



Офіціоз

ПРАВОЗАХИСНА ДІЯЛЬНІСТЬ ПРОФСПІЛОК

(за матеріалами судової практики)

**Андрій ВАРАВА, голова Львівської міської організації
Профспілки працівників охорони здоров'я України,
магістр державного управління, адвокат.**

Практично будь-який вид людської професійної діяльності має ймовірнісний характер і в силу цього пов'язаний з ризиком. Професійна медична діяльність об'єктивно не може бути абсолютно позбавлена від загрози настання негативних наслідків як для пацієнта, так і для лікаря.

Лікувально-діагностична діяльність неможлива без досягнень в науково-дослідній роботі, без елементів ризику неможливий сам розвиток медичної науки та лікувальної практики. Саме тому лікарська етика і деонтологія має не лише культурно-етичне, але й правове значення.

Андре Моруа (справжнє ім'я Еміль Саломон Вільгельм Эрзог, 1885-1967), французький письменник та історик), виступаючи на з'їзді французьких медиків, присвяченому проблемам лікарської етики сказав: «...Завтра, як і сьогодні, будуть хворі. Завтра, як і сьогодні, знадобляться лікарі. Як і сьогодні, лікар збереже свій сан жерця, а разом з ним і свою страху, все зростаючу відповідальність. Медична наука стане ще точніша, ще більш оснащена, але поряд з нею, як і сьогодні, стоятиме, збереже своє місце в медицині лікар класичного типу – той, чиїм покликанням залишиться людське спілкування з пацієнтом... Завтра, як і сьогодні, людина в медичному халаті врятовуватиме життя постраждалому, хто б він не був – друг або недруг, правий або винуватий. І життя лікаря залишиться таким же, як сьогодні, – важким, тривожним, героїчним і піднесеним».

В діяльності працівника охорони здоров'я, особливо лікаря, завжди наявні елементи професійного ризику. Професійний ризик медичного працівника поєднує в собі ознаки тих обставин, які за своєю юридичною природою відносяться до здійснення громадянином конституційного права на охорону здоров'я.

Професійний ризик – це можливість (ймовірність) виникнення негативних наслідків (результатів) для

працівника в результаті його професійної діяльності.

Основні категорії негативних результатів (специфічні для медпрацівників).

1. Соціальні:

1.1) ризик втрати (повністю або частково) працездатності у працездатному віці внаслідок ушкодження здоров'я (з точки зору законодавства, відзначимо, що відповідно до розподілу видів економічної діяльності за класами професійного ризику, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 8 лютого 2012 р. № 237 такі види діяльності як медична практика та інша діяльність у сфері охорони здоров'я відносяться до 7-го класу професійного ризику. Для порівняння відзначимо, що всього 67 класів. На останньому (найнебезпечнішому місці) є такий вид діяльності як добування кам'яного вугілля. А на першому (безпечному), зокрема, діяльність у сфері державного управління загального характеру),

1.2) ризик безробіття,

1.3) ризик професійної дискваліфікації.

2. Правові:

2.1) ризик притягнення до дисциплінарної відповідальності (догана, звільнення),

2.2) ризик притягнення до кримінальної відповідальності (в т.ч. з позбавленням права займатися лікарською діяльністю),

2.3) ризик притягнення до адміністративної відповідальності (зокрема, за корупційні правопорушення),

2.4) ризик притягнення до цивільно-правової відповідальності (відшкодування матеріальної та/ або моральної шкоди).

3. Економічні:

3.1) ризик низької оплати праці, рівень якої не дозволяє працівникові відновлювати свою працездатність та підтримувати на належному рівні свій кваліфікаційно-освітній рівень;

3.2) зменшення обсягів бюджетного фінансування державного та комунального секторів галузі охорони здоров'я.

Переконаний, що оцінка та система керування професійними ризиками повинна стати дійсною основою сучасної системи управління охороною здоров'я, визначати основи соціального партнерства роботодавця та професійної спілки, механізм практичної реалізації якої повинен втілюватись в правовій системі регулювання праці, в тому числі у колективних договорах.

Управління професійними ризиками – це механізм, який дозволяє забезпечувати покращення умов праці в закладі охорони здоров'я, мінімізацію негативних наслідків професійних ризиків.

У ході підготовки матеріалу було проаналізовано окремі результати правозахисної діяльності міської профспілкової організації, в межах якої практично здійснювалось представництво лікарів в ході розгляду скарг пацієнтів як в адміністративному, так й судовому порядку.

Вважаю, що такий аналіз допоможе кожному з Вас проаналізувати свою професійну діяльність на предмет управління власними професійними ризиками. Поінформованість – є способом мінімізації негативних наслідків професійних ризиків.

Аналіз показує, що значна частина скарг, цивільно-правових спорів між лікарями та пацієнтами виникає внаслідок міжособистісних конфліктів, при цьому як доказова база використовується медична документація, що ведеться і оформляється лікарем.

Стосовно першої частини цієї тези – міжособистісних конфліктів між пацієнтами та лікарями, то зауважу, що цьому питанню присвячений цілий напрямок науки – конфліктології, яка не є предметом нашої дискусії сьогодні. У цьому контексті лише відзначу, що спроба подивитись на ситуацію очима пацієнта дозволить Вам, як мінімум, врахувати його аргументи, а власна кваліфікація буде запорукою належності лікувально-діагностичного процесу.

Що стосується медичної документації, яка ведеться і оформляється лікарем, то доцільно пам'ятати, що ця первинна документація є основною доказовою базою, яка може використовуватись як «ЗА» Вас, так й «ПРОТИ» Вас в ході розгляду скарги пацієнта, що в адміністративному, що в судовому порядку. І, мабуть, слід уважно та критично ставитись до оформлення медичної документації.

Як приклад судова справа. Пацієнтка С. звернулася з цивільно-правовим позовом до закладу охорони здоров'я про відшкодування матеріальної та моральної шкоди, заподіяної неналежним наданням медичної допомоги. В якості третьої особи до судового розгляду справи залучений лікар, який безпосередньо лікував пацієнтку. Позовні вимоги: відшкодувати близько 50 тис.грн. матеріальної шкоди та 15 тис. грн. моральної шкоди, а також 2 тис. грн. витрат на правову допомогу. Підставою для звернення за медичною допомогою було: перелом лівої променевої кістки в типовому місці, який мав місце

внаслідок падіння. Керівник структурного підрозділу закладу з власної ініціативи виготовляє штамп наступного змісту: «призначене лікування не відповідає клінічним протоколам надання медичної допомоги по даній патології...». Такий штамп проставляється керівником структурного підрозділу закладу в медичну картку амбулаторного хворого (пацієнтки С.) як результат оцінки цим керівником дій лікуючого лікаря, який призначає антибіотикотерапію, виходячи з стану здоров'я пацієнтки С. (набряк в місці перелому). Мотивація дій керівника – призначення антибіотикотерапії не відповідає клінічному протоколу лікування органів руху та опори, додаткових підстав для призначення антибіотикотерапії теж не зазначено. У подальшому лікуючий лікар пояснив свої призначення, вони були визнані адекватними, але штамп залишився. Звертаючись з позовом до суду, в якості одного з перших своїх аргументів, пацієнтка С. звернула увагу суду саме на цей штамп. Цей штамп, по суті, використовувався для експертного контролю з боку керівника підрозділу за підлеглими лікарями, зміст цього штампу відображав не стільки результати та висновки експертного контролю, скільки був підставою для спільного аналізу керівником та лікарем лікувального процесу. А використаний був позивачкою саме і виключно як результат експертного контролю. Отже, це яскравий приклад як можна створити самому собі професійну проблему.

Далі. Ця ж справа. Пацієнтка С. має ускладнений анамнез (цукровий діабет I-ий тип, тяжка форма перебігу, ускладнений діабетичною енцефалопатією та полінейропатією рук та нижніх кінцівок, генералізована діабетична капілярнопатія, міокардіопатія, хронічний гастродуоденіт). Лікар-травматолог робить репозицію уламків кісток (внаслідок перелому) і призначає день чергового огляду. Очевидно, що пацієнтка С. спостерігається у ендокринолога, отримує інсулін. Так само очевидно, що ендокринолог оглядає пацієнтку С. в той же час, що її лікує травматолог. Але лікар-травматолог не призначає консилиуму, виходячи з того, що ця пацієнтка оглядається травматологом і ендокринологом у той самий період часу. Консилиум, в даному випадку, по суті є. Тільки окремо (в різних кабінетах) проведений спеціалістами в один час. По справі була призначена суд-мед. експертиза. І експертами з цього приводу відзначено наступне: «На етапі лікування С. у <назва закладу охорони здоров'я> травматологом своєчасно не призначені консультації невропатолога і ендокринолога (консулярний огляд). По наявних записах у медичних документах неможливо встановити, коли саме стан пацієнтки С. через розвиток ускладнення став некомпенсований і потребував оперативного втручання. Розвитку карпального стенозу сприяла в першу чергу травма, а також і важке хронічне захворювання – цукровий діабет».

Проблема даної справи полягає в тому, що, по суті, лікування здійснювалось правильно, а процесуальні моменти (оформлення медичної документації,

призначення консилиуму), які ніяк не вплинули на результати лікування, стали підставою для судового розгляду справи.

Ще один приклад. Лікуючий лікар, на прохання пацієнтки закриває листок непрацездатності і визначає день, коли їй стати до роботи. Мотиви прохання пацієнтки прості і, суто по-людськи, зрозумілі: ліквідується підприємство, на якому пацієнтка працює і їй потрібно бути на роботі під час цього процесу з огляду на пільги та переваги, на які вона звертає увагу лікаря. Лікар йде назустріч цьому проханню. Пацієнтка апелює в суді, що її належним чином не вилікували, як результат стан її здоров'я став декомпенсований, чим заподіяна матеріальна та моральна шкода, яку вона просить стягнути в судовому порядку. І знов починається судовий розгляд цього питання. Керуючись чинною Інструкцією про порядок заповнення листка непрацездатності, суд відзначив, що такої підстави для закриття лікарняного як бажання пацієнта - немає, оскільки оцінюється стан здоров'я пацієнта, а не його особисті бажання.

У цьому аспекті слід пам'ятати, що згідно з цивільним законодавством України діє принцип вини заподіювача шкоди при наданні медичної допомоги, тому відсутність вини доводиться особою, яка вчинила правопорушення.

Наступний приклад судової справи. Лікар-хірург вносить запис в амбулаторну карту хворого без огляду пацієнта, оскільки вважає, що за 4 (чотири) дні з моменту репозиції зламанних кісток істотних змін в стані здоров'я відбутись не може. Цей факт використовується пацієнтом як доказ у судовій справі про неналежне надання медичної допомоги.

Питання, яке стосується повноти анамнезу, що зазначається лікуючим лікарем в медичній документації пацієнта. Більшість скарг, судових справ так чи інакше стосуються питання повноти анамнезу, який зазначений лікуючим лікарем в медичній документації хворого. У багатьох випадках, скарги, позивачі (тобто, пацієнти) обґрунтовуючи свої вимоги до лікарів відзначають, що лікар не записав всіх обставин з їхнього анамнезу, що істотно вплинуло на якість лікування та обумовило неналежний рівень наданої медичної допомоги.

Давайте проаналізуємо разом з Вами основну нормативно-правову базу цього питання. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» встановлює порядок ведення первинної облікової документації. І стосовно підпису пацієнта (хворого) відзначаю, що цей підпис зазначається лише стосовно його згоди (або не згоди) на внесення діагнозу у листок непрацездатності.

Поняття анамнез, а саме страховий анамнез (експертний анамнез) визначено у Положенні про експертизу тимчасової непрацездатності, затверджену наказом МОЗ України від 09.04.2008 року № 189 (із змінами, внесеними наказом МОЗ України

від 01.08.2013 року № 679), а саме: страховий анамнез – це дані про випадки тимчасової непрацездатності, їх терміни та причини протягом останніх 12 місяців, дані щодо наявності групи інвалідності, перебування хворого у відпустці (черговій, без збереження заробітної плати, учбовій, у зв'язку з вагітністю і пологами, для догляду за дитиною тощо), зміни умов праці, переведення на повний чи неповний робочий день, наявності шкідливих або небезпечних умов праці, професійних захворювань, перебування у відрадженні. На необхідності забезпечення повноти та якості анамнезу окремо наголошується у цьому Положенні, а збір та відображення в медичній картці амбулаторного (стаціонарного) хворого анамнезу вмінено в обов'язок саме лікуючого лікаря. Проблема зводиться не стільки до збору та відображення страхового анамнезу, скільки до фіксації (можливо, особистим підписом пацієнта) зібраного анамнезу, беручи до уваги, що в своїй більшості ця інформація (анамнез) записується лікарем зі слів пацієнта.

Як приклад. Судова справа. Пацієнт у своїй позовній заяві зазначає, що лікар не зафіксував у медичній картці всіх її скарг, в тому числі скарг, які вказують на наявність струсу головного мозку. Лікар цей факт заперечує. Тобто, ці обставини стають спірними і встановлюються іншими доказами по справі. Як результат, суд у своєму рішенні відзначає наступне: «суд не бере до уваги покликання позивача на виявлений у неї струс головного мозку в <назва закладу охорони здоров'я> (дані з виписки із історії хвороби стаціонарного хворого № ...), оскільки такий діагноз не підтверджений жодними доказами у справі та не знайшов свого підтвердження у судовому засіданні». Якщо би повнота анамнезу була підтверджена власноручним підписом пацієнта, тоді не було би в принципі таких інсинуацій. З нормативним закріпленням цього процесу нам ще потрібно попрацювати. На мій погляд, відповідає в рівній степені й інтересам лікаря, й інтересам пацієнта, коли повнота зібраного анамнезу засвідчується підписами обох суб'єктів лікувального процесу (лікаря та пацієнта).

Сучасна загальна тенденція наочно демонструє збільшення скарг, судових позовів пацієнтів до лікарів. Крім того, надання юридичної допомоги лікареві у справі про відшкодування шкоди, заподіяної неналежним лікуванням, об'єктивно є складним, оскільки в даному випадку відбувається аналіз фактів, нормативно-правових документів на межі людських знань про медицину та юриспруденцію. Історично це дві окремі галузі знань. Для того, щоби вирішити цю проблему в таких умовах практично по кожній судовій справі ситуативно створювалась група спеціалістів, до якої, як правило, входив юрист, профільний спеціаліст (лікар), спеціаліст з експертизи тимчасової непрацездатності. Такий бригадний метод дозволяє всебічно проаналізувати справу та виробити адекватні правові способи захисту професійних прав лікаря. Слід відзначати, що права пацієнта, на наш погляд, мають перевагу у законодавстві. Так, практично не розроблений правовий механізм відповідальності

пацієнта за порушення медичних призначень лікуючого лікаря, немає технічної фіксації процедури збору страхового анамнезу, немає страхування професійної відповідальності лікаря. Ці та інші чинники обумовлюють специфіку правозахисної діяльності професійної спілки. Без нашої солідарності бригадний метод, про який йшлося вище, на практиці дуже важко втілити.

Висновки:

1. Успішність людини багато в чому визначається її умінням відстояти свої законні інтереси та права;
2. Довіряйте ведення своїх юридичних справ професіоналам, так як професіонали в сфері юриспруденції довіряють Вам своє лікування;
3. У єдності та солідарності наша сила.

Шановні колеги!

Профілактика негативних наслідків професійних ризиків є нашим спільним з Вами завданням. З цією метою пропонуємо обмінюватись інформацією у подібних справах, про які сьогодні йшлося. Ми повинні виробляти алгоритми правового захисту. Працювати сьогодні у галузі охорони здоров'я – це справжнє мистецтво.

МІНІСТЕРСТВО СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ

ЛИСТ

25.04.2013 № 336/13/155-13

Департамент заробітної плати та умов праці розглянув звернення і повідомляє.

Чинним законодавством не визначено поняття «штатний розклад».

Відповідно до статті 64 Господарського кодексу України підприємство самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис.

Штатний розпис є документом, що встановлює для даного підприємства, установи, організації структуру, штати і посадові оклади працівників. Штатний розпис містить назви посад, чисельність персоналу та оклади за кожною посадою (Юридичний словник, 1983 р., Видання друге, перероблене й доповнене, під редакцією В. М. Бабія, Ф. Г. Бурчака, В. М. Корейського, В. В. Цветкова).

Штатні розписи підприємств, установ, організацій, що фінансуються з бюджету, складаються відповідно до типової форми, затвердженої наказом Міністерства фінансів України від 28.01.2002 Р. № 57.

Типова форма штатного розпису передбачає графи, де вказуються назви структурних підрозділів і посад, кількість штатних одиниць, посадові оклади,

надбавки та доплати, фонд заробітної плати за місяць.

Підприємства госпрозрахункової сфери використовують типову форму як методичний посібник для розробки власної форми штатного розкладу.

Згідно з Інструкцією про порядок ведення трудових книжок працівників, затвердженою наказом Міністерства праці України, Міністерства юстиції України та Міністерства соціального захисту населення України від 29.07.93 р. № 58 (із змінами), записи в трудову книжку про назву роботи, професії або посади, на яку прийнято працівника, виконуються відповідно до професійних назв робіт, зазначених у Класифікаторі професій.

У той же час в розділі «Основні положення» Національного класифікатора України ДК 003:2010 «Класифікатор професій» (далі – Класифікатор), затвердженого наказом Держспоживстандарту від 28.07.2010 р. № 327, передбачено, що на підприємствах, в установах і організаціях записи про роботу вносять в установленому порядку в трудові книжки працівників відповідно до професійних назв робіт, зазначених у Класифікаторі.

Отже, назви посад (професій), які передбачаються в штатному розписі, повинні відповідати Класифікатору.

Прийняття, затвердження керівником підприємства штатного розпису виробляються шляхом видання спеціального локального нормативного акта (наказ, розпорядження), який визначатиме кількість працівників кожної професії з розподілом штатних одиниць за структурними підрозділами підприємства.

Наказ (розпорядження), яким затверджується штатний розпис, оформлюється з дотриманням усіх вимог до організаційно-розпорядчої документації відповідно до Національного стандарту України «Державна уніфікована система документації. Уніфікована система організаційно-розпорядчої документації. Вимоги до оформлення документів ДСТУ 4163-2003», затвердженого наказом Держспоживстандарту України від 7 квітня 2003 року № 55, що поширюється на організаційно-розпорядчі документи (постанови, розпорядження, накази, положення, рішення, протоколи, акти, листи, тощо), які створюються в результаті діяльності підприємств, установ, організацій та їх об'єднань усіх форм власності.

Виходячи з необхідності врегулювання та забезпечення прав працівників на працю, захист від незаконного звільнення та оплати праці, затвердження штатного розпису на підприємстві є обов'язковим, і відсутність останнього слід вважати порушенням вимог законодавства про працю, за яке роботодавець може нести адміністративну відповідальність відповідно до частини 1 статті 41 Кодексу України про адміністративні правопорушення. <...>