

Кафедра соціальної медицини
та організації охорони здоров'я

Методична розробка для лікарів-інтернів зі спеціальності
«Ортопедія і травматологія»

ТЕМА:Юридичні аспекти і порядок ведення медичної документації.
Згода на медичне втручання, юридичні аспекти оформлення
документації.

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ:навчальна кімната кафедри №8

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин

Зміст

теми занять

Зміст

1. Вступ
2. Права лікаря, пацієнта
3. Моделі інформування хворих
4. ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення форми № 003-6/о “Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення”
5. ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення форми № 025/о “Медична карта амбулаторного хворого”
6. ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення форми № 003/о “Медична карта стаціонарного хворого”
7. ІНСТРУКЦІЯ про порядок заповнення листка непрацездатності
8. Основні вимоги, до заповнення медичних документів
9. Поширені дефекти ведення первинної медичної документації
10. Висновок
11. Використана література

Кожна людина має природне невід'ємне та непорушне право на охорону здоров'я. Тому суспільство та держава, які відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, повинні забезпечувати пріоритетність охорони серед інших напрямків діяльності, поліпшувати умови праці, навчання, побуту та відпочинку населення, вдосконалювати медичну допомогу своїм громадянам. Питання юридичного забезпечення медичної діяльності в Україні останнім часом набувають особливої актуальності. Це передусім пов'язано з активним розвитком приватної медичної практики, запровадженням добровільного медичного страхування та розробкою нормативно-правової бази щодо введення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, використанням новітніх досягнень медичної науки, удосконаленням управлінської діяльності в галузі охорони здоров'я.

- Лікуючий лікар може обиратися безпосередньо пацієнтом або призначатися керівником закладу охорони здоров'я чи його підрозділу.
- Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне та кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта.
- Пацієнт має право вимагати заміни лікаря.
- Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого та здоров'ю населення.
- Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом установленого для нього режиму.
- Лікар зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявності ризику для життя та здоров'я.
- Пацієнт має право знайомитися з історією своєї хвороби й іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування.

В особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. У цьому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого. Таким же чином лікар діє, коли пацієнт перебуває в непритомному стані. Важливо, що інформація про стан здоров'я громадянина не може бути надана проти його волі, а у разі несприятливого результату лише в делікатній формі, що показує тісний зв'язок правових взаємостосунків з необхідністю дотримання медичної етики.

Етико-деонтологічний аспект інформування хворого під час лікування входить у суперечність з прийнятими сучасними міжнародними нормами, які по суті не мають обмеження в обсязі наданої інформації при дотриманні делікатності та такту її надання. Залежно від особливостей хворого, хвороби та стану його здоров'я слід користуватися різними формами інформації.

Вважають, що сьогодні у практичній діяльності лікарів найбільш поширеними є чотири моделі інформування хворих:

- інформаційна модель, при використовуванні якої лікар виступає в ролі компетентного експерта, безпристрасно надаючи хворому повну інформацію про хворобу, прогнози,

способи лікування та роз'яснює всі незрозумілі для нього положення, а пацієнт сам ухвалює рішення та бере відповідальність;

- інтерпретаційна модель, яка дозволяє лікарю тісніше контактувати з хворим, виступати в ролі порадника, консультанта;
- дорадча модель передбачає досягнення взаємної згоди при суспільному обговоренні стану хворого, особливостей діагностичних і лікувальних методів;
- патерналістська модель, яка, на жаль, найбільш поширена у нас в практичній охороні здоров'я. Всупереч правам пацієнта, дотримуючись яких, лікар зобов'язаний інформувати хворого, ставити його інтереси вище за власні, він виступає в ролі опікуна, іноді диктатора, самотійно ухвалюючи рішення або нав'язуючи його хворому.

Така модель виправдана лише при наданні невідкладної допомоги. Таким чином, залежно від конкретної ситуації й особливостей хворого з урахуванням його компетентності та характеру, а також можливостей даної лікувальної установи, лікар обирає найбільш ефективну модель взаємовідношень і інформування хворого. Медичні працівники й інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд і їх результати, інтимну та сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, у навчальному процесі, науково-дослідній роботі, у тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Законодавство регулює також і медичну практику лікарів, які зобов'язані застосовувати методи профілактики, діагностики, лікування та лікарські засоби дозволені Міністерством охорони здоров'я України. Медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої необхідності, якщо можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики чи лікування менше тієї, яка очікується у випадку відмовлення від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе. Ризиковані методи діагностики, профілактики чи лікування визнаються припустимими, якщо вони відповідають сучасним науково-обґрунтованим вимогам, спрямовані на запобігання реальної загрози життю та здоров'ю пацієнта, застосовуються за згодою інформованого про їхні можливі шкідливі наслідки пацієнта, а лікар приймає всі належні в таких випадках міри для запобігання збитку життю та здоров'ю пацієнта.

ІНСТРУКЦІЯ
щодо заповнення форми первинної облікової документації
№ 003-6/о “Інформована добровільна згода пацієнта на
проведення діагностики, лікування та на проведення
операції та знеболення”

1. Форма № 003-6/о заповнюється пацієнтом, який звернувся в заклад охорони здоров'я та дає згоду на проведення йому діагностики та лікування, у разі необхідності на оперативне втручання та знеболення. Це здійснюється у присутності лікуючого лікаря даного закладу охорони здоров'я.

2. Пацієнтом власноруч вказуються його прізвище, ім'я, по батькові; лікуючий лікар доводить йому інформацію щодо плану діагностики та лікування, надає в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання, наслідки при відмові від лікування.

3. Згода пацієнта на запропоноване лікування та діагностику (форма № 003-6/о) засвідчується підписами лікуючого лікаря та пацієнта.

4. Форму № 003-6/о можна використовувати в медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) або медичній карті стаціонарного хворого (форма № 003/о)

ІНСТРУКЦІЯ
щодо заповнення форми первинної облікової документації
№ 025/о “Медична карта амбулаторного хворого № ”

1. Форма № 025/о є основним первинним медичним документом хворого, який лікується амбулаторно або вдома, і заповнюється на усіх хворих при зверненні у заклад охорони здоров'я, який надає амбулаторно- поліклінічну допомогу.

2. Форма № 025/о заповнюється в усіх амбулаторно-поліклінічних закладах, які ведуть амбулаторний прийом.

На кожного хворого в поліклініці ведеться одна форма № 025/о незалежно від того, лікується він в одного чи декількох лікарів.

3. У спеціалізованих закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, заповнюються інші форми:

4. У пунктах 1 - 6 титульної сторінки форми зазначаються: прізвище, ім'я, по батькові, стать, дата народження, телефони: домашній та робочий, місце проживання пацієнта згідно з паспортними даними, місце роботи, посада.

5. У пунктах 7 - 9 цієї сторінки форми вказуються: приналежність чи ні пацієнта до диспансерної групи, контингент пільгових категорій, номер пільгового посвідчення.

6. У пунктах 10,11 титульного листка форми № 025/о передбачено місце для запису захворювань, з приводу яких хворий був взятий під диспансерний нагляд, із зазначенням дати взяття на диспансерний облік або зняття з такого обліку та причина зняття.

Хворий може перебувати під диспансерним наглядом з приводу одного і того самого захворювання у декількох спеціалістів (наприклад, з приводу виразкової хвороби шлунка, хронічного холециститу в терапевта і хірурга). Перша сторінка форми № 025/о заповнюється спеціалістом, який перший поставив хворого під диспансерний нагляд.

Якщо хворий спостерігається з приводу декількох етіологічно не пов'язаних між собою захворювань в одного або декількох спеціалістів, то кожне з таких захворювань зазначається на першій сторінці форми.

7. Розділ I “Сигнальні позначки” цієї форми заповнюється лікарем відповідної спеціальності за наявності або при виявленні ознак, які перелічені в цьому розділі. Внесені дані засвідчуються підписом лікаря і печаткою. У рядку “Непереносимість лікарських препаратів” необхідно зазначати назви таких препаратів (за наявності), а також захворювання

та стани, обумовлені побічною реакцією (дією) лікарського препарату, із зазначенням назви препарату та дати його призначення.

8. Зазначені негативні реакції на лікарські засоби необхідно вказувати як основні, супутні або як ускладнення основного захворювання у формі № 025-2/о, затвердженій цим наказом, або у формі № 025-6/о “Талон амбулаторного пацієнта”, затвердженій наказом Міністерства охорони здоров’я України від 27 грудня 1999 року № 302.

9. Розділ II “Листок запису заключних (уточнених) діагнозів” заповнюється лікарями всіх спеціальностей на кожне захворювання, з приводу якого хворий звернувся до даного закладу у звітному році. Захворювання, яке виявлено у хворого вперше в житті, вважається вперше виявленим і відмічається у графі 3 зі знаком “+” (плюс); якщо захворювання виявлено при профілактичному огляді, то знак “+” проставляється у графу 4. Всі гострі захворювання: грип, гострі респіраторні вірусні інфекції, ангіна, пневмонії, травми тощо кожного разу реєструються із знаком “+” (плюс), тобто враховуються як вперше виявлені. Вперше в житті виявлені хронічні захворювання також реєструються із знаком “+” (плюс). Хронічні захворювання, з якими хворий звертався в попередні роки, та звернувся у звітному році, вказуються у графі 2 на “Листку запису заключних (уточнених) діагнозів” один раз протягом року при першому зверненні з проставлянням знака “-” (мінус).

У випадку, коли лікар не може встановити основний діагноз при першому зверненні хворого, у розділі VIII форми № 025/о “Щоденник” зазначається передбачуваний діагноз, а в розділі II “Листок запису заключних (уточнених) діагнозів” вноситься діагноз після його уточнення з датою першого звернення з приводу даного захворювання.

Коли встановлений і записаний на листок діагноз замінюється на інший, тоді попередній діагноз закреслюється і вноситься новий діагноз без зміни дати першого звернення.

Якщо у хворого одночасно або послідовно виявлено декілька захворювань, які етіологічно не пов’язані між собою, то всі захворювання вказуються у “Листку запису заключних (уточнених) діагнозів”.

10. Розділ III “Відомості про щеплення” заповнюється лікарем у випадку проведення хворому профілактичних щеплень, де слід заповнювати всі необхідні графи із зазначенням реакцій на щеплення.

11. Розділ IV “Листок профілактичного огляду”, який розрахований на 5 років і призначений для реєстрації даних щодо профілактичних оглядів особи, заповнюється відповідними спеціалістами після проходження хворим (пацієнтом) всіх необхідних обстежень: рентгенологічне обстеження органів грудної клітки, огляд гінеколога та пальпація молочних залоз, цитологічне дослідження, мамографія, огляд хірурга, уролога з метою виявлення хворих на туберкульоз, онкологічну патологію.

12. Розділ V “Строки тимчасової непрацездатності” заповнюється на кожний випадок тимчасової непрацездатності хворого, де вказуються номер листка непрацездатності, дата його видачі, заключний (уточнений) діагноз за згодою хворого і проставляється підпис лікаря.

13. У розділі VI “Інформація про госпіталізацію” вказуються дані щодо госпіталізації хворого протягом року із зазначенням: дати госпіталізації, найменування лікувального закладу, відділення, куди був госпіталізований хворий, заключного діагнозу.

14. У розділі VII “Відомості щодо страхування” вказуються дані щодо страхування хворого: наявність страхового поліса, його номер, найменування компанії-страхувальника тощо.

15. У розділі VIII “Щоденник” фіксується кожне звернення пацієнта за амбулаторно - поліклінічною допомогою (захворювання, проведення профілактичних оглядів, консультації спеціалістів, закриття листка непрацездатності тощо). Кожний запис датується, проставляється підпис лікаря, до якого пацієнт звернувся. У разі звернення пацієнта з приводу захворювання лікуючий лікар у “Щоденнику” зазначає дані щодо скарг хворого, вказує його об’єктивні дані, перебіг хвороби, вписує діагноз, призначення, проставляє дату запису та засвідчує підписом.

16. У вкладному листку № 1 “Дані профілактичного огляду за 20__ рік пацієнта” (продовженні форми № 025/о) вказуються дані при проведенні щорічних профілактичних оглядів та перед працевлаштуванням, і останній вклеюється у форму № 025/о перед розділом

“Щоденник”. У даному листку передбачені дані обстежень окремими спеціалістами (окуліст, лор-лікар, стоматолог, гінеколог, хірург, невропатолог, уролог, терапевт, лікар загальної практики-сімейний лікар та інші спеціалісти), зазначаються дата проведення профілактичного огляду, його результат, проставляється підпис кожного із спеціалістів. Нижче рядка “Обстеження інших спеціалістів” після проходження профілактичного огляду, якщо у пацієнта не виявлено патології або перебіг хвороби має стійку ремісію, робиться запис “Визнаний здоровим або практично здоровим”.

У цьому листку, виходячи з валіологічного анамнезу пацієнта, робиться примітка “Віднесений до групи ризику у зв’язку з ____”.

17. Вкладний листок № 2 “Щорічний епікриз на диспансерного хворого” заповнюється для диспансерної групи хворих. У ньому коротко вказуються дані про стан здоров’я диспансерного хворого протягом звітного року; зазначаються основний і супутні діагнози, кількість загострень з приводу основного захворювання протягом року; проведений курс лікування, включаючи санаторно-курортне, та їх результат.

18. У випадку встановлення хворому групи інвалідності зазначаються рік, дата встановлення та група інвалідності. Крім того, у цьому вкладному листку вказується план спостереження за хворим на наступний рік: огляд відповідними спеціалістами, лабораторні, функціональні та інші дослідження, медикаментозне лікування, реабілітація тощо.

19. Щорічний епікриз диспансерного хворого засвідчується підписом лікаря, в якого хворий перебуває під диспансерним наглядом, і зберігається разом з формою первинної облікової документації № 030/о “Контрольна карта диспансерного нагляду”, затвердженою цим наказом, у кабінеті лікаря протягом 5 років.

20. У випадку госпіталізації хворого у стаціонар, що об’єднаний з поліклінікою, форма № 025/о передається до стаціонару і зберігається в медичній карті стаціонарного хворого. Після виписки хворого зі стаціонару або його смерті форма № 025/о з епікризом лікуючого лікаря стаціонару повертається в поліклініку.

21. У випадку смерті хворого лікуючий лікар одночасно з видачею лікарського свідоцтва про смерть у розділі “Щоденник” форми № 025/о здійснює запис: дата видачі, номер лікарського свідоцтва про смерть, вказує причину смерті (частини I і II пункту 11 форми первинної облікової документації № 106/о “Лікарське свідоцтво про смерть № ____”, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я України від 08 серпня 2006 року № 545, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 року за № 1150/13024).

Форми № 025/о на померлих із картотеки передаються в архів закладу охорони здоров’я.

22. Форма № 025/о повинна зберігатися в реєстратурі амбулаторно-поліклінічного закладу.

23. Якщо форма № 025/о стає об’ємною, не дотримується хронологія записів, необхідно заповнити новий примірник форми, в якій у “Листку запису заключних (уточнених) діагнозів” зазначаються всі діагнози хворого зі знаком “+” (плюс) та знаком “-” (мінус), а використана форма здається в архів.

24. У разі ведення форми № 025/о в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії. Дані щоденника мають бути роздруковані та засвідчені підписом лікуючого лікаря.

25. Термін зберігання форми № 025/о - 5 років.

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення форми первинної облікової документації

№ 003/о “Медична карта стаціонарного хворого № ____”

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ____» (далі - форма № 003/о).

2. Форма № 003/о є основним медичним документом, що заповнюється на кожного хворого, який влаштовується на стаціонарне медичне лікування, та ведеться в усіх закладах охорони здоров'я, які надають стаціонарну допомогу, та санаторіях.

3. Форма № 003/о містить всі дані щодо стану хворого протягом усього періоду перебування в стаціонарі, організації та проведення лікування, а також дані об'єктивних, функціональних, рентгенологічних, лабораторних та інших методів обстежень.

4. Форма № 003/о ведеться з метою контролю належної організації лікувально-діагностичного процесу та використовується для надання матеріалів за запитами (правоохоронних органів, суду тощо).

5. У пунктах 1-9 форми № 003/о зазначаються дата (число, місяць, рік) та час (години, хвилини) госпіталізації, прізвище, ім'я, по батькові хворого, стать (чоловіча, жіноча), дата народження (число, місяць, рік), вік (кількість повних років, для дітей: до 1-го року - місяців; до 1-го місяця - днів), назва та номер документа, що посвідчує особу, код країни, громадянином якої є хворий (код країни зазначається згідно з Класифікацією країн світу, затвердженою наказом Державної служби статистики України від 30 грудня 2013 року № 426), постійне місце проживання/перебування (у разі якщо стаціонарним хворим є дитина, зазначається місце проживання її батьків або її законних представників), місце роботи, посада (для дітей, учнів, студентів - найменування навчального закладу; для інвалідів - вид і група інвалідності), найменування та код закладу охорони здоров'я, який направляє хворого до стаціонару. Зазначені пункти заповнюються медичним працівником у приймальному відділенні закладу охорони здоров'я.

6. У пункті 10 вказуються діагноз при госпіталізації та код захворювання згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду (далі - МКХ-10).

7. У пунктах 11, 12 вказуються коди відділень закладів охорони здоров'я при госпіталізації та при виписці відповідно до додатка до форми первинної облікової документації № 066/о «Карта пацієнта, який вибув із стаціонару, № __», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29) (далі - форма № 066/о).

8. У пункті 13 зазначається вид госпіталізації: ургентна - 1; планова - 2.

9. У пунктах 14-17 зазначаються дата (число, місяць, рік) обстеження на ВІЛ-інфекцію, група крові хворого, резус-приналежність, дата (число, місяць, рік) проведення реакції Васермана.

10. Пункт 18 містить інформацію щодо алергічних реакцій, гіперчутливості чи непереносимості лікарського засобу (вказуються назва лікарського засобу, характер побічної дії).

11. У пункті 19 зазначається госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше - 1; повторно - 2.

У підпункті 19.1 зазначається повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів після виписки.

12. У пункті 20 зазначаються дата (число, місяць, рік) та час (година) виписки/смерті хворого.

13. У пункті 21 вказується кількість проведених хворим у закладі охорони здоров'я ліжко-днів (день госпіталізації і день виписки/смерті рахуються як один день).

14. Пункт 22 містить інформацію щодо заключного клінічного діагнозу хворого при виписці/смерті (у випадку травми зазначається її вид: виробнича - 1; невиробнича - 2). За наявності у хворого ускладнень основного діагнозу або супутніх захворювань лікуючий лікар

зазначає їх після основного діагнозу: ускладнення основного діагнозу - 1; супутні захворювання - 2 та проставляє відповідні коди згідно з МКХ-10.

За наявності у хворого побічної дії лікарського засобу лікуючий лікар зазначає прояв побічної дії як основний діагноз або ускладнення основного діагнозу чи супутнє захворювання. У такому випадку проводиться подвійне кодування цього пункту згідно з МКХ-10: кодуються основний діагноз та ускладнення.

У підпункті 22.1 за наявності у хворого діагнозу активної форми туберкульозу (A15-A19, B90) необхідно вказати відповідну категорію

резистентності. Цей підпункт є обов'язковим для протитуберкульозних закладів охорони здоров'я.

У підпункті 22.2 лікар зазначає дату запису (число, місяць, рік), свої прізвище, ім'я, по батькові, підпис та реєстраційний номер облікової картки платника податків або серію та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті) (далі - реєстраційний номер).

15. У пункті 23 (якщо хворому проводились хірургічні втручання або процедури) вказуються дата (число, місяць, рік), тривалість проведення (кількість годин, хвилин), код і назва процедури/хірургічної операції згідно з Тимчасовим галузевим класифікатором оперативних утручань, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2007 року № 67, прізвище, ім'я, по батькові та реєстраційний номер суміжного спеціаліста, вид анестезії (відсутня - 1; місцева -2; загальна - 3; інша - 4) та реєстраційний номер лікаря-анестезіолога, ускладнення, якщо такі мали місце (код згідно з МКХ-10). Детальний опис операції проводиться в щоденнику за відповідною датою та в формі первинної облікової документації № 008/о «Журнал запису оперативних втручань в стаціонарі», затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - наказ МОЗ України № 110).

16. У пункті 24 вказуються інші види медичного лікування для онкологічних хворих: спеціальне, паліативне, симптоматичне.

17. У пунктах 25, 26 зазначаються дані щодо тимчасової непрацездатності хворого.

18. У пункті 27 вказується висновок для хворих, які потребують проведення медико-соціальної експертизи.

19. У пункті 28 зазначається результат медичного лікування хворого: виписаний(а) з: одужанням - 1; поліпшенням - 2; погіршенням - 3; без змін - 4; помер(ла) - 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я - 6; здоровий(а) - 7.

20. У пункті 29 зазначаються дати (число, місяць, рік) проведення профілактичного медичного огляду на наявність злоякісного новоутворення (онкологічний профілактичний огляд) та профілактичного медичного огляду на виявлення туберкульозу (обстеження органів грудної порожнини) за період стаціонарного лікування.

21. У пункті 30 ставляться відмітки щодо страхування хворого (наявність та номер страхового поліса, найменування компанії-страхувальника).

22. У пунктах 10-30 всі записи здійснює лікуючий лікар. Після цього у пункті 31 він зазначає свої прізвище, ім'я, по батькові, підпис і реєстраційний номер.

23. У пункті 32 завідувач відділення зазначає свої прізвище, ім'я, по батькові, підпис та реєстраційний номер.

24. Пункти 33-39 заповнює лікар приймального відділення.

У пункті 33 зазначаються скарги хворого.

У пунктах 34-36 стисло вказуються дані анамнезу хвороби та життя, об'єктивний стан хворого.

Пункти 37, 38 містять інформацію щодо оглядів на коросту та педикульоз.

У пункті 39 відмічається, чи ознайомлений хворий із режимом дня та заборороною паління, зазначаються дата (число, місяць, рік) ознайомлення та підпис хворого.

У пункті 40 лікар приймального відділення проставляє свої прізвище, ім'я, по батькові, підпис та реєстраційний номер.

25. У пункті 41 лікуючий лікар зазначає скарги пацієнта, анамнез хвороби, анамнез життя, об'єктивний стан хворого, попередній діагноз, план обстеження та план медичного лікування.

26. У пункті 42 відмічаються результати обстежень (лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні, функціональна діагностика тощо).

27. У пункті 43 лікар здійснює записи про стан здоров'я та медичного лікування хворого або щогодини, або щодня, або щотижня залежно від стану хворого та місця його перебування (палата інтенсивної терапії, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, відділення хірургічного, терапевтичного, психіатричного профілю тощо). Записи повинні у повному обсязі відображати зміни стану хворого (погіршення, поліпшення, повне одужання) та увесь процес медичного лікування чи реабілітації впродовж перебування в стаціонарі. У день виписки хворого зі стаціонару запис лікаря має бути максимально детальним. Щоденникові записи потрібно формулювати стисло і чітко, обов'язково зазначати дату (число, місяць, рік) та час (години, хвилини) проведення медичного огляду пацієнта. Щоденникові записи засвідчуються підписом лікуючого лікаря.

У період перебування хворого в стаціонарі форма № 003/о зберігається у лікуючого лікаря.

28. Призначення лікуючого лікаря записуються у щоденнику форми № 003/о та у формі первинної облікової документації № 003-4/о «Листок лікарських призначень», затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522. Записи ведуться розбірливо, чітко, детально із зазначенням дат призначення та відміни лікарських засобів і засвідчуються підписом лікуючого лікаря.

29. У пункті 44 зазначаються результати оглядів та консультацій хворого лікарями-спеціалістами.

30. У пункті 45 при виписці хворого лікуючий лікар складає виписний епікриз, у якому коротко резюмує дані про стан хворого при госпіталізації та виписці.

31. У пунктах 46-53 зазначаються результати клінічних аналізів крові (загальний, на глюкозу, на амілазу), сечі (загальний, на глюкозу (із добової кількості), на діастазу), копрограма, печінкові проби.

32. У пунктах 54, 55 вказуються заключний клінічний діагноз, проведені обстеження та лікувальні заходи, аналізується їх ефективність.

33. У пункті 56 лікуючий лікар зазначає подальші лікувальні рекомендації та режим хворого.

34. У пункті 57 вказується результат медичного лікування хворого.

При переведенні хворого до іншого закладу охорони здоров'я складається перевідний епікриз, а у випадку смерті - посмертний.

Після заповнення епікризу лікуючий лікар і завідувач відділення зазначають свої прізвища, підписи, реєстраційні номери та дату (число, місяць, рік) заповнення.

У підпунктах 57.1, 57.2 після заповнення епікризу лікар і завідувач відділення зазначають свої прізвища, підписи, реєстраційні номери та дату (число, місяць, рік) заповнення.

35. У пунктах 58-64 у разі смерті хворого лікар-патологоанатом після розтину заповнює виписку з протоколу (карти) патологоанатомічного обстеження.

36. У пункті 65 здійснюється запис згідно з пунктом 11 форми первинної облікової документації № 106/о «Лікарське свідоцтво про смерть № ____», затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 серпня 2006 року № 545, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 року за № 1150/13024, у якому зазначаються патологічні стани, що призвели до безпосередньої причини смерті (І частина), та інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові) (II частина), які сприяли смерті, але не пов'язані з безпосередньою причиною смерті (вказуються дати інсультів, інфарктів, оперативних утручань). Основна причина смерті підлягає кодуванню згідно з МКХ-10 лікуючим лікарем, лікарем-патологоанатомом або судово-медичним експертом.

37. У пунктах 66, 67 лікар-патологоанатом і завідувач патологоанатомічного відділення зазначають свої прізвища, імена, по батькові, підписи та реєстраційні номери.

38. На підставі даних форми № 003/о лікуючий лікар заповнює форму № 066/о, після чого форма № 003/о передається в кабінет статистики для обробки, а потім до архіву закладу охорони здоров'я.

39. У разі ведення форми № 003/о в електронному форматі вона повинна включати в себе всі дані, які містяться на паперовому носії інформації.

40. Строк зберігання форми № 003/о - 25 років.

{Інструкція в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 29 від 21.01.2016}

ІНСТРУКЦІЯ

про порядок заповнення листка непрацездатності

1. Листок непрацездатності (далі - ЛН) – це багатофункціональний документ, який є підставою для звільнення від роботи у зв'язку з непрацездатністю та з матеріальним забезпеченням застрахованої особи в разі тимчасової непрацездатності, вагітності та пологів.

Лицьовий бік бланка ЛН заповнюється лікуючим лікарем або молодшим медичним працівником з медичною освітою.

Зворотний бік бланка ЛН заповнюється за місцем роботи застрахованої особи. Записи в ЛН здійснюються розбірливим почерком, без помарок, синім, фіолетовим або чорним чорнилом.

2. Насамперед заповнюється корінець ЛН

2.1. Підкреслюється слово "первинний" або "продовження", у разі продовження ЛН зазначається номер попереднього.

Указуються: прізвище, ім'я та по батькові (повністю) непрацездатного та місце його роботи (назва підприємства, установи, організації), дата видачі ЛН (цифрою вказується число, після чого літерами - назва місяця, цифрою зазначається рік), прізвище лікаря, який видав ЛН, номер медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, підпис одержувача у графі "Підпис одержувача".

2.2. Паспортна частина ЛН (прізвище непрацездатного, ім'я та по батькові, вік) заповнюється за даними документів, місце роботи - зі слів непрацездатного.

2.3. Після заповнення корінець залишається в закладі охорони здоров'я.

3. Далі заповнюється частина лицьового боку ЛН, що видається непрацездатному.

3.1. Підкреслюється слово "первинний" або "продовження" із зазначенням номера та серії попереднього ЛН у разі його продовження. Чітко вказуються: назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я (повністю), що підтверджуються штампом та

печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності"; дата видачі ЛН (цифрою вказується число, після чого літерами - назва місяця, цифрою вказується рік), прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного (повністю); число повних років (цифрами); стать підкреслюється; місце роботи: назва і місцезнаходження підприємства, установи, організації (повністю).

3.2. У графі "Діагноз первинний" лікар указує первинний діагноз у перший день видачі ЛН. У графі "Діагноз заключний" лікар указує остаточний діагноз, а в графі "шифр МКХ-10" - шифр діагнозу відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду, прийнятої 43 Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я 1 січня 1993 року (далі - МКХ-10). Діагноз первинний, діагноз заключний та шифр МКХ-10 зазначаються виключно за письмовою згодою хворого. В іншому випадку первинний та заключний діагнози та шифр МКХ-10 не вказуються. Якщо за письмовим погодженням із завідувачем відділення з деонтологічних міркувань лікар у ЛН змінює формулювання діагнозу та шифру МКХ-10 фактичного захворювання, то він зобов'язаний зробити в медичній картці стаціонарного чи амбулаторного хворого запис, який обґрунтовує зміну діагнозу та шифру МКХ-10.

3.3. У графі "Причина непрацездатності:" слід обов'язково підкреслити відповідну причину звільнення від роботи. Пункти 2, 4 виправленню не підлягають.

3.4. У графі "Режим:" обов'язково вказати режим, який призначається хворому: стаціонарний, амбулаторний, постільний, домашній, санаторний, вільний тощо.

3.5. У графі "Відмітки про порушення режиму:" зазначається дата порушення режиму, що засвідчується підписом лікаря. Види порушень режиму вказуються у графі "Примітка:" з обов'язковим записом у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

3.6. У графі "Перебував у стаціонарі" зазначаються дати госпіталізації та виписки зі стаціонарного відділення.

3.7. У графі "Перевести тимчасово на іншу роботу" указуються дати тимчасового переведення хворого на іншу роботу, що засвідчується підписом голови лікарсько-консультативної комісії та круглою печаткою закладу охорони здоров'я.

3.8. Особам, у яких тимчасова непрацездатність настала поза постійним місцем проживання і роботи, ЛН видається за підписом головного лікаря, що засвідчується круглою печаткою закладу охорони здоров'я. Запис здійснюється у графі "Видачу листка непрацездатності дозволяю" із обов'язковим записом у медичних картах амбулаторного чи стаціонарного хворого.

3.9. У графі "Направлений до МСЕК" здійснюється запис дати направлення документів на МСЕК, що підтверджується підписом голови лікарсько-консультативної комісії.

3.10. У графі "Оглянутий у МСЕК" зазначають дату огляду хворого.

3.11. У графі "Висновок МСЕК" робиться відповідний запис, що засвідчується підписом голови МСЕК та печаткою МСЕК: "визнаний інвалідом певної групи та категорії"; "інвалідом не визнаний, потребує долікування"; "інвалідом не визнаний, працездатний". У разі визнання хворого інвалідом дата встановлення інвалідності повинна збігатися з днем надходження (реєстрації) документів у МСЕК.

У разі визнання хворого працездатним у графі "Стати до роботи" зазначається дата, наступна за датою огляду в МСЕК.

3.12. У графі "Звільнення від роботи" у першому стовпчику "З якого числа" дата видачі ЛН (число, місяць, рік) позначається арабськими цифрами; у другому стовпчику "До якого числа включно" дата продовження ЛН (число і місяць) позначається літерами; у четвертому стовпчику "Підпис та печатка лікаря" продовження або закриття ЛН

підтверджується підписом та печаткою лікаря. Якщо ЛН продовжується в амбулаторних умовах, запис терміну лікування здійснюється відповідно до п. 2.2 Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затвердженій наказом МОЗ України від 13 листопада 2001 року № 455, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 4 грудня 2001 року за № 1005/6196. Продовження ЛН здійснюється з обов'язковим зазначенням посад та прізвищ лікаря, завідувача відділення або голови лікарсько-консультативної комісії, що засвідчується їх підписами.

У стаціонарному відділенні запис усього терміну лікування може бути вказаний в одному рядку з обов'язковим зазначенням посад та прізвищ лікаря і завідувача відділення, що засвідчується їх підписами та печатками.

3.13. У графі "Стати до роботи" вказують словами число і місяць, коли приступити до роботи; посаду, прізвище лікаря, що засвідчується його підписом та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності". У разі продовження тимчасової непрацездатності підкреслюється "Продовжує хворіти" та зазначається номер нового ЛН. У разі смерті у графі "Стати до роботи" зазначаються "помер" і дата смерті.

4. У правому нижньому полі ЛН у графі "Примітка:" лікарем здійснюються такі записи:

4.1. При порушенні хворим призначеного режиму вказується вид порушення (наприклад, несвоєчасна явка на прийом до лікаря; алкогольне, наркотичне, токсичне сп'яніння під час лікування; вихід на роботу без дозволу лікаря; самовільне залишення закладу охорони здоров'я; виїзд на лікування в іншому закладі охорони здоров'я без відмітки про дозвіл виїзду; відмова від направлення або несвоєчасна явка на МСЕК та ін.).

4.2. У разі тимчасової непрацездатності у зв'язку із захворюванням або травмою, що сталися внаслідок алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або дій, пов'язаних з ним, робиться позначка про таке сп'яніння.

4.3 У разі направлення на санаторно-курортне лікування зазначаються номер путівки, дати початку та закінчення путівки, назва санаторно-курортного закладу.

4.4. У разі направлення на долікування в реабілітаційне відділення санаторно-курортного закладу вказуються номер реабілітаційної путівки, дати початку та закінчення путівки, назва санаторно-курортного закладу.

4.5. У разі помилок у тексті здійснюється виправлення тексту, що підтверджується записом "Виправленому вірити", підписом лікуючого лікаря та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності". На бланку ЛН дозволяється не більше двох виправлень.

4.6. У разі тимчасової непрацездатності ("професійне та його наслідки-2" або "нещасний випадок на виробництві та його наслідки - 4") слід указати дату встановлення професійного захворювання або нещасного випадку на виробництві.

4.7. Інші примітки.

5. У разі направлення хворого з лікувально-профілактичного закладу до реабілітаційного відділення санаторно-курортного закладу на доліковування у графі ЛН "Стати до роботи" здійснюється запис "доліковування в санаторно-курортному закладі" і вказується дата початку путівки. У графі "Видано новий листок непрацездатності (продовження) №" зазначається номер нового ЛН, який заповнюється в стаціонарі або в денному стаціонарі закладу охорони здоров'я на період доліковування. У графі

"Причина непрацездатності:" нового ЛН підкреслюється "захворювання загальне - 1"; у графі "Режим" указується "санаторний", у графі "Звільнення від роботи" у першому стовпчику "З якого числа" вказується дата початку путівки. В правому верхньому кутку ЛН ставиться печатка закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності".

Подальше оформлення ЛН здійснюється в реабілітаційному відділенні санаторно-курортного закладу. У графі "Перебував у стаціонарі" зазначаються дати госпіталізації та виписки з реабілітаційного відділення; у графі "Звільнення від роботи" у другому стовпчику "До якого числа включно" вказується дата виписки; у графі "Стати до роботи" літерами пишуть число і місяць, коли стати до роботи, зазначаються посада, прізвище лікаря та завідувача реабілітаційного відділення, їх підписи, що засвідчуються круглою печаткою санаторно-курортного закладу. У разі продовження тимчасової непрацездатності підкреслюється "продовжує хворіти".

6. При лікуванні хворих у реабілітаційних центрах та реабілітаційних відділеннях закладів охорони здоров'я ЛН заповнюється відповідно до вимог цієї Інструкції при наявності ознак тимчасової непрацездатності.

7. У разі медичного нагляду за особами, які були в контакті з хворими на інфекційні захворювання, та бактеріоносіями в графі "Причина непрацездатності:" підкреслюється "контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство-6", у графі "Режим:" - "домашній".

8. У разі направлення хворого на протезування в умовах стаціонару протезно-ортопедичного підприємства у графі "Причина непрацездатності:" вказується "ортопедичне протезування - 9", у графі "Перебував у стаціонарі", крім дати, робиться відмітка "протезно-ортопедичного підприємства", у графі "Звільнення від роботи" вказуються дати початку та закінчення протезування з урахуванням проїзду.

9. У графі "Діагноз первинний" позначається термін вагітності на час звернення, у графі "Діагноз заключний" - орієнтовний термін пологів, у графі "Причина непрацездатності:" - "вагітність та пологи"; у графі "Режим:" - "амбулаторний та стаціонарний"; у графі "Звільнення від роботи" одним рядком записується сумарна тривалість відпустки з відміткою дати відкриття ЛН, у графі "Стати до роботи" - дата закінчення відпустки. ЛН затверджується підписом лікуючого лікаря, завідувача жіночої консультації, для іногородніх жінок - додатково керівником закладу охорони здоров'я. ЛН завіряється печаткою закладу охорони здоров'я. Додаткові дні післяпологової відпустки при патологічних пологах і багатоплідній вагітності оформлюються окремим (додатковим) бланком ЛН.

10. Якщо при черговому відвідуванні хворим лікаря має місце порушення режиму у вигляді несвоєчасного прибуття хворого до лікаря, то: - у разі визнання хворого непрацездатним продовження ЛН здійснюється з дня його відвідування лікаря; - у разі визнання хворого працездатним у графі "Стати до роботи" пишуться літерами число і місяць та здійснюється запис "з'явився працездатним". Закриття ЛН здійснюється датою, установленною лікарем, для прибуття хворого.

11. Номери бланків ЛН, дата видачі, продовження, дати відвідування на повторні огляди, виписки на роботу обов'язково фіксують у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

12. У разі втрати ЛН оформлення дубліката ЛН здійснюється лікуючим лікарем при наявності довідки з місця роботи про те, що виплата за цим ЛН не здійснювалася. У верхньому правому кутку ЛН зазначається "дублікат", у графі "Звільнення від роботи"

одним рядком записується весь період непрацездатності, що підтверджується підписом і печаткою лікуючого лікаря та голови лікарсько-консультативної комісії. У медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого робиться відповідний запис із зазначенням номера дубліката ЛН.

Основні вимоги, пропоновані до заповнення медичних документів: достовірність, медична грамотність, повнота та своєчасність записів. Важливо, що проблема неналежного ведення медичної документації, крім неповної нормативної бази, посилюється суб'єктивним фактором. Більшість медичних працівників, що традиційно відносяться до паперової роботи як до другорядної і вимагає невиправдано великих трудовитрат, вважають цілком допустимим відступати від раніше застосовувалися норм ведення медичної документації.

Найбільш поширеними дефектами ведення первинної медичної документації є наступні:

- відсутність обґрунтування госпіталізації, встановленого попереднього та клінічного діагнозів, дефекти в описі скарг, анамнезу, об'єктивного обстеження;
- відсутність обґрунтування необхідності проведення того чи іншого медичного втручання;
- відсутність добровільної інформованої згоди пацієнта на медичне втручання;
- неправильне оформлення записів у зв'язку з призначенням лікарської терапії;
- відсутність вказівок на результати проведених лікувальних заходів;
- відсутність етапних епікризів і відомостей про динамічному спостереженні за хворим;
- відсутність вказівки часу огляду пацієнта лікарем, консультантами, часу проведення оперативного втручання; відсутність необхідних підписів (лікуючого лікаря або зав. відділенням);
- низька інформативність щоденників, записів консультантів і епікризів;
- формальний характер записів, недбалі і нерозбірливі записи, порушення хронологічного порядку викладу даних.

Висновок

В сфері медичного права нам потрібно вирішити найближчим часом досить широке коло завдань.

По-перше, має відбутися систематизація шляхом кодифікації нормативно-правових актів, які існують у медичній сфері, тобто йдеться про прийняття медичного кодексу, який буде основним документом, що регулює медично-правові відносини.

По-друге, мають бути прийняті певні правові акти, зокрема ті, що підготовлені і розроблені, -про захист прав пацієнтів, а також про повноваження, права і обов'язки медичних установ під час надання медичних послуг.

По-третє, судові органи, зокрема Верховний Суд України, мають надати узагальнення судової практики з цієї категорії справ. У нашій країні наразі немає узагальнення такої практики, і, фактично, адвокати і представники медичних закладів зустрічаються з невизначеністю під час вирішення юридичних питань. Не зрозуміло, яким чином взагалі визначаються підстави для задоволення позову та ступінь завданої пацієнту шкоди. Немає також точного роз'яснення, коли експертний висновок можна вважати таким, що є достатнім і об'єктивним доказом у справі та щодо інших питань, які стосуються правозастосовчої практики у цій галузі. Наднизькі доходи значної кількості вітчизняних медиків та правова незахищеність створили горезвісний образ лікаря-хабарника, розвінчувати який належить не тільки медичним працівникам, а й правникам. Сьогодні у комітетах Верховної Ради України, серед медичних працівників, юристів медичних установ обговорюються напрямки спільної роботи з вдосконалення законодавчої бази з медичних питань. Отже, певні кроки на цьому шляху вже робляться і ми можемо сподіватися, що медичні послуги у майбутньому будуть не тільки якісними та доступними, а й перебуватимуть у межах правового поля.

Тестові завдання:

1.Що характеризує показник інтенсивності?

- А) питому вагу явища
- В) співвідношення між явищами, які пов'язані між собою
- Д) наочно відображає зміни явища в динаміці
- Е) неоднорідність явища, яке вивчається

2.Які з нижченазваних документів належать до звітних форм?

- А) список осіб, які підлягають періодичному медичному огляду
- В) контрольна карта диспансерного нагляду
- С) звіт лікувально-профілактичного закладу
- Д) історія розвитку дитини
- Е) лікарське свідоцтво про смерть

3.Вивчення захворюваності населення передбачає використання цих даних у практичній діяльності закладів охорони здоров'я. З якою метою використовують ці дані?

- А) вивчення витрат на лікування одного хворого
- В) вивчення витрат на гігієнічне виховання населення
- С) оцінка рівня санітарної культури населення
- Д) планування медичних служб
- Е) оцінка стану здоров'я пацієнта

4.Розкрийте алгоритм заповнення корінця ЛН?

- А) підкреслюється слово «первинний» або «продовження»
- В) у разі продовження ЛН зазначається номер попереднього
- С) вказується ПП(повністю) непрацездатного та місце його роботи (назва підприємства, установи, організації)
- Д) зазначається дата видачі листка непрацездатності (цифрою вказується число, після чого літерами-назва місяця, цифрою зазначається рік)
- Е) вписується прізвище лікаря, який видав ЛН, номер Медичної карти амбулаторного хворого (ф.№025/0 /Медичної карти стаціонарного хворого (ф.№003/0)

Г)одержувач ставить підпис у графі «Підпис одержувача»

5.Які з нижченазваних документів належать до облікових форм?

А)звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання

В)контрольна карта диспансерного нагляду

С)звіт про хворих на туберкульоз

Д)історія розвитку дитини

Е)лікарське свідоцтво про смерть

6.Стаття 4 Закону України «Про права пацієнтів в Україні» називається:

А)сфера застосування закону

В)принципи забезпечення прав пацієнтів

С)права пацієнтів

Д)право на доступ до медичної допомоги

Е)право на конфіденційність

7.Стаття 12 Закону Укаїни «Про праав пацієнтів в Україні» називається:

А)право на дотримання стандартів в сфері охорони здоров'я

В)принципи забезпечення прав пацієнтів

С)права пацієнтів

Д)право на доступ до медичної допомоги

Е)право на конфіденційність

8.Вкажіть призначення карти обліку диспансеризації (ф. №131/0)

А)є основним документом

В) є оперативно-обліковим документом

С)призначена для обліку контингентів населення,яке підлягає періодичним медичним оглядам

Д)використовується для контролю за правильністю проведення,оформлення та якістю цих оглядів

Е)нризначена для обліку проведення оглядів диспансерних контингентів

Використана література

1. Офіційний портал Верховної Ради України
2. Вороненко Ю. В., Радиш Я. Ф. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку // Український медичний часопис — № 5 (55) — IX/X 2006. — С. 5—10.
3. Богомаз В. М., Лелюх Н. М. Особливості взаємовідносин лікар — пацієнт в системі добровільного медичного страхування. Укр. мед. часопис, 3(53): 60—64 (<http://www.umj.com.ua/arhiv/53/1914.asp>). — 2006.
4. Болотіна Н. Медичне право у системі права України. Право України, 7: 116—121. — 1999.
5. Губерная Г. К., Ильющенко В. Г. Власть и управление // Менеджер: Вестник ДонДУУ. — Донецк, 2003. — № 2 (24). — С. 7—17.
6. Гладун З. С. Організаційно-правові проблеми вдосконалення діяльності центральних органів виконавчої влади в умовах проведення адміністративної реформи (на прикладі Міністерства охорони здоров'я). Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні: Матеріали наук. - практ. конф. В. І. Луговий, В. М. Князев (ред.), Вид-во УАДУ, К. — 2001. — Т. 1. — С. 180—182.
7. Гусев В. О., Довгаль Г. М. Методологічні підходи до формування системи інноваційного законодавства. Менеджер. Вісн. ДонДУУ. — 2004. № 4 (30): 11—17.
8. Давыдкин Н. Ф. О юридическом и этическом значениях определения терминов в медицине // Медицинское право / Medical Law. — 2004. — № 3 (7). — С. 5—7.
9. Карамішев Д. В. Теоретичні аспекти та узагальнення основних понять управління системою охорони здоров'я в умовах трансформації суспільства // 36. наук. пр. НАДУ. — 2005. — Вип. 1. — С. 34—41.
10. Козуліна С. О. Особливості викладання дисципліни «Медичне законодавство» // Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фармацевтичної) освіти: Матеріали наук. -метод. конф., 14—15 квітня 2005 р. — Тернопіль, 2005. — С. 136—

Автор: ст. викладач Черешнюк Г.С.

Затверджено на засіданні кафедри

« 30 » _____ 08 _____ 2018 р.

Протокол № 2 _____

Зав.кафедри соціальної медицини,

економіки та організації охорони здоров'я

проф.О.М.Очередько