иных неблагоприятных исходов

- Ятрогенные поражения как неизбежное следствие инвазивных методов.
- Экстремальность условий оказания помощи.
- Тяжесть состояния больных.

**Ятрогенное поражение – это
неумышленное или
неизбежное повреждение
функции или структуры
организма, вызванное
медицинскими действиями
(Зильбер А.П., 1998).**

Нет виновности медицинского работника, если соблюдены следующие условия (Зильбер А.П., 2002):

- Больной полностью информирован о возможности ятрогенного поражения и дал осознанное согласие на применение диагностических или лечебных методов.
- Врач не мог в силу объективных обстоятельств применить менее инвазивный или более безопасный метод для устранения основной патологии.
- Была учтена индивидуальная чувствительность больного или иные его особенности, которые могли бы усугубить ятрогенное поражение.
- Были предприняты профилактические меры предупреждения или сокращения ятрогенной патологии, проводился рациональный мониторинг и оптимальные своевременные методы устранения возникшей ятрогении.

В случаях возникновения ятрогении она может быть оценена как неумышленное причинение вреда здоровью, с использованием соответствующих статей:

- ГК РФ (503, 732, 739, 783, 1064, 1067, 1073, 1074, 1083),
- УК РФ (26, 28, 41, 109, 118)

- Смысл, вкладываемый сегодня в термин «ятрогения», не соответствует буквальному переводу слова (порождённое врачом): под ним часто подразумевают ухудшение здоровья, в котором виноват врач, и, следовательно, он должен быть наказан.
- Ятрогения в медицине вообще, а в МКС – в особенности, встречается столь часто, что должна обсуждаться и изучаться гораздо шире и глубже, чем это делается сегодня.
- Ятрогения во многих случаях является следствием не вины медицинских работников, а несовершенства медицины, которая заведомо предполагает ятрогенное поражение в своих теоретических допущениях и практических рекомендациях.
- Именно поэтому такое несовершенство медицины должно быть широко известно больным, которых следует знакомить с естественным риском любых медицинских действий и тем самым избавлять больных, врачей, медицину и юриспруденцию от заведомо ненужных последующих разбирательств.

Экстремальность ситуации в МКС бывает связана со многими обстоятельствами:

- Крайняя тяжесть состояния больного.
- Недостаток времени для принятия правильных, обоснованных решений и действий.
- Одновременность поступления больных при ограниченности персонала и материальных средств (медицина катастроф).
- Неприспособленность помещений, транспорта.
- Недостаточность набора оборудования.

Юридические следствия экстремальности

- Объём помощи ограничивается только простейшими мерами поддержания жизни; поэтому более радикальные или хотя бы патогенетические методы интенсивной терапии отодвигаются на второй план и из-за этого могут безнадежно запаздывать.
- Возрастает вероятность ошибок в принятии решений и в их реализации, а времени на исправление ошибок может не хватить.
- Ошибки чаще ведут к осложнениям и неблагоприятным исходам, тем более, что действия выполняются у крайне тяжёлых больных.
- Сокращается возможность консультаций с более опытными специалистами, а вместе с этим и возможность разделения ответственности.
- Чаще возникает тенденция к клиническому эксперименту, когда, применив общепринятые меры интенсивной терапии и не получив сиюминутного эффекта (а состояние больного не позволяет ждать), врач применяет ещё не апробированное новое средство или старое средство, но новым путём или способом.
- Психозэмоциональные стрессы у персонала чаще ведут к профессиональным заболеваниям типа «надлома», или «выгорания» специалистов (Зильбер А.П., 1998).

План лекции

1. Практические вопросы перехода на систему аккредитации и непрерывного медицинского образования
2. Оценка качества лечения
3. Виды ответственности в медицине
 - 3.1. Юридическая терминология.
 - 3.2. Основания для возникновения ответственности при оказании медицинской помощи.
 - 3.3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
 - 3.4. Административная ответственность.
 - 3.5. Гражданская ответственность
 - 3.6. Уголовная ответственность.
 - 3.7. Моральная ответственность.
4. Специфика МКС, сокращающая или исключаящая виновность медицинских работников

5. Организация защиты медицинских работников

Действия администрации

Особое внимание следует обратить на п. 7 ст. 63 ОЗОЗ, который устанавливает право врача на «страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинён вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением им профессиональных обязанностей».

Этот пункт должен был бы гарантировать оплату материального иска больного из средств бюджета.

Действие профессиональной ассоциации

Ведущую роль в защите врача должны играть профессиональные ассоциации, как естественное развитие действующих в настоящее время профессиональных обществ. Профессиональная ассоциация должна не только страховать врача и медсестру от оплаты материального риска, но и выступать в их защиту при конфликтах с администрацией, страховыми компаниями больных, при рассмотрении дела в суде. Для этих целей в профессиональных ассоциациях должны быть собственные врачи-эксперты и юристы.

Главные задачи ассоциации

- оказание научно-методической и практической помощи в организации здравоохранения в области анестезиологии и реаниматологии;
- работа по привлечению средств российских и зарубежных инвесторов в развитие анестезиологии и реаниматологии;
- внедрение в практику передового опыта и новейших достижений в области науки и техники, содействие в разработке новых методов экспресс-диагностики и мониторинга, анестезии, интенсивной терапии и реанимации;
- участие в работе съездов, научных конференций, выставок, а также их организация и проведение;
- участие в аттестации анестезиологов-реаниматологов и медсестер-анестезистов, а также в аккредитации и лицензировании профильных отделений;
- проведение независимой общественной и научной экспертизы научно-исследовательских программ, изобретений и открытий в области анестезиологии и реаниматологии;
- защита прав и интересов юридических и физических лиц - членов ассоциации.



Спасибо
за
внимание!