

УДК 614.255.14

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕВАНИЯ**П.И. Какенова, Г.Е. Джакова, Т.З. Ильясов, Ю.П. Пашенцев, А.К. Касымбаев, Е.К. Каирханов**
Павлодарский филиал Государственного медицинского университета г. Семей,
Павлодарская городская больница №1, г.Павлодар

Врачебная профессия утверждает самое прекрасное на земле – жизнь. Выдающийся ученый и клиницист И.А. Кассирский писал: «...Человек, вступивший на путь врача, должен быть носителем высоких морально-этических качеств. Молодому врачу приходится держать в жизни два основных экзамена: исключение успехом и испытание неудачей. Первый грозит самообольщением, второй – капитуляцией духа. Стойкость перед лицом этих испытаний зависит от личности врача, его идейных принципов, убеждений и нравственных идеалов. Ведь важно не только искусство распознавания и лечения болезней, но и умения проникать в душевный мир больного. В этом и выражается истинный гуманизм врача».

Врачи, обладая разносторонними знаниями, соответствующими современному уровню развития медицинской науки, вооруженные новой технологией, сложнейшей аппаратурой, лекарственными препаратами делают все возможное, чтобы восстановить здоровье больного человека. Поэтому благодарностью и уважением окружен труд врача. Больные, помимо профессиональной грамотности ценят у врачей внимательность, сердечность, душевную чуткость, терпение, умение слушать.

Любая болезнь – стресс, дезорганизующий личность и организм. При эмоциональном стрессе бывает различная реакция. Больные начинают читать медицинскую литературу, искать, выяснять новые данные о «модных» лекарственных средствах и стремятся любыми путями получить их. Они занимаются самолечением, самолечением, не идут к врачу, теряя ценное время.

Сохранение и укрепление здоровья народа, профилактика заболеваний, продление активной полноценной жизни человека – это важная задача нашего государства. Свидетельством чему является наличие в Конституции Республики Казахстан статей 15 «О праве на жизнь», 29 «Об охране здоровья». Нынешний год ознаменован 15 – летним юбилеем действующей Конституции нашей страны. Основной закон создал правовую основу конституционного строя, определил основополагающие принципы деятельности всего государственного механизма и институтов гражданского общества, установил статус человека и гражданина, послужил правовой основой общественно-политического и социально-экономического развития Казахстана. В области здравоохранения законодательство Республики основывается на Конституции РК и состоит из Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», других нормативно-правовых актов и правил международного договора. Основные принципы государственной политики в области здравоохранения: отнесения здоровья населения к факторам обеспечения национальной безопасности, обеспечения гарантированного объема бесплатной помощи, повышения качества медицинской помощи, доступность, адекватность, справедли-

вость, преемственность, равенство, отзывчивость, безопасность, профилактическая направленность, содействия в формировании здорового образа жизни, удовлетворенность лечением, а главное ответственность каждого человека за свое здоровье. (ст. 90 и 92 Кодекса РК).

Принятый в 1997 г. долгосрочный Стратегический план «Казахстан – 2030» для выполнения главной цели нашей страны успешно развивается в Стратегических планах до 2010 и 2020 г., свидетельством является улучшение показателей здоровья населения. Продолжительность жизни увеличилось до 68 лет (было 65). В два раза уменьшилась материнская смертность, возросла рождаемость. Поставлены «напряженные» цели и задачи, вытекающие из стратегического плана развития РК до 2020 года. В плане 2020 г. задача снизить материнскую и младенческую смертность и общую смертность на 30%. Увеличить продолжительность жизни до 72 лет. В послании Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева: «Человек – главное богатство страны». Все планы успешно выполняются лишь благодаря здоровью народа, физическому самочувствию каждого казахстанца.

В настоящее время идет реализация начального этапа становления Единой национальной системы здравоохранения. По новой системе финансирование и оплата медицинских услуг ориентирована на конечный результат. Мед. организации будут получать деньги в зависимости от результатов, от качества оказанной медицинской помощи, т.е. по принципу «деньги – за пациентом», что создает условия для конкуренции. Главная задача Единой национальной системы здравоохранения – это защита прав пациента, который должен быть в центре внимания и за него должны бороться лечебные учреждения. Внедрение хорошей идеи, организация работы зависит от четкой деятельности каждого звена, каждого человека большого аппарата уполномоченного центрального и местного исполнительного органов. С начала 2010 года внедряется первый этап данной системы и надо отметить серьезные недоработки. Так, плановые больные десятки дней не могут попасть на стационарное лечение, из-за отсутствия связи, преемственности поликлиники и стационара. Необоснованно длительно тяжелобольные обследуются в условиях поликлиники и поэтому зачастую вынуждены загружать скорую помощь для госпитализации. Эта недоработка бюро госпитализации. В хирургическом стационаре лечащие врачи большую часть времени заняты «писаниной» и счетной работой. Они стали «писарями», заняты «менеджментом», целый день считают количество медикаментов, материала, полученных, использованных каждым больным и заполняют статистические карты выписанных. Примеры: П., 51 лет, проведено 12 койко – дней.

Его статистическая карта.

СТАЦИОНАРДАН ШЫҚҚАН АДАМНЫҢ СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ
СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА №

1. Тегі (Фамилия) П

форма 020/у №
ВСМП АДМ

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) / 11 / 10 / 1959 /

3. Жынысы (Пол): ер (муж) -1, әйел (жен) -2

4. Ұлты (Национальность) украинка 5. Тұрғыны (Житель): қаланын (города) – 1, ауылдың (села) – 2

6. ЖСН (ИИН) _____

7. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) _____

8. Мекен-жайы (Место жительства) г. Аксу, ұл. Ауэзова 796-1

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район)

9. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1- қызметкер (служащий), **2- жұмыскер (рабочий)**, 3- (фермер), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6- үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занят индивид. трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10- басқалар (прочее), 11 - БТЖЖ (БОМЖ)

10. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ) – 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 99.

11. Пациент бағытталды (Пациент направлен): **БМСК(ПМСП) -1, ДЕЕК (КДП)-2**, өзі қаралды (сам обратился)-3, жедел жәрдемнен (скорой помощью)-4, басқа стационардан (другим стационаром)-5, әскери комиссариаттан (военкоматом)-6, перзентхана (роддом -7; басқалар (прочие)-8, *(астын сызыңыз (подчеркнуть))*.

12. Жолдаған ЕААҰ-ның коды мен аты:

Код и название направившего ЛПО: поликлиника №2

13. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) **Острый аппендицит**

10-ХАЖ коды (код МКБ-10) **К 35.1**

14. Бекітілген ЕААҰ-ның коды мен аты (Код и название ЛПО прикрепления) СВА г. Аксу

15. Ауруханаға жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 - шұғыл түрде 7- 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7- 24 часов),

4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

16. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания):

бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

17. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении):

Острый аппендицит 10 -ХАЖ коды (код по МКБ-10) К 35.1

18. Баланың туған кездегі салмағы (Масса ребенка при рождении) _____ гр, бойы (рост) _____ см (заполняется на детей до 1 года)

19. Ауруханаға жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации) 01 / 02 / 2010 12 / 35 кк/аа/жж (дд/мм/гг) ағаты, мин (часы, мин)

20. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты: (Дата и время выписки (смерти)) 12 / 02 / 2010 12 / 00 кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

21. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) 11

22. Бөлімше (Отделение): хирургия Код **14**

атауы (наименование)

23. Төсек бейіні (Профиль койки): хирургический Код

161

24. Реанимацияда болды ма (Находился в реанимации): иә (да), жоқ (нет) күндері (дней) _____

25. Жарақаттың түрі: тұрмыстық, көшедегі, спорттық, мектептегі, мектепке дейінгі, жол-көлік, өндірістік *(астын сызыңыз)*

Вид травмы: бытовая, уличная, спортивная, школьная, дошкольная, дорожно-транспортная, производственная *(подчеркнуть)*

26.	Диагноз	ХАЖ коды (код по МКБ-10)
Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз	Острый аппендицит с перитонеальным абсцессом	1. К 35.1 2.
Асқынулары Осложнения		
Қосалқы сырқаты 1 Сопутствующее заболевание 1		
Қосалқы сырқаты 2 Сопутствующее заболевание 2		
Патологоанатомиялық диагноз/өлуінің себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

27. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

27.1 Жазба актасының (№, дата акта записи) № _____ күні ____/____/____
кк/аа/жж (дд/мм/тт)

28. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

Күні Дата Уақыты Время	Операцияның аты мен коды Название и код операции	Анестезия (код)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2- жоспарлы Тип операции: 1-экстрен. 2-плановая	Операциядан кейінгі асқынулар Послеопер. осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Спецаппаратура (код)	Дәрігерлердің коды Коды врачей
Хирургиялық операциялар			Хирургические операции			
04/02/10 11:30 /11:40	аппендэктомия					хир 024 асс.
Код	47.00	04	2	00		анес. 091

29. МЭХ (МЭП) № нет

30. RW-ға тексеру (Обследован на: RW)

АКТК жұқпасына (ВИЧ-инфекцию)

 оң (положительно)
 оң (положительно)

 теріс (отрицательно)
 теріс (отрицательно)

04.02.10.

31. Қан тобы (Группа крови) - 0 (I) Резус-фактор - положит

32. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): **республикалық бюджет (республиканский бюджет)**, жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) *(астын сызыңыз) (подчеркнуть)*

33. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания): **шықты (выписан)** – 1, ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер) – 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) – 4

34. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): (жазылумен) выздоровление – 1, **жақсарумен (улучшение)** – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть)-5

37. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы

(Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)				
№	Код	Өлшем бірлігі Ед. изм	Саны Количество	
1	04.012	шт.		Общий анализ крови (6 параметров)
2	07.001	шт.		Реакция Вассермана
3	08.002	шт.		Исследование крови на ВИЧ
4	07.006	шт.		Опр.группы крови и резус-фактора
5	05.0011	шт.		Протромбиновый индекс
6	05.001	шт.		Коагулограмма 1
7	04.013	шт.		Гематокрит
8	05.205	шт.		Определение общего белка - автомат
9	05.209	шт.		Определение АлТ - автомат
10	05.2091	шт.		Определение АсТ -автомат
11	05.212	шт.		Определение общего билирубина – автомат

12	05.212 п	шт.		Определение прямого билирубина - автомат	
13	05.010	шт.		Определение глюкозы-автомат	
14	05.211	шт.		Определение холестерина - автомат	
15	05.021	шт.		Определение триглицеридов	
16	05.0364	шт.		Время свертываемости	
17	05.0363	шт.		Время кровотечения	
18	12.002	шт.		ЭКГ	
19	03.001	шт		Консультация терапевта	
20	03.005	шт		Консультация кардиолога	
21				УЗИ органов брюшной полости	

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшем бірлігі Ед. изм	Саны Количество	
	12742	амп.	13	Трамадол 2,0
	06111	амп.	26	Димедрол-Дарница 1% 1,0
	02846	амп.	26	Анальгин 50% 2,0
	12241	фл.	18	Натрия хлорид 0,9% 200мл
	00307	амп	60	Кислота аскорбиновая 5% - 1 мл
	10746	100 мл 90%	3	Спирт этиловый
	15808	1 м x 90 см	16	Марля не стерильная
	17865	шт	20	Перчатки стерильные латексные
	17944	уп	4	Кетгут стерильный атравматический
	14684	амп	8	шелк
	13314	Уп.	8	Капрон
	07717	Фл.	2	Физиологический раствор 0,9% - 400 мл.
	14392	шт	1	Скальпель одноразовый
	07830	фл	1	Бетадин
	14733	шт	2	Бинт 7x14
	13561	Уп.	2	Хирургический операционный пакет
	15829	шт	1	Пластырь транспор
	14535	таб	12	Термоиндикатор
	18105	шт	1	Повязка стерильная
	18423	шт	47	Шприц 5,0
	18424	шт	22	Шприц 10,0
	18425	шт	14	Шприц 20,0
	14832	шт	12	Система для в/в вливания
	14405	шт	21	Маска хирургическая
	18606	шт	2	Бинт эластический
	14419	шт	1	Клеенка подкладная
	17307	шт	1	Катетер аспирационный
	03821	гр	0,16	фурациллин
	15583	шт	96	Салфетки спиртовые
	14561	пары	11	перчатки
	14861	фл	14	Цефазолин 1,0

38. Дәрігер (Врач): Т.А.Ә. (Ф.И.О.) Код **0111** Қолы (Подпись)_____

39. Бөлімше меңгерушісі
(Зав. отделением): Т.А.Ә.(Ф.И.О.) Код **066** Қолы (Подпись)_____

Второй больной Б., 28 г., № 13033 проведено 30 койко – дней, его статистическая карта в два раза больше. Ежедневно врач выписывает одного – двух больных. Длительное время уходит на поиски кода, согласно МКБ – X пересмотра. Спрашивается: «Когда и как лечить больного?» Врачи, добросовестно исполняя свои профессиональные обязанности за нищенскую заработную плату, загружены настолько, что нет времени поднять голову и взглянуть на входящего больного, не хватает времени для человеческого общения и полноценного обследования их. Подсчет всех затрат на лечение больного и заполнения таких стац. карт никак не входит в обязанности врача-лечебника при имеющихся нормативах нагрузки. Поэтому необходимо подумать и решить данный вопрос для улучшения качества медицинской помощи населению.

Вред здоровью пациентов может быть нанесен не только в силу ненадлежащего исполнения медиками своих обязанностей, но и в результате объективных причин. Это атипичное течение заболевания, отсутствие лекарственных препаратов, отказ больного или родственников от лечения, госпитализации и т.д. Все это требует создание механизма защиты законных интересов не только больных, но и медицинских работников. Об ошибках врачей можно говорить лишь тогда, когда она доказана на основе достижений медицинской науки и практики. Врач должен иметь четко очерченный минимум профессиональных требований, как, например, инженер имеет правила техники безопасности, шофер – правило уличного движения, юрист – уголовный кодекс. Разработка таких правил для врачевания значительно трудна, так как медицинская наука очень сложна, зачастую условна. Тем не менее, в сентябре 2009 г. введен в действие Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Врач не только спаситель жизни, но и в определенных случаях может оказаться виновником осложнений и смерти больного. Чтобы снизить риск негативных последствий в работе медицинского персонала, имеются определенные ограничения, требования в виде морально-этических запретов и нормативно-правовых актов. Морально-этическими факторами являются клятва Гипократа, присяга врача Республики Казахстан, Кодекс чести медицинских и фармацевтических работников. Кодекс чести определяет моральную ответственность медицинских работников за свою деятельность. Медицинские работники и фармацевты должны способствовать укреплению здоровья населения, добросовестно и качественно исполнить свои обязанности, непрерывно совершенствовать свои профессиональные знания, не допускать фактов отказов в бескорыстной помощи больному (пострадавшему) человеку, быть вежливыми, корректными. Врач всегда должен помнить о своем долге – сохранении человеческой жизни. До сих пор остаются в силе нравственные заповеди древне-греческого врача Гипократа, изложенные в его знаменитой «Клятве». В последующие века врачи развили его идеи. В нашей республике выпускники медицинских ВУЗов дают «Присягу врача РК»: «Принимая высокое звание врача, перед лицом своих учителей и коллег торжественно клянусь честно и преданно служить великому делу врачевания, всецело посвятить себя охране здоровья граждан, здоровье которых является высшей ценностью, оказывать медицинскую помощь каждому, кто в ней нуждается. Клянусь хранить врачебную тайну. Клянусь постоянно совершенствовать свои знания и навыки, быть требовательным к себе и своим ученикам, никогда не отказывать в бескорыстной помощи и самому обращаться за сове-

том к коллегам, если того потребуют интересы пациента. Клянусь беречь и приумножать благородные традиции казахстанской медицины, хранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству».

Врачебная ошибка – это ошибка, обусловленная неосознанным действием, добросовестным заблуждением врача, поэтому ее нельзя относить к преступным деяниям. К медицинским правонарушениям относятся: профессиональное невежество врача (крайне низкая подготовка), невыполнение или ненадлежащее выполнение своих прямых обязанностей, небрежность, недобросовестность, халатность, преступная смелость, самонадеянность, дефекты организации помощи. Ошибки в медицинской практике, несчастные случаи необходимо отличать от медицинских правонарушений, связанных не с добросовестным заблуждением. Правонарушением можно считать неправильное введение лекарственных препаратов, приведших к трагическим последствиям, когда возникновению их способствуют торопливость, посторонние разговоры во время работы, небрежность. Под несчастным случаем, принято считать неблагоприятный исход (смерть) вследствие индивидуальной непереносимости лекарственного препарата, который врач не мог предвидеть и предотвратить. Уголовной ответственности подлежит медицинский работник, не выполнивший или ненадлежаще выполнивший свои профессиональные обязанности (ст. 114 УК РК).

В настоящий период жалобы больных и их родственников приобрели статус социального явления. Количество жалоб отрицательный показатель качества медицинской работы лечебного учреждения, свидетельство падения врачебного авторитета и кризиса доверия пациента врачам. Несмотря на возросший уровень образования, культуры населения, психология многих людей страдает «комплексом медицинской просвещенности». Поэтому врачи, кроме решения сложных вопросов, как диагностика, тактика ведения, лечения пациента, должны учитывать психологию современного больного и их родственников.

Умение достичь контакта с больным является мудростью врачевания. Контакт служит основой лечебной деятельности. При любом заболевании у человека имеет место тревоги, чувство страха. Больные нередко возбужденные, раздражительные, вспыльчивые, капризные, озлобленные, а иногда, наоборот, подавленные, безучастные. При общении с ними важно проявить максимум внимания, успокоить, разъяснить и убедить в возможности выздоровления. Сложнее доказать и вести диалог с родственниками, которые не желают знать и слышать, что хирургическое лечение, переливание крови, инвазивные методы диагностики применяются с письменного согласия больного или законных представителей. В случаях, когда наступает угроза жизни больного, а согласия получить не представляется возможным, решение принимает врач или консилиум (ст. 139 Кодекса РК). Пациент или его представитель имеет право отказать от медицинской помощи. Отказ с указанием возможных последствий фиксируется в медицинских документах, подписывается больным или его законным представителем и врачом. В случае отказа от подписания больным и его представителем, производится соответствующая запись в мед. документе и подписывается медицинским работником (ст. 93 Кодекса РК).

Зачастую совершенно необоснованными жалобами, клеветой оскорбляют врачей, медицинских работников. Так, спрашивается, кто учитывает психологию, авторитет, в конце концов, здоровье врача? Где законы, защищающие права медицинских работников? Для того,

чтобы врачевать человек учится 7 лет и далее всю свою жизнь, а люди страдающие «комплексом просвещенного в медицине», с легкостью «катают» жалобы, не щадя психику врача, не зная специфику его работы. Речь в целом идет о нежелательном, негативном явлении. Для решения таких конфликтов желательнее более широкое применение средств правосудия, ответственность за совершение этих преступлений предусмотрена ст.129, 130 УК РК.

К преступлению ведет ненадлежащее оказание медицинской помощи, характеризующееся отсутствием соблюдения требований современной медицинской науки, пренебрежительным отношением к выполнению профессионального долга, нарушением деонтологических норм. Основными субъективными причинами профессиональных ошибок, правонарушений, преступлений являются необоснованно повышенная самоуверенность, пренебрежение к знаниям, опыту, мнению коллег, нарушение элементарных этических норм, незнание законодательства.

Юридическая ответственность врача за правонарушение предусмотрена Уголовным и Гражданским кодексами Республики Казахстан. За преступления медработник несет Уголовную ответственность. Гражданские же правонарушения не являются преступлениями и менее опасны, но они влекут за собой причинение имущественного и морального вреда. Виновным в преступлении считается лицо, совершившее преступные деяние умышленно или по неосторожности. Имеется невинное причинение вреда человеку, куда можно отнести несчастный случай при оказании врачом медицинской помощи больному. При несчастном случае отсутствует неосторожность действий или бездействий, небрежность. Несчастный случай нельзя предвидеть и нет возможности предотвратить при добросовестном исполнении своих профессиональных обязанностей. Для того, чтобы говорить о наличии в действиях медицинского работника состава преступления необходимо установить прямую причинно-следственную связь между действием (бездействием) и реальным наступлением преступного результата.

Для хирургов руководством к действию в виду своей простоты, конкретности, является классификация Н.И. Краковского, Ю.Я. Грицмана. Авторы дифференцируют ошибки по этапам оказываемой помощи:

- Диагностические ошибки;
- Лечебно – тактические ошибки;
- Лечебно – технические ошибки;
- Организационные ошибки;
- Ошибки в ведении медицинской документации;
- Ошибки поведения медицинского персонала.

О врачебных ошибках говорят только тогда, когда полностью исключают признаки небрежности, халатности, преступной самонадеянности, невежество, проведения на больных экспериментов, неоказание медицинской помощи. Анализируя ошибки, выявили, что нередко причиной их является низкая квалификация (невежество) хирурга, игнорирование общеизвестных канонов диагностики, тактики, лечения заболеваний. Избежать, уменьшить данные ошибки можно лишь повысив требования и контроль к качеству подготовки специалиста – врача, рекомендацией повышения квалификации в срочном порядке на курсах, требованием о необходимости систематической работы над собой, активным участием в консилиумах, научно-тематических, патанатомических конференциях. Долг медицинских работников – неустанно повышать свою квалификацию, обогащать опыт, совершенствовать свое мастерство.

Администрация лечебного учреждения зачастую совершает деонтологическую ошибку. Хирурги борются за жизнь каждого человека, но, тем не менее, в хирургической практике неизбежны трагические случаи, связанные с тяжестью заболевания, поздней обращаемостью больных, запущенным случаем, запоздалой госпитализацией. Летальный исход зависит не от тактики, ошибки хирурга, а скорее от тяжести состояния больного, осложнений заболевания. При лечении больного не всегда в смертельном исходе повинны врачи. Особенно удивляет обывательское рассуждение руководителей, чиновников лечебных учреждений, говорящих «раз умер больной, значит, виноват врач». Трагический исход может быть обусловлен многими факторами не связанными с деятельностью врача. Люди должны знать об ограниченных возможностях медицинской науки. Они ждут чудо от врача, забывая, что весьма важную роль в исходе болезни играют защитные силы самого организма. Родственники обращаются с жалобой к руководителю лечебного учреждения, а он, заботясь о личном спокойствии, не разобравшись, не изучив случай с точки зрения научных достижений медицины, не всегда обоснованно наказывает врача, что «на руку» жалобщику. Далее начинается судебная тяжба.

В условиях повышения требований к профессиональной компетенции врачей, медицинских и фармацевтических работников необходимо повысить ответственность образовательного процесса с учетом специфики медицинского обучения. Важным этапом в подготовке врача является наличие оснащенной современным высоко технологическим оборудованием своей клинической базы с квалифицированным профессорско-преподавательским составом, а также законодательно четко выработать положение для организации практического здравоохранения по предоставлению клинических баз медицинским учебным заведениям. Для улучшения качества медицинской помощи населению важно определить и ответственность за лечебную работу руководителей кафедр базирующихся в данном лечебном учреждении. Надо отметить, что в последние годы намечается иждивенческое настроение сотрудников кафедры медвузов, среди них не мало идущих в «хвосте» практических врачей, т.е. малоопытных клиницистов. Парадоксально, когда за качество оказываемой медицинской помощи отвечает заведующий отделением молодой без ученой степени и никакую ответственность не несет доктор медицинских наук, профессор, руководитель данной клиники. Медицинский ВУЗ – это не научно-исследовательское учреждение, а учебное заведение, где на первом месте учебный процесс, т.е. подготовка высококвалифицированных специалистов – врачей.

Медицина не только наука, она и практика. Однако, почему то рост врачебного профессионализма не обосновано отождествляют только с научной карьерой более высокооплачиваемой. Государству необходимо позаботиться, изыскать средства адекватной оплаты труда врачей, работающих в практическом здравоохранении и имеющих высокий профессиональный авторитет у коллег, больных, населения.

Выявляя ошибки врача – хирурга нельзя не учитывать личность хирурга. В ВУЗе профессорско – преподавательский состав большое внимание обращает на воспитательную работу будущего врача в соответствии с его высоким призванием. Особо опасны: апломб, зазнайство, необоснованная самоуверенность, боязнь за свой авторитет. Для воспитания чувства ответственности врачей лучше чаще организовывать консилиумы (ст.184 Кодекса РК), чем консультации, так как в первом

участвуют все врачи, от наиболее авторитарного, опытного - до молодого. Боязнь за свой авторитет удерживает отдельных врачей от созыва консилиума. Зазнайством, нередко, страдают и более опытные врачи, «головокружение» от успехов у них создает веру в свою непогрешимость и естественно приводит к ошибкам, за которыми стоит жизнь человека.

В нашей стране статистика осложнений отсутствует. В США ежегодно от дефектов медицинской помощи показатель смертности в стационарах составляет 44-98 тыс. Тогда как от автокатастроф и рака молочной железы - 30 тыс. По данным частного Центра Здоровья Нации в США ятрогения частое явление. Ежегодно умирают 80 тыс. человек из-за ошибок врачей. Академик Изимбергенов Н.И. пишет, «думать, что у нас нет этого – большое заблуждение. Есть и похлеще. Беда в том, что у нас нет никакого контроля».

В годы экономического кризиса, в связи с ухудшением жизненного уровня населения, бесконечного безрезультатного реформирования здравоохранения произошел рост жалоб, судебных исков на ненадлежащее, некачественное оказание медицинской помощи и возмещения ущерба. В конце XX века в экономически развитых странах возникло новое направление «управление риском» или «риск - менеджмент». Многоуровневая и многокомпонентная медицинская помощь повышает риск возникновения неблагоприятных последствий медицинских услуг. Так вот, цель риск – менеджмента это уменьшить или компенсировать нанесенный вред для пациента.

Таким образом, к преступным действиям медработника ведет профессиональная неграмотность, доходящая до невежества, не соответствие медицинской помощи современным достижениям биологии и медицины, ненадлежащее, пренебрежительное, невнимательное, халатное отношение к работе, невыполнение и

отказ в оказании необходимой медицинской помощи больному, пострадавшему. Практика показывает, что чем выше правовая культура врача, тем более квалифицированнее выполняет он свою профессиональную деятельность, значительно выше качество и эффективность оказываемой лечебно-диагностической помощи. Надо отметить что у большинства медицинских работников уровень медико – правовых знаний, правовая подготовка крайне низка. Медицинское право – это совокупность нормативных актов, определяющих организационные, общеправовые отношения при оказании лечебно-диагностической, профилактической помощи населению. Закон лишь облегчит работу врача и защитит его благородный труд в сложном деле, как лечение. На сегодняшний день, важнейшей составной частью общей профессиональной подготовки врачей, является восполнение пробела подготовки медицинского персонала в области правовых знаний.

Литература:

1. Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана, Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана. 2010 г.
2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и система здравоохранения», Астана - 2009г.
3. Изимбергенов Н.И. Лапароскопическая хирургия. Актобе. 2008г.
4. Богоудинова О.Е. Уголовная ответственность медицинских работников. Медицина, 2002г.
5. Седов В.М., Бибиков В.Ю. Правовые аспекты и правовая классификация ятрогении в хирургии. Вестник хирургии, 2009 г.№1
6. Под редакцией Рогова И.И., Рахметова С.М. Уголовное право Республики Казахстан. Алматы, 2003 г.

Дәрігерліктің этика – құқықтық аспектілері

Практика дәрігердің құқықтық мәдениеті артқан сайын қызметін сапасы да артатынын көрсетеді. Заң дәрігер жұмысын жеңілдетеді, осы қиын істе оның еңбегін қорғайды.

Қазіргі заңда мамандардың құқықтық білім саласында білімдерін толтыру қажет.

Ethics and legal aspects of the medical treatment

According to practice, doctors with the high level of the legal culture in healing are more qualified in their professional activity. Law facilitates doctors work; protect doctor in such hard business as treatment. Today it is necessary to fill the blank in the preparation of the medical staff in the area of the legal knowledge.

УДК 614.2(574)

К ВОПРОСУ О КАДРОВОЙ ПОЛИТИКЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ф.Н. Ержанова

Министерство здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана

Эффективное функционирование и перспективное развитие здравоохранения обеспечивается кадровыми ресурсами, составляющими более 150 тыс. человек, из которых 43 тыс. врачей и 113 тыс. работников со средним медицинским образованием. Последние годы в отрасли предприняты существенные меры по сохранению и развитию кадрового потенциала, повышению его профессионального уровня, оптимизации численности и состава.

Учебные учреждения системы Минздрава РК продолжают ежегодно выпускать около 10 тыс. молодых специалистов с высшим и средним образованием. Действует система сертификации специалистов и лицензирования медицинской деятельности. Несмотря на эко-

номические сложности, проводится периодическая аттестация работников, направленная на повышение квалификационной категории. Свыше 30 тыс. работников здравоохранения ежегодно проходят обучение на циклах специализации, общего и тематического усовершенствования. В медицинских вузах осуществляется подготовка по новым для здравоохранения специальностям: сестринскому делу, общеврачебной практике, экономике, клинической психологии и др. Совершенствуется система приема в высшие учебные заведения на основе целевых заказов. Все большее распространение получает контрактная система найма на работу молодых специалистов. Постоянно совершенствуется технология учебного процесса.