

Медицинский колледж

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Теоретическое занятие №9

Название УД: Основы этики и деловой культуры

Тема: Деловые бумаги. Деловая переписка.

План:

1. Виды деловых писем и сообщений.
2. Деловые бумаги в медицине.
3. Основные типы документов в медучреждении.
4. Требования к ведению медицинской документации.
5. Защита документов и персональных данных.
6. Персональные данные пациента и врачебная тайна.
7. Обработка персональных данных.
8. Правовые аспекты в работе с медицинской документацией.

Конспект

Деловые бумаги делятся на 2 вида:
– личные (автобиография, заявление, доверенность, расписка, резюме);
– профессиональные (характеристика, протокол).

Деловой этикет занимает особое место в искусстве поведения. В бизнесе, нарушение тех или иных норм поведения, такие ошибки может привести к потере больших денег и карьеры. Великий мастер и учитель в сфере деловых отношений Дейл Карнеги утверждал, что успех человека в финансовых делах на пятнадцать процентов зависит от его профессиональных знаний и на восемьдесят пять - от его умения общаться с людьми.

В самом деле, любой бизнес - это скоординированные действия множества людей, и эффективность этих действий прямо зависит от их способности налаживать отношения друг с другом.

Деловому человеку в процессе его деятельности приходится поддерживать связь с деловыми партнерами, клиентами и подчиненными. В век научно-технического прогресса для этого существует множество возможностей: телефон, электронная почта, факс, телеграф и другие. Но, несмотря на широкое распространение средств голосовой связи, деловая переписка не утратила своей актуальности.

С помощью писем ведутся предварительные переговоры перед заключением сделки.

Выясняются отношения между предприятиями и организациями, в письмах излагаются претензии, выражаются просьбы, оформляются приглашения принять участие в тех или иных мероприятиях.

Преимущества писем не сводятся только к тому, что в них можно более четко зафиксировать необходимую информацию. Важен и психологический фактор: хорошо оформленное письмо на фирменном бланке производит более яркое впечатление, чем устное сообщение, и подчеркивает уважение автора к адресату.

Виды деловых писем и сообщений

Принято выделять следующие **виды деловых писем и сообщений**.

По тематическому признаку:

Коммерческие – используются при подготовке к заключению коммерческой сделки, а также при выполнении условий договоров:

- оферта (письмо-предложение) – заявление лица о желании заключить сделку с указанием конкретных условий сделки;
- письмо-запрос - обращение одной стороны к другой о желании заключить сделку, как правило, без указания условий сделки либо уточнить какой-то вопрос при осуществлении сделки;
- рекламация (письмо-претензия) - претензии к стороне сделки, которая нарушила принятые на себя по договору обязательства, и требование возмещение убытков.

Некоммерческие (собственно деловые письма) – используются при решении различных организационных, правовых вопросов, экономических взаимоотношений:

- благодарственное письмо – содержит выражение благодарности по какому-то поводу;
- гарантийное письмо – содержит в себе подтверждение определенных обязательств;
- информационное письмо (письмо-извещение, письмо-сообщение, письмо-уведомление) - предполагает информирование о каких-то событиях либо фактах, которые составляют интерес либо могут заинтересовать адресата;
- письмо-напоминание - содержит напоминание о выполнении договоренностей, обязательств и меры, которые будут приняты в случае их невыполнения;
- письмо-подтверждение – содержит подтверждение получения какого-то товара, согласия с чем-либо, какого-то факта и т.п.;
- письмо-поздравление – содержит поздравление по какому-то поводу;
- письмо-приглашение – содержит приглашение на какое-то мероприятие;
- письмо-просьба – содержит просьбу совершить либо прекратить какое-то действие, побудить к действию и т.п.;
- письмо-соболезнование – содержит сочувствие по какому-то поводу;
- сопроводительное письмо – составляется для сообщения адресату о направлении каких-то сопроводительных документов, материальных ценностей и т.п.

По функциональному признаку:

- письма-ответы – ответы на инициативные письма;
- инициативные письма – составляются по инициативе адресанта с определенной целью;

- письма, требующие ответа (письмо-запрос, письмо-предложение, письмо-рекламация, письмо-просьба, письмо-обращение);
- письма, не требующие ответа (письмо-напоминание, письмо-предупреждение, письмо-извещение, сопроводительное письмо, письмо-подтверждение).

По признаку получателя:

- циркулярные письма – письма, адресованные нескольким получателям одновременно;
- обычные письма - адресованные одному конкретному получателю.

По композиционному признаку:

- одноаспектные – рассматривают один вопрос;
- многоаспектные – затрагивают несколько вопросов одновременно.

По структуре:

- регламентированные – составляются по определенному установленному образцу;
- нерегламентированные – содержат авторский текст и составляются в свободной форме, не имеют установленного образца.

По форме отправления:

- конвертные – отправленные с помощью почты в конверте;
- электронные – отправленные в электронном виде на e-mail;
- факсовые – отправленные по факсу
- письмо-отказ от поставки товара, от оплаты и т. п.;
- письмо-рекламация;
- письмо-ответ на рекламацию и др.

По признаку адресата деловые письма делятся на **обычные** и **циркулярные**. Циркулярное письмо направляется из одного источника в несколько адресов.

По структурным признакам деловые письма делятся на **регламентированные** (стандартные) и **нерегламентированные**.

Регламентированное письмо решает типичные вопросы регулярных экономико-правовых ситуаций и реализуется в виде стандартных синтаксических конструкций. Нерегламентированное деловое письмо представляет собой авторский текст, реализующийся в виде формально-логического повествования или этикетного текста.

Количество видов писем соответствует практическим ситуациям, вызывающим необходимость письменного общения партнеров.

Деловые бумаги в медицине

Любое медицинское учреждение ежедневно сталкивается с огромной ответственностью — от действий сотрудников (не только врачей) зависит здоровье, а нередко и жизнь пациентов. Поэтому в поликлинике, госпитале, государственных и частных больницах необходимо обеспечивать стопроцентный порядок в документации. Ее оформление, ведение, систематизация, хранение — специфическая и непростая задача, так как в большинстве случаев она служит средством доказательства проведения лечебных, диагностических и прочих профильных процедур.

Медицинские документы служат инструментом контроля качества оказываемых услуг (например, со стороны страховых компаний), подтверждают факт оказания помощи и раскрывают ее суть. Относиться легкомысленно к ней нельзя. Порядок ведения медицинской документации регламентирован на государственном уровне, но единого правового акта для этого нет. В работе следует руководствоваться законами, в частности:

- №323-ФЗ от 21.11.2001 — в нем указаны основы охраны здоровья, в том числе требования к обязательности ведения учета, хранения документации и оформления бланков строгой отчетности;

- №184-ФЗ — он касается технического регулирования электронных систем документооборота, на которые переходят структуры здравоохранения;
- №125-ФЗ — в нем сформулированы правила комплектования, учета хранения документации в архиве.

Также работникам, которым поручено ведение учетной медицинской документации, следует руководствоваться Национальными стандартами (ГОСТ Р 52636-2006 и прочими) и Приказами Минздрава РФ. За несоблюдение требований законодательства ответственным лицам и организациям грозят существенные санкции. Предусмотрена даже уголовная ответственность за нарушения правил хранения, повреждение бумаг, служебный подлог и фальсификацию. Неправильное, неполное, ненадлежащее ведение документации может лишить организацию возможности доказать свою правоту при судебных процессах.

Основные типы документов в медучреждении

Оформление и ведение утвержденной медицинской документации также регламентировано нормой №323-ФЗ, но единого «жесткого» порядка для него нет. Однако существуют определенные правила, которых необходимо придерживаться. Так, первичными документами для любого, государственного или частного, медучреждения выступают:

- Медицинская карта по разным формам (003/у для стационара, 025/у-87 для амбулаторного лечения, 043/у для стоматологии): ее оформляют всем больным при поступлении в стационары, и это основной документ для всех профильных организаций — диспансеров, клиник, санаториев и так далее.
- История родов (для родильных домов), индивидуальные карты беременных.

- Специфические формы медкарт — к примеру, для туберкулезных больных.

Для оформления медкарт сотрудники берут у пациента паспортные данные, которые вносят на титульный лист. Это основной документ, в котором зафиксированы все данные больного, характеризующие его и его состояние. Карты хранятся в регистратуре и группируются, как правило, по участковому принципу.

Среди других ключевых документов, которые предусматривают правила ведения медицинской документации, выделяют:

- талоны для учета пациентов в поликлиниках;
- контрольные карты для диспансерного наблюдения;
- формы 086/у, которые нужны взрослым и детям при оформлении на работу, учебу и многие другие.

Типовые формы содержатся в Альбоме, который выпустило и утвердило Министерство Здравоохранения РФ. Образцы из него используют, осуществляя ведение учетно-отчетной медицинской документации, ее стандартизацию, хранение и контроль. В целом учет в поликлинике ведется по сведениям о пациентах (паспортные данные, адрес, место работы), применяемых методах диагностирования и лечения, оборудовании. Также в документах зафиксирована информация об оргструктуре учреждения, ее бухгалтерии и хозяйственной части.

Требования к ведению медицинской документации

Правила ведения медицинской документации поликлиники, больницы или любого иного профильного учреждения предусматривают, что нормы по ее хранению должны быть зафиксированы приказами по каждому учреждению. Пациентам ее выдают по письменному заявлению, а третьи лица, в соответствии с правилами врачебной тайны, имеют к ней доступ только с их согласия. Документы могут запрашивать судебные, следственные и

правоохранительные органы, страховые компании. Сроки их хранения разнятся — от 3 лет (для планов, внутренней переписки) до 50 (например, для журналов учета рожениц) в зависимости от формы.

Каждый документ на больного должен:

- быть своевременно заполнен;
- отражать все сведения о состоянии пациента и результатах лечения;
- содержать понятную больному терминологию, если это возможно;
- обеспечивать защиту медперсонала в случае необоснованных исков или жалоб;
- заполняться без сокращений;
- содержать даты, подписи под сделанными дополнительно исправлениями и записями и так далее.

При ликвидации все бланки передаются муниципальным архивам. Также существуют нормы относительно электронных систем ведения медицинской документации, однако правовые акты для нее пока разработаны в недостаточном объеме. В целом можно сказать, что каждое профильное учреждение должно самостоятельно формировать конкретные правила, ориентируясь на существующие законодательные акты.

Требования, предъявляемые к ведению первичной медицинской документации

Эти требования вытекают из руководящих документов органов различного уровня управления здравоохранением (от МЗ РФ до конкретной медицинской организации), сложившихся в течении многих лет традиций отечественной медицины, ее теории и практики, понимания юридического значения медицинской документации. Не следует забывать, что в делах по привлечению врача к юридической ответственности первичная медицинская документация нередко становится его первым обвинителем. Вместе с тем в

ряде случаев жалобы на врачей и возбуждение против них или медицинских организаций уголовных и гражданских дел бывают необоснованными, так как смертельный исход или другие неблагоприятные последствия далеко не всегда зависят от действий врача, а могут быть обусловлены тяжестью самой болезни, несовершенством медицинской науки или другими объективными обстоятельствами. Это выясняется при проведении СМЭ, назначаемой в процессе расследования и анализа представленной первичной медицинской документации. Однако эта документация дает доказательства, оправдывающие врача, только в том случае, если она ведется правильно, записи – полные и четкие. Помимо формальной части первичной медицинской документации, содержательная ее часть призвана обеспечить обоснованность лечебно-диагностических мероприятий, их преемственность, этапность, логику размышлений, сомнений и оправданность действий врачебного персонала, среднего и младшего звена в оказании медицинской помощи, результативность принятых мер, рекомендации по дальнейшему обследованию и наблюдению, о характере активных и пассивных действий больного в отношении его трудовой деятельности, отдыха, питания и т.д. В истории болезни должно быть указано, что произошло с больным, когда впервые развились симптомы заболевания, лечился ли он ранее по поводу этого заболевания, где и когда. Особая ответственность по сбору анамнеза ложится на плечи врача приемного отделения, поскольку он первым вступает в контакт с больным и (на основании анамнеза и объективного исследования) выставляет предварительный диагноз. В истории болезни должны быть отражены качественные и количественные характеристики симптомов заболевания, а также условия возникновения и прекращения этих симптомов. Иногда больного доставляют в лечебное учреждение в бессознательном состоянии, поэтому он ничего не может рассказать о своей болезни. Однако и в этих случаях анамнез хотя бы кратко, но должен быть записан, например, со слов сопровождающего. Спустя некоторое время, когда состояние больного улучшается, анамнез может быть дополнен. О необходимости дополнения

анамнестической части истории болезни в процессе наблюдения за больным врачи нередко забывают. Практика показывает, что раздел «Дополнение к анамнезу» встречается в историях болезни как казуистика. Известно, что плохо собранный анамнез может обусловить неправильный или неполноценный диагноз, а следовательно, и лечение и тем самым явиться субъективной причиной небрежности врача. Вместе с тем невозможность сбора анамнеза должна быть расценена как одна из объективных причин, затруднивших постановку правильного диагноза. Понятно, что диагноз нельзя строить только на анамнезе, он должен быть подтвержден объективными данными. В связи с этим важнейшее значение приобретают данные объективного исследования больного, которые включают и результаты различных лабораторных исследований, записи о специальных исследованиях соответствующими специалистами (рентгенологом, инфекционистом и др.), следует излагать с максимальной полнотой. В этом разделе истории болезни должны быть отображены объективные данные, касающиеся всех систем и органов больного (температура тела, пульс, уровень АД, дыхание, объективная симптоматика, характеризующая поражение того или иного органа или системы органов). Неполноценное объективное исследование больного может стать причиной дальнейшей неправильной тактики (несвоевременный перевод пациента в специализированное отделение, например – реанимационное, отсутствие вызова «узкого» специалиста, неназначение дополнительных лабораторно-диагностических исследований и т.д.). Врачам-клиницистам не следует забывать предмет, который они изучали одним из первых как клиническую дисциплину, – пропедевтику; физикального обследования больного в полном объеме в определенном порядке по органам и систем никто не отменял. Этот метод исследования часто является базовым, на нем впоследствии строится вся диагностическая версия заболевания, обосновываются срочность, последующий объем и полнота медицинских мероприятий. Врач не должен позволять себе пропустить определенные этапы такого обследования.

Отметим, что в медицинской карте амбулаторного больного допустимы более краткие записи, чем в истории болезни. Однако это не означает возможности неполноценного сбора анамнеза или ущербного описания объективных симптомов заболевания. Это не означает и того, что записи врача должны содержать только ему понятные сокращения, аббревиатуры, которыми в настоящее время изобилует медицинская документация как на поликлиническом, так и на стационарном этапе оказания медицинской помощи. Врачи достационарного этапа оказания медицинской помощи, помимо прочих, должны решать одну из важнейших тактических, а в некоторых случаях и стратегических задач – это сортировка обращающихся больных: возможно лечение пациента в поликлинике, на дому или необходима его госпитализация в срочном или плановом порядке в стационар? Поэтому первичная медицинская документация достационарного этапа лечения имеет не меньшее значение, чем история болезни. Объективное состояние больного при его лечении в стационаре может быть стабильным или претерпевать определенные изменения, например, под влиянием лечения. Эти данные должны подробно отражаться в так называемом дневнике истории болезни. Записи в нем также должны быть достаточно подробными, а не ограничиваться констатацией факта: «состояние больного прежнее» или «без динамики». Записи в истории болезни о проводимом лечении также должны быть полными, что позволит проконтролировать правильность этого лечения. Возвращаясь к вопросу дефектов при написании клинического диагноза, следует особо отметить, что он должен соответствовать международной классификации болезней (МКБ-10) и содержать следующие структурные элементы: 1) основное заболевание; 2) осложнение; 3) сопутствующее заболевание. Основными дефектами при написании диагноза можно считать: 1. Несоответствие одной из частей диагноза классификации по рубрикации (МКБ-10). 2. Замечания по содержанию диагноза (можно дополнить). 3. Замечания по времени его постановки (установлен с опозданием). К каким правовым последствиям может вести несоответствие

диагноза общепринятой международной классификации? В нашей судебной практике имел место случай, когда была оказана платная медицинская услуга пациентке с диагнозом: «нарушение менструального цикла». Адвокат пациентки доказал в суде, что ее платно лечили от несуществующего заболевания, поскольку такая нозологическая форма отсутствует в классификации (МКБ-10), а указанный диагноз является синдромом целого ряда заболеваний. Это явилось основанием для возвращения пациентке затраченных средств на лечение. Особое внимание следует обратить на указания о медикаментозном лечении больного, которые лучше оформлять в листе назначений. Это единственное место, где в первичном медицинском документе допустимо использование терминов на латинском языке. В остальном тексте разрешено применение только государственного языка – русского, который без каких-либо дополнительных разъяснений будет понятен и пациенту, и судье, и прокурору. В листе назначений должны быть указаны не только название медицинского препарата, но и его доза, способ введения, дата назначения и отмены, а в необходимых случаях (при применении антибиотика) – результаты пробы на его переносимость. В случае переливания крови должна быть указана группа крови больного и донора, сделаны отметки о результатах пробы на совместимость и биологической пробы, при переливании консервированной крови этикетки с флаконов должны клеиваться в историю болезни.

При проведении больному хирургического лечения в истории болезни должно быть подробно описано анестезиологическое пособие, указаны время проведения операции и ее название, описаны все ее этапы. Отдельно следует остановиться на согласии больного или его законных представителей на оперативное вмешательство. Врач обязан проинформировать пациента о необходимости операции, уровне ее риска, возможных осложнениях и получить согласие на данный вид лечения. Закон не предусматривает, в каком виде – устном или письменном – такое согласие должно быть получено. В медицинской литературе и на страницах печати неоднократно возникали

дискуссии о юридическом оформлении согласия больного на оперативное вмешательство. В настоящее время сложившаяся практика устного согласия больного или его законных представителей на медицинское вмешательство под влиянием все растущего количества претензий и исковых заявлений со стороны пациента уступает место письменному. В некоторых, особенно коммерческих медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичные медицинские услуги, разрабатываются подробные формы добровольного информированного согласия пациента на все виды необходимых медицинских вмешательств, в том числе и хирургических. Этот отрадный факт новейшей истории правовых отношений в медицине следует приветствовать как медицинскому сообществу, так и потребителям медицинских услуг. Любая услуга, в том числе и медицинская, осуществляющаяся в рамках договорных отношений, предполагает наличие подписей участников договора. С этической точки зрения это не должно оскорблять пациента, ведь в практику оказания медицинской помощи уже давно вошло правило брать с больного расписку об ознакомлении его с режимом данного ЛПУ, при отказе от госпитализации и в некоторых других случаях. При производстве срочной операции по жизненным показаниям, когда получить согласие невозможно, следует оговорить это обстоятельство в истории болезни отдельно. Если больной подвергается хирургическому вмешательству, то на 2-й странице карты указываются дата (месяц, число), часы операции и ее название. Описание операции может приводиться и в журнале оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у), т.е. инструкции к приказу № 1030 МЗ СССР разрешают фиксировать протокол операции в двух документах. Этот протокол должен быть написан столь подробно, чтобы из него вытекали причины возможных неблагоприятных последствий оперативного вмешательства. Если в кратком протоколе операции будет просто указано, что при осушении брюшной полости во время диагностической лапаротомии произошел разрыв селезенки, впоследствии это вполне может быть расценено как причинение тяжкого

вреда здоровью пациента при наличии неосторожной формы вины причинителя вреда (хирурга). Если же в протоколе операции будут подробно описаны особенности данного клинического случая и технические сложности при проведении ревизии органов брюшной полости (наличие спаек и т.д.), это может стать доказательством невиновного причинения вреда, т.е. казуса или несчастного случая в медицине. Первичная медицинская документация должна составляться на официальных бланках, по установленной форме, иметь порядковый номер с указанием точного наименования ЛПУ и паспортных данных пациента. Приказ МЗ СССР № 1030 не допускает произвольного по форме и содержанию создания первичных медицинских документов не установленного образца, и если ЛПУ, находящиеся под руководством государственных органов управления здравоохранением, достаточно скрупулезно следуют этим требованиям, то медицинские организации в системе частного здравоохранения зачастую считают себя свободными от обязательств следовать директивам Министерства здравоохранения. Все разделы истории болезни должны быть заполнены. Все записи делают на русском языке, разборчивым почерком. Медицинская карта стационарного больного подписывается лечащим врачом и заведующим отделением, после чего сдается в архив, где хранится 25 лет. Следует кратко остановиться на таком требовании, как разборчивость записей. К сожалению, приходится констатировать, что многие врачи игнорируют это требование. При анализе большого числа первичных медицинских документов многие записи в них просто не поддаются расшифровке. Если эти записи имеют принципиальное значение, то судебно-медицинские эксперты предлагают следователю дополнительно допросить врача, что, безусловно, увеличивает затраты времени и труда как экспертов, так и органов следствия. При отсутствии возможности допросить врача приходится констатировать, что «запись неразборчива» и, следовательно, не принимать ее во внимание в качестве доказательства, хотя она, вполне возможно, могла сыграть определенную роль в установлении качества оказания медицинской помощи.

И хотя ясно, что назрела необходимость компьютеризации процесса оформления медицинской документации (как уже сделано во многих странах), ведение установленных форм первичной медицинской документации пока не отменяется. Любой первичный медицинский документ должен заканчиваться эпикризом, в котором лечащий врач кратко резюмирует данные о состоянии больного при поступлении и выписке из лечебного учреждения, обосновывает установленный в процессе лечения диагноз, указывает все проведенные лечебные мероприятия и их эффективность, дает рекомендации по дальнейшему лечению, обследованию и режиму пациента (если они необходимы). Рекомендации должны даваться в подробном, понятном пациенту виде, содержать исчерпывающую информацию о дозе, интервалах приема, длительности применения медикаментозных препаратов, времени явки для контрольного осмотра (обследования), иметь точные характеристики режима труда и отдыха. Несоблюдение указанных выше правил составления эпикриза приводит к неблагоприятным для здоровья пациента последствиям

Защита документов и персональных данных, в том числе информации о пациентах

Медицинские организации в силу законодательства являются операторами персональных данных своих пациентов. Они принимают непосредственное участие в сборе, систематизации, накоплении, хранении, уточнении, обновлении, изменении, распространении и уничтожении такой информации. Разберемся, какие требования предъявляет законодательство к медицинской организации в качестве оператора персональных данных и какие виды ответственности предусмотрены за их нарушение.

Персональные данные представляют собой любую информацию, относящуюся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных) (ст. 3 Федерального

закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее — Закон № 152-ФЗ)).

Медицинская организация, получая персональные данные от пациента (субъекта персональных данных), например, при его первоначальном поступлении или заключении договора на оказание медицинских услуг, а также в процессе лечения, приобретает статус оператора. У нее возникают определенные обязанности в части работы с полученными персональными данными.

Оператор персональных данных — это государственный орган, муниципальный орган, юридическое или физическое лицо, самостоятельно или совместно с другими лицами организующие и (или) осуществляющие обработку персональных данных, а также определяющие цели обработки персональных данных, состав персональных данных, подлежащих обработке, действия (операции), совершаемые с персональными данными (ст. 3 Закона № 152-ФЗ).

Персональные данные пациента и врачебная тайна

Сразу отметим, что информация о состоянии здоровья пациента относится к специальным категориям персональных данных, обработка которых не допускается, за исключением случаев, когда (ст. 10 Закона № 152-ФЗ):

- пациент дал согласие в письменной форме на обработку своих персональных данных;
- пациент сам сделал персональные данные общедоступными;
- обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов пациента либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия пациента невозможно;
- обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что

обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну.

Информация, являющаяся врачебной тайной, — это отдельный подвид персональных данных. Она представляет собой сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении (п. 1 ст. 13 Закона № 323-ФЗ). Ее разглашение не допускается (п. 2 ст. 13 Закона № 323-ФЗ).

Обработка персональных данных

Обработка персональных данных — это любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием или без использования средств автоматизации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение (ст. 3 Закона № 152-ФЗ).

Как было сказано выше, перед получением от пациента информации медицинская организация должна запросить у него согласие на обработку персональных данных (ст. 6, ст. 10 Закона № 152-ФЗ).

Пациент вправе полностью или частично отказаться от предоставления согласия на обработку персональных данных. Поэтому медицинской организации следует правильно подходить к виду и объему запрашиваемой информации. В обработку нужно запрашивать только те сведения, которые отвечают ее целям. Сведения не должны быть избыточными (ст. 5 Закона № 152-ФЗ).

При сборе персональных данных оператор обязан предоставить субъекту персональных данных по его просьбе следующую информацию:

- подтверждение факта обработки персональных данных;

- правовые основания и цели обработки;
- цели и применяемые способы обработки;
- наименование и место нахождения оператора, сведения о лицах (за исключением работников оператора), которые имеют доступ к персональным данным или которым могут быть раскрыты персональные данные на основании договора с оператором или на основании положений законодательства;
- обрабатываемые персональные данные, относящиеся к соответствующему субъекту персональных данных, источник их получения, если иной порядок представления таких данных не предусмотрен положениями законодательства;
- сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;
- порядок осуществления субъектом персональных данных прав, предусмотренных Законом № 152-ФЗ;
- информацию об осуществленной или о предполагаемой трансграничной передаче персональных данных;
- наименование или фамилию, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, если обработка поручена или будет поручена такому лицу;
- иные сведения, предусмотренные Законом № 152-ФЗ или другими федеральными законами.

Согласие на обработку персональных данных может быть получено в электронной либо в письменной форме.

При этом согласие на обработку биометрических данных необходимо получить от пациента именно в письменной форме (ст. 11 Закона № 152-ФЗ), так как они представляют собой сведения, которые характеризуют физиологические и биологические особенности на основании которых можно установить личность.

Бумажный документ должен содержать следующие реквизиты (п. 4 ст. 9 Закона № 152-ФЗ):

- фамилию, имя, отчество, адрес пациента, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи этого документа и выдавшем его органе;
- Ф.И.О., адрес представителя пациента, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи этого документа и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя пациента (при получении согласия от него);
- наименование медицинской организации;
- цель обработки персональных данных;
- перечень персональных данных, на обработку которых пациент дает согласие;
- наименование или Ф.И.О. и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению медицинской организации, если обработка будет поручена такому лицу;
- перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, и общее описание используемых способов обработки персональных данных;
- срок, в течение которого действует согласие пациента, а также способ отзыва такого согласия, если иное не установлено законодательством;
- подпись пациента.

Также обратите внимание, что при заключении договора с пациентом медицинская организация обязана предоставить ему информацию о номере своей лицензии, сроке ее действия и выдавшем ее органе. Такую информацию можно включить непосредственно в договор либо прописать в нем ссылку на источник откуда можно получить информацию.

При заключении договора на сложные и дорогостоящие услуги пациенту следует предложить под роспись ознакомиться с описанием этих услуг, способами их оказания, возможными последствиями и т. д.

От пациента обязательно потребуется получить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства, на оперативное вмешательство, в том числе переливание крови и ее компонентов, и т. д.). Его следует оформить в письменном виде – записью в истории болезни, заверенной подписью самого пациента (его законного представителя) либо его отдельной распиской или заявлением. С 1 января 2018 года согласие также можно оформить в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной или простой электронной подписью пациента (его законного представителя) и электронной подписью медицинского работника.

Если состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении решают консилиум или лечащий врач.

Медицинское вмешательство без информированного добровольного согласия также возможно в отношении пациентов:

- страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- направленных на судебно-медицинскую и (или) судебно-психиатрическую экспертизы.

Правовые аспекты в работе с медицинской документацией

Чтобы понять сущность юридического значения первичной медицинской документации, следует прежде всего определить, что относится к первичным медицинским документам. Первичными медицинскими документами являются:

1. Медицинская карта стационарного больного (история болезни – форма № 003/у) (типовую инструкцию см. в приложении). Медицинская

карта стационарного больного является основным медицинским документом стационара; она заполняется на каждого поступившего в стационар больного. Этот документ ведется всеми больницами, диспансерами, клиниками вузов и НИИ, а также санаториями.

2. Медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у- 87) (типовую инструкцию см. в приложении).

3. Медицинская карта стоматологического больного – форма № 043/у (инструкции по ее ведению см. в приложении).

4. Основным медицинским документом родильного дома (родильного отделения больницы), который составляется на каждую поступившую беременную, роженицу или родильницу, является история родов – форма № 96 (инструкцию по ее ведению см. в Приложении).

Кроме того, первичными медицинскими документами являются: медицинская карта туберкулезного больного (форма № 081/у), медицинская карта больного венерическим заболеванием (форма № 065/у), индивидуальная карта беременной и роженицы, заполненная на гинекологических больных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности (форма № 111 /у), и некоторые другие.

Впервые схема истории болезни была предложена более 200 лет назад М.Я. Мудровым. Впоследствии его идеи были развиты в работах Г.А. Захарьина, С.П. Боткина, А.А. Остроумова, М.В. Черноруцкого и других выдающихся отечественных клиницистов и ученых. В 1929 г. Наркомздрав РСФСР установил единую для всех лечебных учреждений форму истории болезни и форму ее заполнения. В 1980 г. Минздрав СССР утвердил формы и образцы первичной медицинской документации учреждений здравоохранения, издал типовые инструкции по заполнению этих форм. В 1988 и 2000 гг. в указанный приказ были внесены определенные изменения. История болезни, являясь основным документом, составленным на больного в стационаре, имеет большое лечебное, научно-практическое и юридическое значение: • лечебное – так как по записям в ней выполняются диагностические и лечебные

мероприятия; • научно-практическое – так как служит исходным материалом для изучения причин и особенностей течения тех или иных заболеваний, а следовательно, и для разработки профилактических мероприятий; • юридическое – так как дает возможность (при правильном ее ведении) оценить качество оказанной медицинской помощи. Прямые указания на юридическое значение карты стационарного больного находим в приказе МЗ СССР № 1030 от 1980 г.:

«Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются для выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суд, прокуратура, экспертиза и др.) Это указание требует расширительного толкования. Оказание необходимой медицинской услуги больному в ЛПУ (на этапе как стационарной, так и внестационарной, амбулаторной помощи) является одновременно осуществлением законного права данного больного на получение медицинской помощи и выполнением юридической обязанности со стороны ЛПУ по оказанию этой помощи. Первичная медицинская документация при этом выступает в качестве своеобразного протокола, который должен фиксировать все этапы оказания лечебно-диагностической помощи, все мероприятия по выполнению обязанностей ЛПУ в отношении данного больного и законных прав последнего. В этом заложены основы ее юридического значения. Кроме того, юридическое значение истории болезни проявляется и в том, что она служит основой для ряда других медицинских документов, которые составляются на базе ее данных. Указанные документы могут быть или оперативными, или вторичными. Примером оперативного документа являются температурный лист, заполняемый палатной сестрой на основе ежедневных записей лечащего врача в карте стационарного больного, а также графическое изображение показателей пульса, дыхания, артериального давления, температуры тела, характеризующих состояние здоровья больного. Вторичные медицинские документы составляются при выписке больного из стационара. Это

различные справки, учетные карточки, выписки из медицинских карт, направления на МСЭ, врачебное свидетельство о смерти (при летальном исходе). При правильном ведении первичной медицинской документации и правильном составлении производных от нее медицинских документов они не должны противоречить друг другу. К сожалению, довольно широко распространено расхождение действительно имеющихся фактических данных, приведенных в истории болезни, с выданным впоследствии на руки больному или его родственникам эпикризом (выписка из истории болезни). Расхождения могут касаться существенных моментов: диагноза, результатов клинических и дополнительных методов исследований, рекомендаций и др. Сущность юридического значения первичной медицинской документации наиболее четко раскрывается при привлечении медицинского работника к тому или иному виду юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской услуги, равно как и в случае возбуждения уголовного или гражданского дела против самого больного или против лиц, по вине которых больной попал в ЛПУ. В этих случаях первичная медицинская документация служит источником доказательств по данному делу.

Диагноз должен быть обоснован результатами всех необходимых в данном случае исследований, а его обоснование должно быть полностью отражено в истории болезни.

Вопросы для закрепления нового материала:

1. Какие виды деловых бумаг вы знаете.
2. Деловые бумаги в медицине.
3. Перечислите основные типы документов в медучреждении.
4. Требования к ведению медицинской документации.
5. Защита документов и персональных данных.
6. Персональные данные пациента и врачебная тайна.
7. Как делается обработка персональных данных.

8. Правовые аспекты в работе с медицинской документацией.

Домашнее задание:

1. По материалу текста составить небольшой доклад (на 10 мин.) ответа
2. Подготовиться к ролевой игре «Деловые бумаги»
3. Использовать свободный материал (помимо обязательного, учебного) из сетей при подготовке домашнего задания .
4. Составить и изложить каждому письменно свой взгляд на культуру ведения деловой переписки .

Шахбанова Д.Н._____