

Кафедра соціальної медицини  
та організації охорони здоров'я

Методична розробка для лікарів-інтернів зі спеціальності  
« Хірургія »

ТЕМА: **Питання управління та планування в хірургічній службі. Основні показники санітарної і демографічної статистики, методика, розрахунок, оцінка, аналіз діяльності поліклініки, стаціонару, хірурга.**

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин

## **Навчальні цілі заняття:**

### **Знати:**

- 1.основні принципи організації лікувально-профілактичної допомоги;
- 2.порядок надання хірургічної допомоги;
- 3.особливості амбулаторної, військово-польової хірургії під час масового надходження потерпілих;
- 4.форми та методи санітарно-просвітницької роботи.

### **Вміти:**

- 1.заповнювати основну облікову документацію;;
- 2.проводити експертну оцінку надання лікувально-профілактичної,ургентної та планової хірургічної допомоги та повноти диспансерного спостереження;
- 3.опрацювати варіанти управлінських рішень,скерованих на поліпшення роботи хірургічної служби та зміцнення здоров'я пацієнтів;
- 4.проводити санітарно-просвітницьку роботу серед населення.

# **Зміст**

## **теми заняття**

Стаціонарна медична допомога надається хворим, які потребують постійного медичного нагляду, застосування складних методів обстеження та інтенсивного лікування, а також оперативних втручань, що не можуть бути виконані в амбулаторних умовах. *Структурно-логічна схема №1*

### **Основні види стаціонарних (лікарняних) закладів:**

- міська лікарня;
- обласна лікарня;
- районна лікарня;
- дільнична лікарня;
- центральна районна лікарня
- дитяча (міська, обласна) лікарня;
- лікарня на залізничному (водному) транспорті;
- госпіталь для ветеранів війни;
- медико-санітарна частина;
- спеціалізовані (психіатрична, фтизіатрична, інфекційна, наркологічна, дермато-венерологічна, онкологічна та ін.) лікарні.

За порядком госпіталізації виділяють лікарні швидкої допомоги, лікарні для планової госпіталізації і лікарні для загальної (змішаної) госпіталізації.

Лікарні також можуть бути об'єднані і необ'єднані з поліклінікою.

Потужність стаціонару визначається кількістю розгорнутих ліжок в ньому.

Лікарні були і залишаються основною клінічною базою для підготовки майбутніх лікарів та середнього медичного персоналу. В клінічних лікарнях також підвищують свою кваліфікацію або отримують вузьку спеціалізацію вже дипломовані лікарі.

За рекомендаціями ВООЗ, виділяють наступні функції сучасної лікарні:

1. лікувально-відновлювальні (діагностика та лікування захворювань, медико-соціальна реабілітація, невідкладна медична допомога);
2. профілактичні (профілактика інфекційних захворювань, запобігання переходу гострих хвороб у хронічні, зниження захворюваності з тимчасовою непрацездатністю та інвалідністю);
3. навчальні (підготовка медичного персоналу та підвищення кваліфікації медичних працівників);
4. науково-дослідницькі.

Водночас лікарняна допомога є найбільш капіталоемким сектором системи охорони здоров'я: на утримання і розвиток стаціонарних закладів витрачається 60-80% і більше асигнувань від фінансування всієї системи охорони здоров'я. В Україні ж рівень госпіталізації перевищує аналогічні показники економічно розвинутих країн в 3

і більше разів. Це зобов'язує розробляти і запроваджувати заходи раціонального використання ліжкового фонду. Ряд проведених попередньо досліджень дозволили визначити найбільш поширені причини нераціонального використання ліжкового фонду і відповідно можливі шляхи підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я. Як показали результати цих досліджень, значна кількість пацієнтів (до 15%) не мала достатніх показань для стаціонарного лікування, майже кожний п'ятий хворий направлявся на лікування в стаціонар амбулаторно-поліклінічними закладами без достатнього обстеження, що подовжує строки перебування цих пацієнтів в стаціонарі, а з іншого боку частим є необґрунтоване дублювання обстежень, несвоєчасне направлення в стаціонар в запущених станах, з важкими ускладненнями, значний відсоток розбіжностей діагнозів поліклінік і стаціонарів (10-23%).

Підвищенню ефективності використання ліжкового фонду та покращенню якості стаціонарної допомоги сприятимуть такі заходи:

- обґрунтований відбір амбулаторно-поліклінічними закладами та стаціонарами хворих, своєчасна госпіталізація;
- організація домашніх стаціонарів;
- розширення діапазону обстежень в амбулаторно-поліклінічних закладах, всебічна підготовка планових хворих до госпіталізації.;
- своєчасна організація консультацій у поліклініках і стаціонарах;
- налагодження тісних чітких взаємозв'язків між поліклініками і стаціонарами;
- рівномірна планована протягом тижня госпіталізація та виписка хворих;
- зведення до мінімуму дублювання в стаціонарах досліджень, проведених перед госпіталізацією;
- інтенсифікація діагностичного і лікувального процесів із застосуванням найефективніших сучасних методик;
- своєчасна діагностика та лікування в стаціонарі основного і супутніх захворювань, ускладнень;
- організація диференційованого стаціонарного лікування (з урахуванням стану здоров'я хворого, об'єму надання допомоги) та догляду (індивідуальні пости для важкохворих, відділення (палати) сестринського догляду);
- уніфікація медичної документації, скорочення витрат часу лікарів і середнього медичного персоналу на її заповнення;
- централізація окремих процесів (стерилізація інструментарію, доставка медикаментів, білизни);
- удосконалення управління лікарнею, налагодження постійного зв'язку з різними підрозділами і виконавцями.

В сучасних умовах доцільним і можливим є перенесення окремих видів лікувально-профілактичної допомоги із цілодобових стаціонарів в **стаціонарозамінні структури**. До них відносяться:

- денні стаціонари в поліклініках;
- домашні стаціонари;
- відділення (палати) денного перебування;
- відділення сестринського догляду.

В умовах денного стаціонару доцільно лікувати хворих, що потребують внутрішньовенних інфузій, призначений прийом медикаментів, які потребують систематичного спостереження з боку лікаря, проводиться підготовка до складних діагностичних процедур. *Структурно-логічна схема №2*

Для організації систематичного лікування хворих удома дільничний терапевт чи сімейний лікар створює домашній стаціонар, в умовах якого обслуговування хворого проводять на рівні, максимально наближеному до лікарні, з використанням усіх необхідних діагностичних і лікувальних методів у домашніх умовах. Перебування пацієнта в умовах домашнього стаціонару вимагає поряд з систематичним спостереженням лікаря кваліфікованого сестринського догляду.

У лікарнях можуть діяти відділення (палати) денного перебування хворих з гострими і хронічними захворюваннями, стан здоров'я яких не потребує цілодобової госпіталізації. Це відділення використовує всі діагностичні та допоміжні підрозділи лікарні. Вибір хворих до них проводять дільничні терапевти (сімейні лікарі) і лікарі-спеціалісти.

Стаціонарного лікування, спостереження потребують також пацієнти, стан здоров'я яких не загрожує життю, але потребує проведення проти рецидивних курсів, підтримуючої терапії. Для цього створюють відділення сестринського догляду для забезпечення переважно симптоматичного лікування, підтримуючої терапії, догляду за хронічними хворими і особами похилого віку в умовах лікарняного стаціонару.

Різноманітна діяльність стаціонарних закладів потребує оперативної корекції та планування на основі поточного обліку та аналізу роботи закладів в цілому, окремих підрозділів та медичного персоналу. Відповідні дані про розділи роботи можна отримати з облікових документів, затверджених МОЗ України.

**Перелік основних форм медичних документів, які  
використовуються в стаціонарному відділенні лікувально-  
профілактичного закладу**

№ п/п	Назва форми	№ форми
<b>Стаціонар</b>		
1.	Журнал обліку хворих у стаціонарі	0,01/о
2.	Журнал відмовлень від госпіталізації	0,02/о
3.	Медична карта стаціонарного хворого	0,03/о
4.	Температурний лист	0,04/о
5.	Журнал запису оперативних втручань в стаціонарі	0,08/о
6.	Журнал реєстрації переливання трансфузійних рідин	0,09/о
7.	Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару	0,66/о
8.	Листок обліку хворих і ліжкового фонду стаціонару	0,07/о
9.	Зведена відомість обліку руху хворих і ліжкового фонду в стаціонарі, відділенні або профіль ліжок	0,16/о
<b>Поліклініка і стаціонар</b>		
10.	Консультативний висновок спеціаліста	028/о
11.	Направлення на МСЕК	088/о
12.	Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого	027/о
13.	Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре, професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення	058/о
14.	Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву, трихофітії, мікроспорії, фавусу, корости, трахоми	089/о
15.	Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення	090/о
16.	Повідомлення про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідійну інфекцію, уrogenітальний мікоплазмоз та трихомоніаз	089-1/о
17.	Журнал обліку інфекційних захворювань	060/о
18.	Довідка про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, профтехучилища, про хворобу, карантин та інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий	095/о

	дошкільний заклад	
19.	Листок непрацездатності	
20.	Журнал запису висновків лікарсько-експертної комісії	035/о
21.	Журнал реєстрації листків непрацездатності	0036/о
22.	Журнал обліку роботи з гігієнічного виховання населення	038/о
23.	Лікарське свідоцтво про смерть	106/о-95

Інформація може записуватися як на паперових носіях, так і в комп'ютерній базі даних. Дані облікових документів є основою для аналізу діяльності закладу, підрозділу, окремого спеціаліста за певний звітний період. Звіт складають лікарі-статисти та методисти, статистики, які працюють в у кабінетах обліку та медичної статистики чи в інформаційно-аналітичних відділах районних (міських) лікарень. Робота стаціонарного відділення в значній мірі висвітлена в звіті лікувально-профілактичного закладу (ф. №20). На основі звітних даних обчислюють і аналізують за участю керівників закладу та підрозділів відповідні показники.

## І. Основні якісні показники оцінки роботи стаціонару міських та районних лікарень Стаціонар для дорослих

1. Розподіл виписаних із стаціонару за результатами лікування: з одужанням, з поліпшенням, без змін, з погіршенням:

$$\frac{\text{число виписаних з одужанням}}{\text{число всіх виписаних}} \times 100$$

(аналогічно обчислюються інші показники).

2. Лікарняна летальність від основних захворювань:

$$\frac{\text{число померлих в поточному році стаціонарі від даного захворювання}}{\text{число всіх виписаних + число померлих від даного захворювання}} \times 100$$

3. Тривалість передопераційного періоду у планових хворих (для хірургічного профілю):

$$\frac{\text{число ліжок - днів, що провели всі хворі в поточному році від моменту госпіталізації до операції}}{\text{число всіх виписаних та померлих, яким була зроблена операція}}$$

4. Скарги населення на погане медичне обслуговування та деонтологічного характеру.
5. Експертним шляхом оцінюється: кожен випадок післяопераційного ускладнення; кожен випадок післяопераційної смерті; кожен випадок розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозів.
6. Інтегральна оцінка роботи стаціонару за моделлю кінцевих результатів.



## Обов'язки лікаря

Для виконання своїх обов'язків лікар повинен мати свободу професійних дій, узгоджених з його сумлінням і вимогами сучасної медицини.

За лікарем зберігається свобода вибору в застосуванні обґрунтованих методів, які, на його думку, є найвиправданішими. Лікар повинен, однак, обмежитись такими діагностичними, лікувальними і профілактичними заходами, які дійсно необхідні хворому та відповідають сучасному рівню медичних знань.

В окремих ситуаціях лікар може відмовитись або ж ухилитись від лікування хворого, крім випадків, коли надання невідкладної лікарської допомоги не терпить зволікання. Не маючи змоги надати медичну допомогу хворому, або ж ухиляючись від неї, лікар зобов'язаний вказати хворому, а також його законним представникам, на іншу можливість її одержання.

Лікар може здійснювати лікарські заходи виключно з медичних та (або) естетичних показань.

Лікар повинен старанно провести діагностування, лікування і профілактику, присвячуючи на це необхідний час.

Лікар може почати лікування тільки після попереднього обстеження пацієнта. Винятком є хіба надзвичайні ситуації, за яких негайна лікарська допомога у формі поради може бути надана лише на відстані.

Проводячи діагностування, визначення нозології, профілактику і лікування, лікар не повинен виходити за межі своїх професійних можливостей.

Якщо ці заходи перевищують компетенцію лікаря, він повинен звернутися до компетентнішого колеги. Це не стосується надзвичайних ситуацій і важких захворювань, при яких зволікання може загрожувати здоров'ю і життю хворого.

Лікар повинен дбати про такі умови виконання своїх обов'язків, які забезпечують відповідну якість опіки над хворим.

Лікар зобов'язаний доброзичливо та культурно ставитись до пацієнта, шанувати його особисту гідність.

Лікар зобов'язаний поважати право пацієнта на свідому участь у прийнятті основних рішень, що стосуються його здоров'я.

Пацієнт повинен одержати доступно сформульовану інформацію щодо стану свого здоров'я. Пацієнт має знати про ступінь потенційного ризику діагностичних і профілактичних заходів та очікуваного покращання, що пов'язані з цими діями, а також про можливість іншої тактики лікування.

Лікар не може використовувати свого впливу на пацієнта поза лікувальною метою. Діагностування, лікування і профілактика вимагають згоди пацієнта. Якщо пацієнт нездатний свідомо виявити свою волю, тоді це може зробити його законний представник чи фактичний опікун, тобто особа, яка постійно ним опікується.

Діагностування, лікування чи профілактику можна розпочати без згоди хворого лише в особливих випадках, коли є загроза життю та здоров'ю пацієнта або інших осіб.

У випадку відмови пацієнта від пропонованих заходів лікар повинен, у міру можливостей, оточувати його лікарською опікою.

За бажанням пацієнта лікар може не інформувати його про стан здоров'я чи перебіг лікування. Пацієнт може також назвати осіб, які контактуватимуть з лікарем від його імені. Надання інформації родині, коли це можливо, повинно бути погоджене з хворим. Якщо хворий непритомний, то для його добра лікар може поінформувати іншу особу, будучи впевненим, що вона діє в інтересах хворого.

У випадку хвороби дитини лікар зобов'язаний вичерпно поінформувати її батьків або опікунів.

Якщо прогноз для хворого несприятливий, його слід тактовно й обережно повідомити про це. Інформацію про діагноз і несприятливий прогноз лікар може подати лише тоді, коли він твердо переконаний, що це не завдасть глибоких страждань або інших шкідливих для здоров'я пацієнта наслідків; проте, якщо пацієнт наполягає на цьому, лікар повинен її подати.

Лікар не має права перешкодити хворому звернутись до іншого лікаря з проханням про визначення стану його здоров'я і оцінки лікувальних заходів. Якщо хворий цього бажає, лікар повинен сприяти в одержанні такої консультації.

Під час лікування хворий має право користуватись опікою родичів або друзів, звертатись до осіб духовного стану. Лікар повинен з належним розумінням ставитись до близьких хворому осіб, які турбуються його життям і здоров'ям.

Лікар, який опікується хворим, повинен забезпечити безперервність лікування, а якщо необхідно — забезпечити опіку інших лікарів.

Якщо в процесі лікування лікар допустив серйозну помилку або ж виникли непередбачені ускладнення, він повинен поінформувати про це хворого та вжити заходів для їх усунення.

Коли ж стан хворого вимагає застосування особливих методів діагностування, терапії чи профілактики, які одночасно не можна застосувати усім пацієнтам, що їх потребують, лікар встановлює черговість їх здійснення для пацієнтів, керуючись медичними критеріями.

## **ПРАВА ЛІКАРЯ**

Права медичних і фармацевтичних працівників щодо підприємницької діяльності. Загальні права громадян щодо підприємницької діяльності були викладені у розділі “Господарська діяльність та господарські відносини”, а специфічні права будуть приведені нижче.

### **Професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників**

Медичні і фармацевтичні працівники мають право на:

- а) заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;
- б) належні умови професійної діяльності;
- в) підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах;
- г) вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і

практики;

д) безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків;

е) обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;

є) соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;

ж) встановлення у державних закладах охорони здоров'я середніх ставок і посадових окладів на рівні не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості;

з) скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;

и) пільгові умови пенсійного забезпечення;

і) безплатне користування квартирою з опаленням і освітленням тим, хто проживає в сільській місцевості, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва власного житла, придбання автотранспорту;

й) першочергове одержання лікувально-профілактичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами; к) створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;

л) судовий захист професійної честі та гідності.

Законодавством може бути передбачено інші права та пільги для медичних і фармацевтичних працівників. На них також можуть поширюватися пільги, що встановлюються для своїх працівників підприємствами, установами і організаціями, яким вони подають медико-санітарну допомогу.

### **Право на доступ до медичної допомоги**

Медичні послуги повинні плануватися й організовуватися у такий спосіб, який би давав можливість пацієнтам на рівний доступ до них, тобто незалежно від таких відмінностей, як раса, мова, релігія, стать, політичні чи філософські погляди, соціальний чи економічний стан, вік, ознаки генетичної спадковості.

Будь-яка відмова лікувальної установи або медичного працівника без законних підстав, передбачених правовими актами, у наданні пацієнтам медичної допомоги є неприпустимою і розглядається як дискримінація.

В усіх випадках, коли обставини надання медичної допомоги потребують від лікаря здійснити вибір пацієнта, обумовлений черговістю її надання, такий вибір повинен бути зроблений без дискримінації, справедливим чином і обґрунтований тільки медичними критеріями. Пацієнта можна залишити очікувати медичну допомогу тільки тоді, коли цього не можна уникнути і на якнайкоротший час.

## **Право на дотримання фізичної і психічної недоторканності і цілісності при медичному втручанні**

Право на дотримання фізичної і психічної недоторканності і цілісності організму пацієнта є обов'язковою умовою надання йому медичної допомоги і не підлягає ніяким обмеженням, крім тих, які передбачені чинним законодавством України. Це право може бути обмежене чи порушене тільки для порятунку життя пацієнта.

Рішення про медичне втручання, здатне спричинити погіршення фізичного чи психічного стану здоров'я пацієнта, з метою порятунку його життя чи лікування, спираючись на положення статей 7 і 8 цього закону пацієнт, випадку своєї дієздатності, приймає сам на основі повної інформації, наданої лікуючим лікарем, про що робиться запис у медичній документації пацієнта. Рішення про необхідність такого втручання, при недієздатності пацієнта, приймає консилиум лікарів, а в екстрених випадках, якщо неможливо зібрати консилиум, - лікуючий (черговий) лікар, про що також робиться запис у медичній документації пацієнта.

У процесі надання хірургічної допомоги пацієнту не допускається вилучення будь-яких протезів, органів, тканин і середовищ організму, включаючи тканини і середовища, що відриваються в процесі пологів і абортівний матеріал ні на які інші цілі, крім нормалізації стану здоров'я пацієнта.

## **Право на інформовану згоду**

Обов'язковою попередньою умовою будь-якого медичного втручання є згода на це дієздатного пацієнта, отримана на основі наданої йому повної й об'єктивної інформації про таке втручання.

Згоду або незгоду на медичне втручання пацієнт повідомляє лікуючому лікарю або адміністрації установи охорони здоров'я.

Якщо пацієнтами є обмежено дієздатні особи, то при одержанні згоди їхніх законних представників на медичне втручання повинна також враховуватися думка самих пацієнтів, яких необхідно залучати до процесу ухвалення рішення у той спосіб, у який вони на це здатні і дозволяють обставини.

Згода пацієнта на медичне втручання може бути виражена усно, письмово або іншим способом. В усіх випадках, коли невиконання медичного втручання може привести до важких наслідків для пацієнта, відмова, надана йому або його законним представникам повинна бути виражена тільки в письмовій формі за підписом пацієнта або його законного представника.

Згода пацієнта необхідна в усіх випадках консервації і використання будь-яких компонентів людського тіла, у т.ч. з метою діагностики чи лікування.

У випадку коли лікар вважає, що медичне втручання необхідне для порятунку життя пацієнта або поліпшить стан його здоров'я, а сам пацієнт не в змозі прийняти рішення і його законний представник не приймає рішення про проведення медичного втручання або є відсутнім, лікар таке втручання робить.

Вирішення суперечностей після виконання такого медичного втручання проводиться в судовому порядку відповідно до законодавства.

Інформована згода пацієнта є обов'язковою умовою його участі в процесі клінічного навчання, медичних і наукових експериментів. Усі протоколи повинні бути надані відповідній етичній експертизі. Медичні і наукові експерименти не можуть бути проведені на пацієнтах, що самі не можуть висловити згоду й у них відсутній законний представник, а також на особах, які перебувають в місцях позбавлення волі.

### **Право на вибір та відмову від медичного втручання**

Пацієнт має право здійснювати самостійний і усвідомлений вибір у процесі діагностики, лікування, навчання, наукових і медичних експериментів на основі самовизначення.

Пацієнт має право на вибір практикуючого лікаря, а також будь-якого іншого медичного працівника чи лікувально-профілактичної установи, за умови, якщо вони мають можливість забезпечити йому відповідну медичну допомогу.

Якщо за медичними показами є доцільним переведення пацієнта в інший лікувально-діагностичний заклад або виписку його додому, то пацієнт має право знати причини такого переведення або виписки. Необхідною умовою переведення є згода іншого закладу прийняти хворого. Якщо після виписки необхідно продовжити лікування або догляд за місцем проживання, то перед випискою необхідно пересвідчитися в тому, що відповідне лікування або догляд будуть реально здійснені.

Пацієнт має право вибору запропонованих йому методів лікування, діагностики і профілактики на основі повної та об'єктивної інформації, що йому зобов'язаний надати лікуючий лікар чи медичний працівник, що має відношення до його лікування.

Пацієнт може вимагати переведення в іншу установу охорони здоров'я, що повинно бути здійснене відповідно до діючого порядку, визначеного законодавством і якщо ця установа має можливість забезпечити відповідне лікування.

Пацієнт має право на заміну лікуючого лікаря, а також будь-якого іншого медичного працівника, причетного до його лікування, за умови, якщо його вимоги обґрунтовані.

Кожен пацієнт має право на повну чи часткову відмову від пропонованої медичної допомоги за умови, якщо йому докладно були роз'яснені наслідки цього рішення.

Відмова від медичного втручання повинна бути добровільною, оформлятися письмово і завірятися підписом пацієнта після одержання ним повної інформації про необхідність запропонованого лікування і можливих наслідків прийнятого ним рішення і включатися в медичну документацію пацієнта.

Пацієнт має право залишити установу охорони здоров'я в будь-який час, навіть якщо його лікар буде вважати продовження лікування необхідним. Водночас пацієнту це може бути заборонено, якщо його стан здоров'я може наразити на небезпеку чи принести шкоду здоров'ю інших осіб.

У випадках недієздатності пацієнта відмову від пропонованої медичної допомоги може виразити його законний представник.

Якщо законний представник неповнолітнього чи визнаного недієздатним пацієнта відмовляється від медичного втручання стосовно до пацієнта, але це не має екстреного характеру, проте необхідне для збереження здоров'я пацієнта, рішення про

таке втручання приймає суд за поданням адміністрації установи охорони здоров'я, у якій пацієнту було рекомендовано зазначене медичне втручання.

Реалізація права на повну або часткову відмову від пропонованої медичної допомоги може бути обмежене у випадках, передбачених чинним законодавством України, з метою захисту здоров'я, прав і законних інтересів, як самого пацієнта, так і інших осіб.

Пацієнт має право на повну чи часткову відмову від надання інформації щодо свого здоров'я, якщо він висловить таке побажання, призначити у встановленому законом порядку представника для інформування його від свого імені, крім випадків, коли лікар вважає, що пацієнт повинний знати про суть свого захворювання, а також якщо він може наразити на небезпеку здоров'я інших осіб.

Кожен пацієнт має право на відмову від участі в біомедичних дослідженнях, навіть якщо вони поєднані з наданням йому медичної допомоги. Така відмова пацієнта не може бути причиною обмеження його в правах і не повинна бути причиною дискримінації стосовно нього.

### **Право на конфіденційність**

Усі медичні дані про стан здоров'я пацієнта, діагноз, прогноз і лікування так само, як і будь-яка інша інформація персонального характеру, є конфіденційними і не можуть бути розкриті для третіх осіб навіть після його смерті.

Конфіденційна інформація може бути розкрита тільки тоді, коли на це є персональна згода пацієнта чи у випадках, передбачених законом. Лікувальна установа так само, як і медичні працівники, несуть відповідальність за збереження і нерозголошення інформації про стан здоров'я пацієнта, включаючи дані про його особисте життя, що стали відомими в процесі надання медичної допомоги, а також інформацію, що міститься в письмових документах, архівах і комп'ютерних базах даних, у т.ч. інформацію про особисте майно пацієнта.

Пацієнт може зробити заяву про осіб, що не повинні бути проінформовані про його стан здоров'я. Ступінь захисту інформації повинна бути адекватною формі приховування даних. Якщо згідно чинного законодавства медичний заклад надає конфіденційну інформацію третій стороні пацієнт має право вчасно про це довідатись. Компоненти людського тіла, з яких можна отримати ідентифікаційну інформацію, також повинні зберігатися з дотриманням вимог захисту.

Навцєня С.О.

Деонтологія і медична етика — обов'язковий елемент медичної діяльності. Професія медика — одна з найдавніших на землі. Лікування при різних ушкодженнях і захворюваннях, започатковане народною медициною, вдосконалювалося протягом усієї історії розвитку медицини. І в цьому процесі знахарям, цирульникам, медикам довелося подолати довгий шлях, доки медицина стала окремою наукою.

Практична медицина, як писав О.А. Грандо (1982), на відміну від інших професій тісно пов'язана з долею людини, її здоров'ям і життям. Звідси й випливають особливі моральні якості медичної професії, які можна визначити поняттям "гуманізм".

Мораль (з лат. *moralis*) і етика (з грец. *ethos*) мають однакове значення, а саме: "вдача", "звичай". На принципах моралі й етики сформовано особливості медичної етики. Медична етика вивчає моральні цінності, достоїнство, совість, поведінку медика у сфері його діяльності.

З розвитком вчення про медицину в давніх книгах великих лікарів і філософів Сходу, Греції, Риму відображувалися питання етики в медицині, зокрема поведінка лікаря, психологічна й моральна підготовка, розвиток бачення гуманізму і збереження лікарської таємниці. Чималий внесок у розвиток медицини та медичної етики зробив великий давньогрецький лікар Гіппократ. У своїх книгах він практично сформулював закони моральних норм і обов'язків для майбутніх лікарів. Наприкінці навчання його учні давали обіцянку (клятву), яка згодом стала "Клятвою Гіппократа". У ній говорилося: "Клянуся Аполлоном-лікарем, Асклепієм, Гігією і Панакією та всіма богами й богинями, беру їх у свідки, виконувати чесно, відповідно до моїх сил і мого розуміння, таку присягу й письмове зобов'язання: поважати того, хто навчив мене лікарського мистецтва, рівним з моїми батьками, ділитися з ним своїми статками й у разі необхідності допомагати йому в його потребах; його нащадків вважати за своїх братів, а це мистецтво, якщо вони захочуть його вивчати, викладати їм безоплатно й без усякого договору; наставництво, усні уроки й усе інше в навчанні розповідати своїм синам, синам свого вчителя й учням, що пов'язані зобов'язанням і клятвою за законом медичним, але нікому іншому. Я спрямую режим хворих для їхнього блага відповідно до моїх сил і розуму, утримуючись від заподіяння всіякого зла й несправедливості. Я не дам жодному з прохачів смертельного засобу і не покажу шляхів для подібного задуму; точно так само я не дам жодній жінці абортивного пєсарію. Чисто й непохитно я проводитиму своє життя й своє мистецтво. У жодному разі я не робитиму розсічення в тих, хто страждає на кам'яну хворобу, надаючи це людям, які займаються цією справою. Хоча б у який будинок я зайду, я увійду туди для блага хворого, далекий від усього зайвого, несправедливого й згубного, особливо від любовних відносин з жінками й чоловіками, вільними й рабами.

Хоч би що під час лікування — а також і без лікування — я побачив або почув стосовно життя людського, з того, що не слід будь-коли розголошувати, я змовчу про те, вважаючи подібні речі таємницею. Мені, що непохитно дотримується клятви, нехай буде відпущено щастя в житті й у мистецтві, і слава у всіх людей на вічний час; тому, хто переступить це, й тому, хто дасть неправдиву клятву, нехай буде все навпаки".

Відтоді випускники медичних установ давали цю святкову обіцянку. А в 1948 р. ВООЗ прийняла "Жєневську клятву" лікаря, що ґрунтується на клятві Гіппократа (О.А. Грандо, 1982). Українські медики взяли на озброєння кращі принципи лікарської етики, а

студенти після закінчення навчання під час отримання диплома також дають урочисту обіцянку.

Практично етика медичного працівника — це моральна гідність його стосовно хворого під час лікування, спілкування з родичами хворого.

Складовою медичної етики є деонтологія — вчення про обов'язок медичного працівника (з грец. "deon" — обов'язок, "logos" — навчання, наука), принципи поведінки медика, які мають спрямовуватися на створення найліпших умов для швидкого одужання хворого. Медична деонтологія регламентує діяльність лікаря, фельдшера, акушерки, медичної сестри, студентів-медиків з урахуванням інтересів хворого або потерпілого і має етичні та моральні принципи, елементи правових норм, взаємовідносини медика й хворого, поняття лікарської таємниці, питання колегіальності.

У цьому контексті значну роль у створенні взаємин у медичній установі відіграє хірург. З одного боку, працюючи керівником лікувальної установи або підрозділу, він має бути прикладом морально-психологічної поведінки для своїх підлеглих. З іншого боку, хірург може тісно співпрацювати з лікарем швидкої допомоги, реаніматологом, онкологом, патологоанатомом, дотримуватися норм і правил лікувальної деонтології. Свої особливості має і хірургічна деонтологія, адже слово "операція" для хворого та його родичів часто сприймається як катастрофа. Тому завданням хірургічної деонтології є стабілізація та збереження психіки хворого в передопераційний і післяопераційний періоди. Хірург разом із середніми медичними працівниками має вселити у хворого надію на одужання, проявити співчуття і високі моральні якості, високопрофесійне виконання лікувально-діагностичних заходів та усунення негативних психоемоційних факторів. Усіх принципів медичної етики й деонтології повинні дотримуватися і студенти — майбутні медичні сестри, акушерки, фельдшери, лікарі. Адже вони, перебуваючи в лікувальному закладі під час занять, безпосередньо спілкуються з медичними працівниками, хворими, виконуючи деякі маніпуляції, процедури. Тому студенти мають бути дуже обережними під час спілкування між собою, з хворими, щоб випадково не порушити лікарську таємницю, не порушити психологічну рівновагу пацієнта, оскільки працю значної кількості медичних працівників можна звести нанівець.

Останнім часом швидкими темпами розвивається біоетика. Під терміном "біоетика" слід розуміти системний аналіз дій людини в біології і медицині з урахуванням моральних цінностей та принципів. Норми біомедичної етики визначають також рівнем розвитку фундаментальних, прикладних, медико-біологічних наук, від яких багато в чому залежить прийняття тих або тих рішень і дії медичних працівників.

Біоетика розглядає питання етики контактів лікаря і пацієнта, зв'язок з деонтологією та медичною психологією, принципи правдивості й інформованої згоди між лікарями і пацієнтами. Окрім того, до її сфери входять медико-етичні й правові проблеми клінічних досліджень, оперативних втручань, наукових експериментів і досліджень за участю людини (наприклад, випробування нових лікарських засобів і медичних технологій), розроблення морально-правових відносин, що можуть захистити людину (суспільство) від згубних наслідків упровадження в практику нових медико-біологічних технологій.



## ***Що таке лікарська таємниця?***

**Лікарська таємниця**, обов'язок лікаря не оголошувати відомості про хворого без його згоди, якщо мова йде про захворювання, пов'язане з інтимним життям хворого (жіночі хвороби, психічні порушення, деякі вади розвитку тощо). Обов'язок лікаря дотримуватися В. т. відпадає, якщо це суперечить інтересам суспільства. Так, лікар зобов'язаний повідомляти про виявлені ним випадки інфекційних і паразитарних захворювань, що підлягають обов'язковій реєстрації, залучати хворих до примусового лікування в тих випадках, коли це передбачено законом, давати відомості про хворого на вимогу органів суду і слідства.

Під лікарською таємницею чітко розуміється **інформація про факт звернення за медичною допомогою, стан здоров'я громадянина, діагноз його захворювання й інші відомості, отримані при його обстеженні і лікуванні** (стаття 61 "Основ законодавства РФ про охорону здоров'я громадян"). Вони є таємницею незалежно від форми звернення людини до медиків і його результатів. Так само в силу особливостей самої лікарської діяльності - найважливіше поняття деонтології (від грец. Deon - належне і logos - вчення) як вчення про принципи поведінки медичного персоналу в спілкуванні з хворим і його родичами. Медична деонтологія вчить тому, що в ряду інших фахівців лікар особливо часто виявляється володарем найбільш сокровених, інтимних відомостей, одержуваних від обслуговуваних їм хворих. Така інформація про потаємні думки й переживання хворого виявляється найбільш вичерпною і точною, а отже, і цінною для лікаря завжди тоді, коли хворий переконаний в довірчому характері своїх повідомлень і збереженні викладаються відомостей у глибокій таємниці, тобто в суворій збереженні професійної таємниці. Не випадковим є те, що довіра до лікаря пропагувалося ще в давні часи. Індійська прислів'я добре розкриває це: "Можна боятися брата, матері, друга, але лікаря-ніколи".

### **Лікарську таємницю становлять:**

- інформація про факт звернення за медичною допомогою;
- інформація про стан здоров'я громадянина;
- інформація про діагноз захворювання;
- інші відомості, отримані при обстеженні та лікуванні громадянина.

Однак специфіка лікарської таємниці полягає в тому, що її збереження гарантується законодавчо, так само, як і законодавчо забезпечується шляхом встановлення певних заборон та юридичної відповідальності за її розголошення.

Громадянину, як написано, повинна бути підтверджена гарантія конфіденційності переданих їм відомостей, але при цьому не має значення наявність або відсутність прохання пацієнта про це (тобто сам по собі білий халат - гарантія). Обов'язок її збереження не припиняється і зі смертю пацієнта. Слід особливу увагу з цього звернути на те, що не всі відомості, отримані від

хворого є таємницею, тому лікар повинен критично оцінювати їх. І в цьому закладено великий гуманістичний зміст.

Порушення лікарської таємниці - це розголошення її хоча б одній особі, умисне або необережне (недбале зберігання документації чи розмова медиків у людному місці). Не допускається розголошення відомостей, що становлять лікарську таємницю, особами, яким вони стали відомі під час навчання, виконання професійних, службових та інших обов'язків, крім випадків, про які нижче.

За згодою (і тільки з письмової згоди) громадянина чи його законного представника допускається передача відомостей, що становлять лікарську таємницю, іншим громадянам та посадовим особам в інтересах обстеження і лікування пацієнта для реалізації прав і законних інтересів, проведення наукових досліджень, публікації в науковій літературі, використання цих відомостей у навчальному процесі та в інших цілях. При цьому намагаються не розголошувати паспортні дані, повідомляти мінімум відомостей, що сприяють пізнанню.

Необхідний обмін інформацією в ході надання фахівцями медичної допомоги не розглядається як порушення лікарської таємниці.

Надання відомостей, що становлять лікарську таємницю, без згоди громадянина або його законного представника допускається:

1) з метою обстеження та лікування громадянина, нездатного через свого стану висловити свою волю (несвідомий стан, гострий психоз та інше);

2) при загрозі поширення інфекційних захворювань, масових отруєнь і поразок (замовчування про це - саме по собі предмет судового розгляду);

3) на запит органів дізнання і слідства, прокурора і суду в зв'язку з проведенням розслідування або судовим розглядом (запити адвокатів, правозахисників, муніципалітетів - не в рахунок, даються відповіді лише на конкретні питання в зоні їх компетенції: можливість брати участь у судовому засіданні, виховувати дитини, право на додаткову житлову площу та інше);

4) у разі надання допомоги неповнолітньому у віці до 15 років для інформування його батьків або законних представників (грішно такого не зробити);

5) при наявності підстав, які дозволяють вважати, що шкода здоров'ю громадянина заподіяна у результаті протиправних дій.

6) з метою проведення військово-лікарської експертизи в порядку, встановленому положенням про військово-лікарську експертизу, затверджується уповноваженим центральним органом виконавчої влади.

Вся інформація в медичних документах громадянина - теж лікарська таємниця. Без згоди самого громадянина вона передається стороннім тільки в зазначених вище п'яти випадках.

Особи, яким у встановленому законом порядку передано відомості, що становлять лікарську таємницю, нарівні з медичними та фармацевтичними працівниками з урахуванням заподіяної громадянину шкоди несуть за розголошення лікарської таємниці дисциплінарну (це - основний вид), адміністративну або кримінальну відповідальність (особливі умови за типом корисливої зацікавленості або умисного заподіяння шкоди) відповідно до законодавства. Сучасне поняття про лікарську таємницю зафіксовано в Міжнародному кодексі медичної етики, що існує з 1949 року. У ньому сказано: "*Лікар повинен зберігати в абсолютній таємниці все, що він знає про свого пацієнта в силу довіри, що чиниться йому*". Тут надто категорично сказано, що лікар повинен зберігати в таємниці усі. У даному випадку слід розуміти так, що все лише з того, що складає справжню таємницю.

### ***Юридична основа лікарської таємниці***

Лікарська таємниця - багатогранне етичне і юридичне поняття. Поняття лікарської таємниці та умови її розголошення закріплені в Основах законодавства України про охорону здоров'я громадян (далі - Основи).

Стаття 61 Основ свідчить, що лікарську таємницю становить інформація про факт звернення за медичною допомогою, стан здоров'я громадянина, діагноз його захворювання й інші відомості, отримані при його обстеженні і лікуванні.

Основи передбачають, що розголошення лікарської таємниці може відбуватися як за згодою пацієнта, так і без такого. За згодою громадянина або його законного представника допускається передача відомостей, що становлять лікарську таємницю, іншим громадянам, в т.ч. посадовим особам, в інтересах обстеження і лікування пацієнта, для проведення наукових досліджень, публікації в науковій літературі, використання цих відомостей у навчальному процесі та в інших цілях. У цьому випадку слід пам'ятати про наступне:

1. Факт згоди пацієнта або його законного представника слід оформити письмово, щоб уникнути непорозумінь і для забезпечення правової безпеки медичної організації, запевнивши це підписом пацієнта.

2. Необхідно чітко пам'ятати про те, хто може бути законним представником. Законні представники з'являються тільки у недієздатних або не володіють повною дієздатністю громадян. Ними можуть бути батьки, усиновителі, опікуни, піклувальники чи інші особи, яким це право надано законом. Перед тим, як виконувати волю законного представника пацієнта, слід переконатися в повноваженнях даної людини.

Лікар у кожному випадку має бути готовий дати і перед хворим, і перед власною своєю совістю точний і вичерпну відповідь, які у нього були підстави порушення таємниці, ввіреній йому хворим. Повернемося до сучасності. У минулому залишилися часи, коли питання про збереження лікарської таємниці визначався тільки совістю лікаря та його моральними поглядами. В даний час динамічно розвивається законодавство, що регулює питання охорони здоров'я і прав пацієнтів, у тому числі і право на лікарську таємницю.

За згодою громадянина або його законного представника допускається передача відомостей, що становлять лікарську таємницю, іншим громадянам, в тому числі посадовим особам, в інтересах обстеження і лікування пацієнта, для проведення наукових досліджень, публікації в науковій літературі, використання цих відомостей у навчальному процесі та в інших цілях. Так наприклад можна використовувати спеціальні пам'ятки, які будуть підтверджувати і закріплювати за собою відповідальність лікаря, медперсоналу, самого медичного закладу і студентів.

### ***Висновок***

Наведу найбільш часті приклади порушення лікарської таємниці (медичний персонал, як правило, навіть не підозрює, що порушує закон). При знаходженні пацієнта в медичній установі родичі, друзі, колеги і знайомі цікавляться станом його здоров'я. З одного боку можна зрозуміти і зрозуміла тривога рідних і друзів за стан здоров'я близької людини. З іншого боку, ст.61 Основ законодавства України про охорону здоров'я громадян свідчить: інформація про стан здоров'я громадянина, інформація про діагноз захворювання й інші відомості, отримані при обстеженні та лікуванні громадянина складають лікарську таємницю, і не можуть бути розголошені без згоди самого пацієнта. Чи часто цікавляться особи (переважно, медсестри і молодший персонал), які відповідають на телефонні дзвінки, ступенем спорідненості дзвонить з пацієнтом? По телефону неможливо перевірити цю інформацію. Чи є впевненість у лікаря, що повідомляючи інформацію про стан здоров'я пацієнта, в тому, що пацієнт не заперечує проти повідомлення такої інформації саме цьому родичу.

Життя нескінченно складна, неможливо навіть собі уявити всього різноманіття випадків, коли порушення таємниці хворого може мати для нього дуже важкі наслідки, ніякий не приносячи користі суспільству. Вагітність, аборт, захворюється сифіліс, - майже будь-яка хвороба, всяка рана. Якщо збереження лікарської таємниці є суспільно шкідливим, то зберігати її не слід. І в такому випадку зовсім байдуже, як дивиться на свою хворобу хворий, - як на "ганьба" або як на "нещастя". Якщо ж збереження таємниці ніяким громадським шкодою не загрожує, то лікар зобов'язаний зберігати довірену йому хворим таємницю, як би він сам не дивився на дану хворобу, - як на "ганьба" або як на "нещастя".

Свідомо чи несвідомо, але лікарська таємниця, як частина етики лікаря, стала життєвою реальністю в його повсякденній діяльності. Таким чином, дотримання чи недотримання лікарської таємниці більше відноситься до професійного обов'язку лікаря. Звичайно створене законодавство закликає і накладає більш сильну відповідальність, ніж внутрішні спонукання лікаря про нерозголошення лікарської та особистої таємниці пацієнта, на шкоду йому ж як моральний, так і психологічний, адже не даремно кажуть, що йти на професію лікаря повинні йти люди вирішили стати такими і на всьому протязі навчання не змінити своєї думки, так як величезна відповідальність лежить на плечах цих людей. Лікар повинен в першу чергу прислухатися до голосу своєї совісті.

**Тестові питання:**

**1.Охарактеризуйте Медичну карту амбулаторного хворого (Ф.№ 025/0)- як обліковий медичний документ?**

- А) медичний документ суворої звітності;**
- В) основний первинний обліковий медичний документ амбулаторно-поліклінічного закладу;**
- С) основний первинний медичний документ приймального відділення стаціонару лікарні.**

**2.Які форми проведення гігієнічного виховання серед населення вносяться записи до Журналу обліку роботи з гігієнічного виховання населення (ф.№038/0)?**

- А) лекції;**
- В) телепередачі;**
- С) семінари;**
- Д) практичні заняття;**
- Е) цикли занять;**
- Ф) фотосесії;**
- Г) експонування виставок тощо;**
- Н) шоу-передачі;**
- І) санітарно-освітні заходи.**

**3.На яку категорію населення заповнюється «Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф.№025-2/0)?**

- А) дорослих і дітей;**
- В) осіб чоловічої та жіночої статі;**
- С) того, хто помер;**
- Д) плодів вагітних жінок.**

**4. В яких медичних закладах ведеться на кожного хворого Медична картка стаціонарного хворого (ф.№003/0)?**

- A) у лікарнях усіх типів;
- B) стаціонарних диспансерів ;
- C) клініках ВНЗів та НДІ;
- D) санаторіях;
- E) поліклініках;
- F) амбулаторіях сімейної медицини;
- G) станціях швидкої та невідкладної медичної допомоги.

**5. Ким з медичних працівників заповнюється паспортна частина Статистичної картки хворого ,який вибув зі стаціонару (ф.№066/0) (пункти 1-13,пункт 21)?**

- A) лікарем стаціонарного відділення лікарні;
- B) медичною сестрою приймального відділення лікарні;
- C) лікарем-патолого-анатомом;
- D) лікарем станції швидкої та невідкладної медичної допомоги.

**6. За рахунок яких коштів формується грошовий фонд у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності?**

- A) страхових внесків роботодавців;
- B) страхових внесків застрахованих осіб;
- C) відрахувань від пенсій;
- D) бюджетних та інших джерел , передбачених законом

## Література: о с н о в н а

1. Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко (під ред.) – Соц. медицина та організація охорони здоров'я. Тернопіль, "Укрмедкнига". 2000 р., с. 279-293, 315-317, 458-462.
2. Під ред. Ю.В.Вороненка, В.В.Рудень - Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Посібник до практичних занять. Львів, „Новий світ”, 2004р., с. 224- 247.

## д о д а т к о в а

1. Под ред. Чл.-кор. РАМН проф. В.З. Кучеренка – Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению. – Учебное пособие для ВУЗов, Москва, 2008. – С. 125-149, 152-171.
2. Основы организации здравоохранения и страховой медицины (курс лекций). Харьков, „НФаУ”, 2006г., с. 129-133.
3. Методи соціальної медицини: Навчальний посібник / Під заг. ред. О.Г. Процек, О.М. Очередько. – Вінниця, 2007. – С. 35–36, 51–52, 73-74.
4. Методичні рекомендації. «Методика аналізу роботи лікувально-профілактичних закладів та оцінки рівня надання медичної допомоги населенню окремими спеціалістами», Київ – 2006, с.30.
5. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2008 рік. – Київ, 2009. – с. 74-81, 89-102.
6. Под ред. Ю.П. Лисицина – Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. – Учебное руководство, Казань., 2000 г., с.339-347.
7. Социальная медицина и организация здравоохранения/ Руководство для студентов, клинических ординаторов и аспирантов. В.А. Миняев, Н.И. Вишняков, В.К. Юрьев, В.С. Лучкевич, Санкт-Петербург, 1998г., 2 т., с.58-94

Автор: ст. викладач Черешнюк Г.С.  
"30" 08 2018 р.

Затверджено на засіданні кафедри  
Протокол № 2

Зав. кафедрою соціальної медицини,

економіки та організації охорони здоров'я

проф. ОЧЕРЕДЬКО О.М.