

Блок лекций по курсу повышения квалификации «Правовые и коммуникационные аспекты, информационные технологии в профессиональной деятельности. Обеспечение безопасной среды в медицинской организации»

Правовые основы охраны здоровья граждан

Общие положения

Элементы регулирования медицинской деятельности появились со времен зарождения медицины. Существовавшие на разных этапах развития человеческого общества правила и обычаи не могли не затронуть взаимоотношений пациента и врача. Однако в нашей стране длительное время отсутствовало подробное правовое регулирование профессиональной деятельности медицинских работников. Если медицина и соприкасалась с правом, то в большинстве случаев с уголовным.

В последние десятилетия реформы социально-экономического уклада общества, прогресс медицины, появление частной системы здравоохранения наряду с государственной и муниципальной вызвали необходимость радикальных изменений в действующей системе правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью. В связи с этим значительно изменилась нормативная правовая база в сфере здравоохранения, вступили в силу новые федеральные законы, постановления Правительства РФ, приказы МЗиСР РФ.

Изменилась и правовая ситуация в здравоохранении - медицина стала более доступна для претензий и исков пациентов. Поэтому сегодня каждый медицинский работник должен четко знать не только свои права и обязанности, но также права и обязанности пациента при оказании ему медицинских услуг. Он должен знать основы юриспруденции, иметь представление о той ответственности, которая наступает в случае невыполнения или ненадлежащего выполнения им своих профессиональных обязанностей. Необходимым условием реализации этих требований является наличие соответствующей нормативной правовой базы.

Система законодательства об охране здоровья граждан

Основным законом Российской Федерации, в соответствии с которым формируется вся нормативная правовая база здравоохранения, является принятая в 1993 г. Конституция Российской Федерации.

Во второй главе Конституции сформулирован ряд прав и свобод граждан, касающихся охраны здоровья и жизни любого человека, деятельности медицинских работников, и установлены следующие принципы:

- о праве на жизнь (ст. 20);
- об охране достоинства личности государством, о недопустимости подвергаться унижающему человеческое достоинство обращению, медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия (ст. 21);
- о защите государством материнства, детства и семьи (ст. 38);
- о гарантиях социального обеспечения по возрасту в случае болезни и инвалидности (ст. 39);
- о праве на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь (ст. 41);
- о праве на благоприятную окружающую среду и о возмещении ущерба, причиненного здоровью человека экологическим правонарушением (ст. 42).

Руководствуясь Конституцией РФ в 1993 г. были приняты «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», ряд других Федеральных законов РФ, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья населения. Созданная таким образом нормативная правовая база здравоохранения России получила свое развитие в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - «Основы»).

В «Основах» уточнены основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации; полномочия федеральных, региональных органов государственной власти и местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан; права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья; основные направления организации охраны здоровья граждан в Российской Федерации. В отдельные главы вынесены вопросы охраны здоровья матери, ребенка, семьи; права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, ответственность за

причинение вреда здоровью; вопросы финансового обеспечения охраны здоровья граждан. Также в соответствующих статьях «Основ» прописаны вопросы, связанные с медицинской экспертизой, медицинским освидетельствованием граждан, мероприятиями, осуществляемыми в связи со смертью человека и др.

В соответствии с Конституцией и «Основами» отдельные виды медицинской деятельности регулируются другими нормативными правовыми актами.

Так, общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по пересадке органов и тканей человека, сформулированы в Законе РФ «О трансплантации органов и/или тканей человека».

Трансплантация органов и/или тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранение жизни больного (реципиента) либо восстановление его здоровья. Трансплантация органов и тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента.

Органы и/или ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации только в том случае, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов. Заключение о смерти дается на основании констатации необратимой гибели всего головного мозга.

Органы и/или ткани человека не могут быть предметом куплипродажи. Купля-продажа органов и/или тканей человека влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Общие правила, регламентирующие отношения, связанные с донорством крови и ее компонентов, сформулированы в Законе РФ «О донорстве крови и ее компонентов».

Согласно этим правилам донорство крови и ее компонентов - это свободно выраженный добровольный акт. Донором крови и ее компонентов может быть каждый дееспособный гражданин с 18 лет, прошедший медицинское обследование. Взятие от донора крови и ее компонентов допустимо только при условии, если здоровью донора не будет причинен вред.

Медицинскую деятельность по иммунопрофилактике инфекционных болезней регулирует Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». Иммунопрофилактика инфекционных болезней - это система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок согласно Национальному календарю профилактических прививок. Он устанавливает сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок.

Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза» устанавливает правовые основы государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Этот закон определяет права и обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением или госпитализированных в связи с туберкулезом, а также медицинских, ветеринарных и иных работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, порядок организации оказания противотуберкулезной помощи, порядок установления диспансерного наблюдения и др.

Общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, сформулированы в Федеральном законе «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Согласно этому закону ВИЧ-инфицированные граждане РФ обладают на ее территории всеми правами и свободами в соответствии с действующим законодательством. Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции.

Медицинское освидетельствование граждан на наличие у них ВИЧ-инфекции в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица.

Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а также работники отдельных профессий, перечень которых утверждается Правительством РФ.

Медицинские и иные работники, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и/или опасными условиями труда в соответствии с законодательством РФ. Кроме того, они подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей, а также обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

В Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» сформулированы общие правила оказания психиатрической помощи.

В законе зафиксированы гарантии государства в области оказания психиатрической помощи; права лиц, страдающих психическими расстройствами, и ограничения в правах; порядок осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении таких лиц; права, обязанности и меры социальной защиты врачей-психиатров, иных специалистов и медицинского персонала, участвующих в оказании психиатрической помощи; порядок проведения психиатрического освидетельствования, оказания консультативно-лечебной помощи психиатрического профиля, диспансерного наблюдения, госпитализации (добровольной и недобровольной) лиц, страдающих психическими расстройствами, и помещения их в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения.

Медицинские и иные работники, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени,

ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и/или опасными условиями труда в соответствии с законодательством РФ.

Медицинские и иные работники, участвующие в оказании психиатрической помощи, подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей, а также обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Общие правила, регулирующие оборот наркотических средств и психотропных веществ в медицинской практике, сформулированы в Федеральном законе «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю в Российской Федерации, включаются в особый перечень.

Государственная политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту строится на следующих принципах:

- государственная монополия на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ;
- приоритетность мер по профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков;
- лицензирование всех видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ.

В России запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» устанавливает правовые, экономические и организационные основы дальнейшего развития обязательного медицинского страхования населения в Российской Федерации (вопросы обязательного медицинского страхования подробно рассматриваются в гл. 21).

Рядом нормативных правовых актов регулируется *медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека*. В соответствии с «Основами» она осуществляется путем искусственного прерывания беременности, медицинской стерилизации и искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона.

Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед, по социальным показаниям при сроке беременности до 22 нед, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины независимо от срока беременности.

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина старше 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласии гражданина независимо от возраста и наличия детей.

Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на *искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона*, которые осуществляются в лицензированных учреждениях при наличии письменного согласия супругов (одиноким женщиной).

Также к системе законодательства об охране здоровья относятся такие законы, как:

- «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- «О радиационной безопасности населения»;
- «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах»;
- «Об обращении лекарственных средств»;
- «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»;
- «Об ограничении курения табака».

Кроме того, к правовым источникам, регулирующим здравоохранение, относятся постановления и распоряжения Правительства РФ, указы Президента РФ,

приказы, инструкции, правила и другие документы Министерства здравоохранения и социального развития РФ, а также нормативные правовые акты субъектов РФ. Многие вопросы, связанные с медицинской деятельностью, регулируются в рамках различных отраслей права - трудового, гражданского, административного, уголовного и др.

Права граждан в области охраны здоровья

Согласно «Основам» при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на *медицинскую помощь*, которая включает в себя совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими высшее и среднее медицинское образование.

Медицинская помощь оказывается медицинскими работниками и иными специалистами учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (подробно рассматривается в гл. 11).

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет следующие права.

- *На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.* Грубое, небрежное отношение к пациенту может служить основанием для привлечения медицинского работника к юридической ответственности.
- *Выбор врача, медицинской организации.* Пациент имеет право выбирать лечащего врача и медицинскую организацию независимо от места проживания. В случае, если медицинская организация, выбранная гражданином, не удовлетворяет его требованиям, он вправе отказаться от лечения в ней и выбрать другую.

- *Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.* Санитарные нормы и правила регламентируют условия и порядок размещения людей в больничных палатах, противоэпидемический и санитарный режим в лечебных учреждениях.

- *Облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.* Недопустимо применение методов диагностики или лечения без необходимого обезболивания. За виновное причинение боли пациенту действующим законодательством предусмотрена юридическая ответственность медицинских работников.

- *Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании пациента и его лечении.* Пациенты имеют право на врачебную тайну, т.е. на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при их обследовании и лечении. Эта информация без согласия пациента никому не может быть предоставлена, за исключением следующих случаев: по запросу органов дознания и следствия, суда; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему больному наркоманией в возрасте старше 16 лет, иным несовершеннолетним в возрасте старше 15 лет; в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов; при расследовании несчастного случая и профессионального заболевания на производстве, других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

- *Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.* Это необходимое предварительное условие медицинского вмешательства. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

- *Отказ от медицинского вмешательства.* Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. При отказе от медицинского вмешательства пациенту или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником. Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния. Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

- *Получение информации о правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.* Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении. Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, получать консультации по ней у других

специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. Кроме того, пациенты имеют право на:

- *Проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов.*
- *Получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования.*
- *Возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи.*
- *Допуск к пациенту адвоката или иного законного представителя для защиты его прав.*
- *Допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов.*

Соответствующими статьями «Основ» регламентированы права на охрану здоровья отдельных категорий граждан: занятых на работах с вредными или опасными производственными факторами; военнослужащих и подлежащих призыву на военную службу; лиц, задержанных, заключенных под стражу и отбывающих наказание и др.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Правовое положение медицинских и фармацевтических работников

Согласно «Основам» *право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью* в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее, среднее медицинское или фармацевтическое образование в России в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат и свидетельство об аккредитации специалиста.

Право на занятие фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют также лица, обладающие правом на занятие медицинской деятельностью и получившие дополнительное профессиональное образование в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения, работающие в обособленных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность (амбулаториях, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах, центрах (отделениях) общей врачебной (семейной) практики), расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации.

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской или фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность. *Частная медицинская практика* - это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Правом на занятие народной медициной обладают граждане РФ, получившие диплом целителя, выдаваемый органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан. *Народная медицина* - это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях. Народная медицина не входит в

Программу госгарантий. Допускается использование методов народной медицины в лечебно-профилактических учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения по решению руководителей этих учреждений. Проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации, запрещается. Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечет за собой административную и уголовную ответственность.

В соответствии с «Основами» *медицинские и фармацевтические работники имеют право:*

- на обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;
- работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;
- совершенствование профессиональных знаний и навыков за счет средств работодателя;
- защиту своей профессиональной чести и достоинства;
- прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию условий оплаты труда по результатам аттестации;
- переподготовку за счет средств работодателя при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации организации;
- страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;
- создание профессиональных общественных объединений.

Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников федеральных специализированных организаций здравоохранения устанавливаются Правительством РФ, организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов

РФ, - органами государственной власти субъектов РФ, а муниципальных организаций здравоохранения - органами местного самоуправления.

Медицинский работник должен не только знать свои права, но и иметь представление о юридической ответственности, которая может наступить за невыполнение или ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей.

Юридическая ответственность медицинского работника может быть:

- гражданско-правовой;
- дисциплинарной;
- административной;
- уголовной.

Общим основанием для привлечения к юридической ответственности является совершение лицом правонарушения. Под правонарушением понимается противоправное деяние (действие или бездействие). Противоправность деяния проявляется в нарушении лицом общеобязательных правил поведения, установленных нормами права, регулирующих различные стороны жизни общества. Вина может быть в форме умысла или неосторожности. Последствием правонарушения, как правило, является причинение вреда. Вред может быть различным: материальным или моральным, измеримым или неизмеримым, восстановимым или невозстановимым.

Гражданско-правовая ответственность возникает при установлении факта *вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина* при оказании медицинской помощи, что предусмотрено ст. 1084-1094 Гражданского кодекса РФ.

При причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел или определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторнокурортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и др.

Возмещение вреда, вызванного уменьшением трудоспособности или смертью потерпевшего, производится ежемесячными платежами. При наличии уважительных

причин суд с учетом возможностей причинителя вреда может по требованию гражданина, имеющего право на возмещение вреда, присудить ему причитающиеся платежи единовременно, но не более чем за три года.

Кроме возмещения имущественного вреда потерпевший может требовать компенсации морального вреда, который обычно заключается в физических или нравственных страданиях, связанных с неправильным лечением или ошибочной диагностикой, разглашением врачебной тайны, а также иными неправомерными действиями медицинских работников. Порядок компенсации морального вреда регулируется ст. 12, 150-151 ч. 1 Гражданского кодекса РФ, а также ст. 1099-1101 ч. 2 Гражданского кодекса РФ. Конкретный размер компенсации морального вреда определяется, как правило, в судебном порядке.

Гражданско-правовая ответственность в виде возмещения имущественного вреда и компенсации морального вреда не исключает применения к причинителю вреда иных видов юридической ответственности.

Основанием для *дисциплинарной ответственности* медицинских работников являются совершаемые ими различные дисциплинарные проступки: нарушение правил внутреннего трудового распорядка, невыполнение или ненадлежащее выполнение своих трудовых обязанностей, нарушение правил техники безопасности и т.д.

За совершение дисциплинарного проступка работодатель имеет право применить к нарушителю следующие дисциплинарные взыскания: замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям. До применения дисциплинарного взыскания работодатель должен потребовать от работника объяснение в письменной форме. Если по истечении 2 рабочих дней указанное объяснение работником не предоставлено, то составляется соответствующий акт. Непредставление работником объяснения не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

Дисциплинарное взыскание применяется не позднее 1 мес со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников.

Дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее 6 мес со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки - позднее 2 лет со дня его совершения. В указанные сроки не включается время производства по уголовному делу. Не может считаться нарушением трудовой дисциплины невыполнение работником своих трудовых обязанностей при отсутствии необходимого оборудования, достаточной квалификации и т.д.

За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание. Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под расписку в течение 3 рабочих дней со дня его издания, не считая времени отсутствия работника на работе. В случае отказа работника ознакомиться с указанным приказом (распоряжением) под расписку составляется соответствующий акт. Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственную инспекцию труда и/или органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не имеющим дисциплинарного взыскания. Работодатель до истечения года со дня применения дисциплинарного взыскания имеет право снять его с работы по собственной инициативе, просьбе самого работника, ходатайству его непосредственного руководителя или представительного органа работников.

Основанием для *административной ответственности* является административное правонарушение, т.е. такое противоправное виновное действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое законодательством установлена административная ответственность.

За совершение административных правонарушений в области здравоохранения применяются в основном такие виды наказания, как предупреждение и штраф. Назначение административного наказания не освобождает лицо от исполнения обязанности, за неисполнение которой наказание было назначено. Никто не может нести административную ответственность дважды за одно и то же правонарушение.

Постановление по делу об административном правонарушении не может быть вынесено по истечении 2 мес со дня его совершения.

Административная ответственность по действующему законодательству в области здравоохранения предусмотрена за следующие правонарушения:

- незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством);
- нарушение законодательства в области обеспечения санитарноэпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, требований технических регламентов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта, к питьевой воде, к организации питания населения, к условиям воспитания и обучения;
- незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов;
- потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача;
- нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;
- пропаганду наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров;
- нарушение законодательства о труде и об охране труда;
- неправомерный отказ от предоставления информации;
- сокрытие страхователем наступления страхового случая при обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- сокрытие лицом, больным ВИЧ-инфекцией, венерическим заболеванием, источника заражения, а также лиц, имевших с указанным лицом контакты, создающие опасность заражения.

Назначение административного наказания юридическому лицу не освобождает от административной ответственности за данное правонарушение виновное физическое лицо, равно как и наоборот.

Основанием для *уголовной ответственности* является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления. Преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом РФ под угрозой наказания. Термин «деяние» предусматривает как активный (действие), так и пассивный (бездействие) способ совершения преступления. Наиболее опасными являются умышленные преступления, направленные на причинение вреда жизни и здоровью.

Уголовный кодекс РФ (п. «м» ч. 2 ст. 105) предусматривает уголовное наказание в виде лишения свободы на срок от 8 до 20 лет с ограничением свободы на срок от 1 года до 2 лет либо пожизненное лишение свободы, либо смертную казнь за *убийство* в целях использования органов или тканей потерпевшего. Пункт «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ предусматривает уголовное наказание в виде лишения свободы на срок от 3 до 10 лет с ограничением свободы на срок до 2 лет либо без такового за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в целях использования органов и тканей потерпевшего.

Ряд статей УК РФ предусматривает уголовную ответственность за *нанесение вреда здоровью потерпевшего* различной степени тяжести. Факт причинения вреда здоровью потерпевшего и степень его тяжести определяются путем проведения судебно-медицинской экспертизы, которая назначается постановлением следователя, прокурора или определением суда.

Согласно ст. 111 УК РФ умышленным причинением *тяжкого вреда здоровью* является причинение вреда, опасного для жизни человека, или повлекшего за собой потерю зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрату органом его функций, прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией либо токсикоманией, или выразившегося в неизгладимом обезображивании лица, или вызвавшего значительную стойкую утрату общей

трудоспособности не менее чем на одну треть или заведомо для виновного полную утрату профессиональной трудоспособности.

Средний вред здоровью (ст. 112 УК РФ) определяется после исключения признаков, указанных в ст. 111 УК РФ. При этом учитываются два критерия: длительность расстройства здоровья - временная утрата трудоспособности на срок более 3 нед и значительная утрата общей трудоспособности, под которой следует понимать стойкую утрату трудоспособности от 10 до 30% включительно. Стойкой утратой работоспособности следует считать и длительность расстройства здоровья свыше 120 дней с учетом последствий травмы.

Легкий вред здоровью характеризуется следующими признаками: кратковременным расстройством здоровья на срок до 3 нед; незначительной стойкой утратой общей трудоспособности, равной 5%.

Согласно ст. 124 УК РФ преступлением считается *неоказание помощи больному* без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного.

Неоказание помощи больному квалифицируется как преступление, если помощь не была оказана без уважительной причины, а медицинский работник осознавал, что ее неоказание может повлечь тяжкие последствия для больного. Уважительной причиной неоказания помощи больному являются, например, болезнь самого медицинского работника, стихийное бедствие и т.д.

Согласно ст. 123 УК РФ преступлением считается *незаконное производство аборта* лицом, не имеющим высшего медицинского образования специального профиля. Лицо, совершившее такое преступление, наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо обязательными работами на срок от 100 до 240 ч, либо исправительными работами на срок от 1 года до 2 лет.

Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации влечет уголовную ответственность по ст. 120 УК РФ. За принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения, предусмотрено

наказание в виде лишения свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового. То же деяние, совершенное в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного, наказывается лишением свободы на срок от 2 до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Уголовная ответственность за *заражение другого лица ВИЧ-инфекцией* вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей предусмотрена ч. 4 ст. 122 УК РФ. Лицо, совершившее такое преступление, наказывается лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Незаконное помещение лица в психиатрический стационар согласно ч. 1 ст. 128 УК РФ наказывается лишением свободы на срок до 3 лет. То же деяние, если оно совершено лицом с использованием своего служебного положения либо повлекло по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, наказывается лишением свободы на срок от 3 до 7 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Статьи 228, 228.1, 228.2 УК РФ предусматривают ответственность за незаконное приобретение, хранение, перевозку, изготовление, переработку, производство, сбыт, пересылку, *нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов*.

Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов (ст. 233 УК), дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, наказываются штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо обязательными работами на срок до 180 ч, либо исправительными работами на срок до 1 года, либо ограничением свободы на срок до 2 лет, либо лишением свободы на срок до 2 лет с лишением права

занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Согласно ч. 1 ст. 235 УК РФ *занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека, наказывается штрафом в размере до 120 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 1 года, либо ограничением свободы на срок до 3 лет, либо лишением свободы на срок до 3 лет.* То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, согласно ч. 2 ст. 235 УК РФ, наказывается лишением свободы на срок до 5 лет.

Согласно ч. 1 ст. 236 УК РФ *нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет, либо обязательными работами до 180 ч, либо исправительными работами до 1 года, либо ограничением свободы на срок до 1 года.* Если же нарушение санитарно-эпидемиологических правил повлекло по неосторожности смерть человека, согласно ч. 2 ст. 236 УК РФ такое деяние наказывается обязательными работами на срок от 180 до 240 часов, либо исправительными работами на срок от 6 мес до 2 лет, либо лишением свободы на срок до 5 лет.

Преступления против жизни и здоровья человека в медицинской практике совершаются, как правило, по неосторожности.

Трудовые правоотношения в сфере здравоохранения

План

1. Трудовой договор: понятие, стороны, содержание, срок.
2. Заключение, изменение и прекращение трудового договора.
3. Защита трудовых прав и законных интересов работников. Рассмотрение и разрешение индивидуальных трудовых споров.
4. Оплата труда работников здравоохранения.
5. Государственное регулирование занятости населения.
6. Право социальной защиты граждан.
7. Право работников здравоохранения на досрочное назначение трудовой пенсии.

1. Трудовой договор: понятие, стороны, содержание, срок

Согласно ст. 56 Трудового кодекса Российской Федерации (далее – ТК РФ) трудовой договор – соглашение между работодателем и работником, в соответствии с которым работодатель обязуется предоставить работнику работу по обусловленной трудовой функции, обеспечить условия труда, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами и данным соглашением, своевременно и в полном размере выплачивать работнику заработную плату, а работник обязуется лично выполнять определенную этим соглашением трудовую функцию, соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, действующие у данного работодателя.

Содержание трудового договора определяется в соответствии со ст. 57 ТК РФ, согласно которой в трудовом договоре указываются:

фамилия, имя, отчество работника и наименование работодателя (фамилия, имя, отчество работодателя - физического лица), заключивших трудовой договор;

сведения о документах, удостоверяющих личность работника и работодателя - физического лица;

идентификационный номер налогоплательщика (для работодателей, за исключением работодателей - физических лиц, не являющихся индивидуальными предпринимателями);

сведения о представителе работодателя, подписавшем трудовой договор, и основание, в силу которого он наделен соответствующими полномочиями;

место и дата заключения трудового договора.

Обязательными для включения в трудовой договор являются следующие условия:

место работы, а в случае, когда работник принимается для работы в филиале, представительстве или ином обособленном структурном подразделении организации, расположенном в другой местности, - место работы с указанием обособленного структурного подразделения и его местонахождения;

трудовая функция (работа по должности в соответствии со штатным расписанием, профессии, специальности с указанием квалификации; конкретный вид поручаемой работнику работы). Если в соответствии с настоящим Кодексом, иными федеральными законами с выполнением работ по определенным должностям, профессиям, специальностям связано предоставление компенсаций и льгот либо наличие ограничений, то наименование этих должностей, профессий или специальностей и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках, утверждаемых в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, или соответствующим положениям профессиональных стандартов;

дата начала работы, а в случае, когда заключается срочный трудовой договор, - также срок его действия и обстоятельства (причины), послужившие основанием для заключения срочного трудового договора в соответствии с настоящим Кодексом или иным федеральным законом;

условия оплаты труда (в том числе размер тарифной ставки или оклада (должностного оклада) работника, доплаты, надбавки и поощрительные выплаты);

режим рабочего времени и времени отдыха (если для данного работника он отличается от общих правил, действующих у данного работодателя);

компенсации за тяжелую работу и работу с вредными и (или) опасными условиями труда, если работник принимается на работу в соответствующих условиях, с указанием характеристик условий труда на рабочем месте;

условия, определяющие в необходимых случаях характер работы (подвижной, разъездной, в пути, другой характер работы);

условие об обязательном социальном страховании работника в соответствии с настоящим Кодексом и иными федеральными законами;

другие условия в случаях, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права.

Если при заключении трудового договора в него не были включены какие-либо сведения и (или) условия из числа предусмотренных частями первой и второй настоящей статьи, то это не является основанием для признания трудового договора незаключенным или его расторжения. Трудовой договор должен быть дополнен недостающими сведениями и (или) условиями. При этом недостающие сведения вносятся непосредственно в текст трудового договора, а недостающие условия определяются приложением к трудовому договору либо отдельным соглашением сторон, заключаемым в письменной форме, которые являются неотъемлемой частью трудового договора.

В трудовом договоре могут предусматриваться дополнительные условия, не ухудшающие положение работника по сравнению с установленным трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, в частности:

об уточнении места работы (с указанием структурного подразделения и его местонахождения) и (или) о рабочем месте;

об испытании;

о неразглашении охраняемой законом тайны (государственной, служебной, коммерческой и иной);

об обязанности работника отработать после обучения не менее установленного договором срока, если обучение проводилось за счет средств работодателя;

о видах и об условиях дополнительного страхования работника;
об улучшении социально-бытовых условий работника и членов его семьи;
об уточнении применительно к условиям работы данного работника прав и обязанностей работника и работодателя, установленных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права.

По соглашению сторон в трудовой договор могут также включаться права и обязанности работника и работодателя, установленные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, локальными нормативными актами, а также права и обязанности работника и работодателя, вытекающие из условий коллективного договора, соглашений. Невключение в трудовой договор каких-либо из указанных прав и (или) обязанностей работника и работодателя не может рассматриваться как отказ от реализации этих прав или исполнения этих обязанностей.

На основании ст. 58 ТК РФ трудовые договоры могут заключаться:

- 1) на неопределенный срок;
- 2) на определенный срок не более пяти лет (срочный трудовой договор), если иной срок не установлен настоящим Кодексом и иными федеральными законами.

Срочный трудовой договор заключается, когда трудовые отношения не могут быть установлены на неопределенный срок с учетом характера предстоящей работы или условий ее выполнения.

Если в трудовом договоре не оговорен срок его действия, то договор считается заключенным на неопределенный срок.

В случае, когда ни одна из сторон не потребовала расторжения срочного трудового договора в связи с истечением срока его действия и работник продолжает работу после истечения срока действия трудового договора, условие о срочном характере трудового договора утрачивает силу и трудовой договор считается заключенным на неопределенный срок.

Трудовой договор, заключенный на определенный срок при отсутствии достаточных к тому оснований, установленных судом, считается заключенным на неопределенный срок.

Запрещается заключение срочных трудовых договоров в целях уклонения от предоставления прав и гарантий, предусмотренных для работников, с которыми заключается трудовой договор на неопределенный срок.

В ст. 59 ТК РФ определено, что срочный трудовой договор заключается:

на время исполнения обязанностей отсутствующего работника, за которым в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором сохраняется место работы;

на время выполнения временных (до двух месяцев) работ;

для выполнения сезонных работ, когда в силу природных условий работа может производиться только в течение определенного периода (сезона);

с лицами, направляемыми на работу за границу;

для проведения работ, выходящих за рамки обычной деятельности работодателя (реконструкция, монтажные, пусконаладочные и другие работы), а также работ, связанных с заведомо временным (до одного года) расширением производства или объема оказываемых услуг;

с лицами, поступающими на работу в организации, созданные на заведомо определенный период или для выполнения заведомо определенной работы;

с лицами, принимаемыми для выполнения заведомо определенной работы в случаях, когда ее завершение не может быть определено конкретной датой;

для выполнения работ, непосредственно связанных со стажировкой и с профессиональным обучением работника;

в случаях избрания на определенный срок в состав выборного органа или на выборную должность на оплачиваемую работу, а также поступления на работу, связанную с непосредственным обеспечением деятельности членов избираемых органов или должностных лиц в органах государственной власти и органах местного самоуправления, в политических партиях и других общественных объединениях;

с лицами, направленными органами службы занятости населения на работы временного характера и общественные работы;

с гражданами, направленными для прохождения альтернативной гражданской службы;

в других случаях, предусмотренных настоящим Кодексом или иными федеральными законами.

По соглашению сторон срочный трудовой договор может заключаться:

с лицами, поступающими на работу к работодателям - субъектам малого предпринимательства (включая индивидуальных предпринимателей), численность работников которых не превышает 35 человек (в сфере розничной торговли и бытового обслуживания - 20 человек);

с поступающими на работу пенсионерами по возрасту, а также с лицами, которым по состоянию здоровья в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, разрешена работа исключительно временного характера;

с лицами, поступающими на работу в организации, расположенные в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, если это связано с переездом к месту работы;

для проведения неотложных работ по предотвращению катастроф, аварий, несчастных случаев, эпидемий, эпизоотий, а также для устранения последствий указанных и других чрезвычайных обстоятельств;

с лицами, избранными по конкурсу на замещение соответствующей должности, проведенному в порядке, установленном трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права;

с творческими работниками средств массовой информации, организаций кинематографии, театров, театральных и концертных организаций, цирков и иными лицами, участвующими в создании и (или) исполнении (экспонировании) произведений, в соответствии с перечнями работ, профессий, должностей этих работников, утверждаемыми Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений;

с руководителями, заместителями руководителей и главными бухгалтерами организаций независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности;

с лицами, обучающимися по очной форме обучения;

с членами экипажей морских судов, судов внутреннего плавания и судов смешанного (река - море) плавания, зарегистрированных в Российском международном реестре судов;

с лицами, поступающими на работу по совместительству;

в других случаях, предусмотренных настоящим Кодексом или иными федеральными законами.

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 17 марта 2004 г. № 2 «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации» указывает, что ст. 59 ТК предусматривает право, а не обязанность работодателя заключать срочный трудовой договор в случаях, предусмотренных этой нормой, кроме того, в обязанность доказать наличие обстоятельств, делающих невозможным заключение трудового договора с работником на неопределенный срок, возлагается на работодателя. При недоказанности работодателем таких обстоятельств следует исходить из того, что трудовой договор с работником заключен на неопределенный срок.

При установлении в ходе судебного разбирательства факта многократности заключения срочных трудовых договоров на непродолжительный срок для выполнения одной и той же трудовой функции суд вправе с учетом обстоятельств каждого дела признать трудовой договор заключенным на неопределенный срок.

В силу ст. 61 ТК РФ трудовой договор вступает в силу со дня его подписания работником и работодателем, если иное не установлено федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации или трудовым договором, либо со дня фактического допущения работника к работе с ведома или по поручению работодателя или его представителя.

Работник обязан приступить к исполнению трудовых обязанностей со дня, определенного трудовым договором.

Если в трудовом договоре не определен день начала работы, то работник должен приступить к работе на следующий рабочий день после вступления договора в силу.

Если работник не приступил к работе в день начала работы, установленный в соответствии с частью второй или третьей настоящей статьи, то работодатель имеет право аннулировать трудовой договор. Аннулированный трудовой договор считается незаключенным. Аннулирование трудового договора не лишает работника права на получение обеспечения по обязательному социальному страхованию при наступлении страхового случая в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования.

В ст. 62 ТК РФ установлено, что по письменному заявлению работника работодатель обязан не позднее трех рабочих дней со дня подачи этого заявления выдать работнику копии документов, связанных с работой (копии приказа о приеме на работу, приказов о переводах на другую работу, приказа об увольнении с работы; выписки из трудовой книжки; справки о заработной плате, о начисленных и фактически уплаченных страховых взносах на обязательное пенсионное страхование, о периоде работы у данного работодателя и другое). Копии документов, связанных с работой, должны быть заверены надлежащим образом и предоставляться работнику безвозмездно.

2. Заключение, изменение и прекращение трудового договора

Заключение трудового договора допускается с лицами, достигшими возраста шестнадцати лет, за исключением случаев, предусмотренных законодательством правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации.

В случаях получения общего образования, либо продолжения освоения основной общеобразовательной программы общего образования по иной, чем очная, форме обучения, либо оставления в соответствии с федеральным законодательством общеобразовательного учреждения трудовой договор могут заключать лица, достигшие возраста пятнадцати лет для выполнения легкого труда, не причиняющего вреда их здоровью.

С согласия одного из родителей (попечителя) и органа опеки и попечительства трудовой договор может быть заключен с учащимся, достигшим возраста четырнадцати лет, для выполнения в свободное от учебы время легкого труда, не причиняющего вреда его здоровью и не нарушающего процесса обучения.

В организациях кинематографии, театрах, театральных и концертных организациях, цирках допускается с согласия одного из родителей (опекуна) и разрешения органа опеки и попечительства заключение трудового договора с лицами, не достигшими возраста четырнадцати лет, для участия в создании и (или) исполнении (экспонировании) произведений без ущерба здоровью и нравственному развитию. Трудовой договор от имени работника в этом случае подписывается его родителем (опекуном). В разрешении органа опеки и попечительства указываются максимально допустимая продолжительность ежедневной работы и другие условия, в которых может выполняться работа (ст. 63).

Какое бы то ни было прямое или косвенное ограничение прав или установление прямых или косвенных преимуществ при заключении трудового договора в зависимости от пола, расы, цвета кожи, национальности, языка, происхождения, имущественного, семейного, социального и должностного положения, возраста, места жительства (в том числе наличия или отсутствия регистрации по месту жительства или пребывания), отношения к религии, убеждений, принадлежности или непринадлежности к общественным объединениям или каким-либо социальным группам, а также других обстоятельств, не связанных с деловыми качествами работников, не допускается за исключением случаев, в которых право или обязанность устанавливать такие ограничения или преимущества предусмотрены федеральными законами.

Запрещается отказывать в заключении трудового договора женщинам по мотивам, связанным с беременностью или наличием детей.

Запрещается отказывать в заключении трудового договора работникам, приглашенным в письменной форме на работу в порядке перевода от другого работодателя, в течение одного месяца со дня увольнения с прежнего места работы.

По требованию лица, которому отказано в заключении трудового договора, работодатель обязан сообщить причину отказа в письменной форме.

Отказ в заключении трудового договора может быть обжалован в суд(ст. 64).

Согласно п. 10 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 17 марта 2004 г. № 2 «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации» поскольку действующее законодательство содержит лишь примерный перечень причин, по которым работодатель не вправе отказать в приеме на работу лицу, ищущему работу, вопрос о том, имела ли место дискриминация при отказе в заключении трудового договора, решается судом при рассмотрении конкретного дела.

Если судом будет установлено, что работодатель отказал в приеме на работу по обстоятельствам, связанным с деловыми качествами данного работника, такой отказ является обоснованным.

Под деловыми качествами работника следует, в частности, понимать способности физического лица выполнять определенную трудовую функцию с учетом имеющихся у него профессионально-квалификационных качеств (например, наличие определенной профессии, специальности, квалификации), личностных качеств работника (например, состояние здоровья, наличие определенного уровня образования, опыт работы по данной специальности, в данной отрасли).

Кроме того, работодатель вправе предъявить к лицу, претендующему на вакантную должность или работу, и иные требования, обязательные для заключения трудового договора в силу прямого предписания федерального закона (разрешение на работу для иностранных граждан) либо которые необходимы в дополнение к типовым или типичным профессионально-квалификационным требованиям в силу специфики той или иной работы (например, владение одним или несколькими иностранными языками, способность работать на компьютере).

При заключении трудового договора лицо, поступающее на работу, предъявляет работодателю:

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность;

трудовую книжку, за исключением случаев, когда трудовой договор заключается впервые или работник поступает на работу на условиях совместительства;

страховое свидетельство государственного пенсионного страхования;

документы воинского учета - для военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на военную службу;

документ об образовании, о квалификации или наличии специальных знаний - при поступлении на работу, требующую специальных знаний или специальной подготовки;

справку о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования по реабилитирующим основаниям, выданную в порядке и по форме, которые устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере внутренних дел, - при поступлении на работу, связанную с деятельностью, к осуществлению которой в соответствии с настоящим Кодексом, иным федеральным законом не допускаются лица, имеющие или имевшие судимость, подвергающиеся или подвергавшиеся уголовному преследованию.

В отдельных случаях с учетом специфики работы настоящим Кодексом, иными федеральными законами, указами Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации может предусматриваться необходимость предъявления при заключении трудового договора дополнительных документов.

Постановлением Правительства РФ от 6 августа 1998 г. № 892 «Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами» установлена необходимость предоставления дополнительных документов при приеме работников по указанным видам деятельности.

Необходимо заметить, что в п. 22 Перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией,

утвержденного Постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2011 г. № 394 г., указана медицинская деятельность.

Запрещается требовать от лица, поступающего на работу, документы помимо предусмотренных настоящим Кодексом, иными федеральными законами, указами Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации.

При заключении трудового договора впервые трудовая книжка и страховое свидетельство государственного пенсионного страхования оформляются работодателем.

В случае отсутствия у лица, поступающего на работу, трудовой книжки в связи с ее утратой, повреждением или по иной причине работодатель обязан по письменному заявлению этого лица (с указанием причины отсутствия трудовой книжки) оформить новую трудовую книжку (ст. 65).

Трудовая книжка установленного образца является основным документом о трудовой деятельности и трудовом стаже работника.

Форма, порядок ведения и хранения трудовых книжек, а также порядок изготовления бланков трудовых книжек и обеспечения ими работодателей устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

Работодатель (за исключением работодателей - физических лиц, не являющихся индивидуальными предпринимателями) ведет трудовые книжки на каждого работника, проработавшего у него свыше пяти дней, в случае, когда работа у данного работодателя является для работника основной.

В трудовую книжку вносятся сведения о работнике, выполняемой им работе, переводах на другую постоянную работу и об увольнении работника, а также основания прекращения трудового договора и сведения о награждениях за успехи в работе. Сведения о взысканиях в трудовую книжку не вносятся, за исключением случаев, когда дисциплинарным взысканием является увольнение.

По желанию работника сведения о работе по совместительству вносятся в трудовую книжку по месту основной работы на основании документа, подтверждающего работу по совместительству (ст. 66).

Трудовой договор заключается в письменной форме, составляется в двух экземплярах, каждый из которых подписывается сторонами. Один экземпляр трудового договора передается работнику, другой хранится у работодателя. Получение работником экземпляра трудового договора должно подтверждаться подписью работника на экземпляре трудового договора, хранящемся у работодателя.

Трудовой договор, не оформленный в письменной форме, считается заключенным, если работник приступил к работе с ведома или по поручению работодателя или его представителя. При фактическом допущении работника к работе работодатель обязан оформить с ним трудовой договор в письменной форме не позднее трех рабочих дней со дня фактического допущения работника к работе.

При заключении трудовых договоров с отдельными категориями работников трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, может быть предусмотрена необходимость согласования возможности заключения трудовых договоров либо их условий с соответствующими лицами или органами, не являющимися работодателями по этим договорам, или составление трудовых договоров в большем количестве экземпляров (ст. 67).

Прием на работу оформляется приказом (распоряжением) работодателя, изданным на основании заключенного трудового договора. Содержание приказа (распоряжения) работодателя должно соответствовать условиям заключенного трудового договора.

Приказ (распоряжение) работодателя о приеме на работу объявляется работнику под роспись в трехдневный срок со дня фактического начала работы. По требованию работника работодатель обязан выдать ему надлежаще заверенную копию указанного приказа (распоряжения).

При приеме на работу (до подписания трудового договора) работодатель обязан ознакомить работника под роспись с правилами внутреннего трудового распорядка,

иными локальными нормативными актами, непосредственно связанными с трудовой деятельностью работника, коллективным договором (ст. 68).

Обязательному предварительному медицинскому осмотру (обследованию) при заключении трудового договора подлежат лица, не достигшие возраста восемнадцати лет, а также иные лица в случаях, предусмотренных настоящим Кодексом и иными федеральными законами (ст. 69).

При заключении трудового договора в нем по соглашению сторон может быть предусмотрено условие об испытании работника в целях проверки его соответствия поручаемой работе.

Испытание при приеме на работу не устанавливается для:

лиц, избранных по конкурсу на замещение соответствующей должности, проведенному в порядке, установленном трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права;

беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до полутора лет;

лиц, не достигших возраста восемнадцати лет;

лиц, окончивших имеющие государственную аккредитацию образовательные учреждения начального, среднего и высшего профессионального образования и впервые поступающих на работу по полученной специальности в течение одного года со дня окончания образовательного учреждения;

лиц, избранных на выборную должность на оплачиваемую работу;

лиц, приглашенных на работу в порядке перевода от другого работодателя по согласованию между работодателями;

лиц, заключающих трудовой договор на срок до двух месяцев;

иных лиц в случаях, предусмотренных настоящим Кодексом, иными федеральными законами, коллективным договором.

Срок испытания не может превышать трех месяцев, а для руководителей организаций и их заместителей, главных бухгалтеров и их заместителей, руководителей филиалов, представительств или иных обособленных структурных подразделений организаций - шести месяцев, если иное не установлено федеральным законом.

При заключении трудового договора на срок от двух до шести месяцев испытание не может превышать двух недель.

В срок испытания не засчитываются период временной нетрудоспособности работника и другие периоды, когда он фактически отсутствовал на работе (ст. 70).

Общие основания прекращения трудового договора изложены в ст. 77 ТК РФ, согласно которой основаниями прекращения трудового договора являются:

- 1) соглашение сторон;
- 2) истечение срока трудового договора, за исключением случаев, когда трудовые отношения фактически продолжаются и ни одна из сторон не потребовала их прекращения;
- 3) расторжение трудового договора по инициативе работника;
- 4) расторжение трудового договора по инициативе работодателя;
- 5) перевод работника по его просьбе или с его согласия на работу к другому работодателю или переход на выборную работу (должность);
- 6) отказ работника от продолжения работы в связи со сменой собственника имущества организации, с изменением подведомственности (подчиненности) организации либо ее реорганизацией;
- 7) отказ работника от продолжения работы в связи с изменением определенных сторонами условий трудового договора;
- 8) отказ работника от перевода на другую работу, необходимого ему в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, либо отсутствие у работодателя соответствующей работы;
- 9) отказ работника от перевода на работу в другую местность вместе с работодателем;
- 10) обстоятельства, не зависящие от воли сторон;
- 11) нарушение установленных настоящим Кодексом или иным федеральным законом правил заключения трудового договора, если это нарушение исключает возможность продолжения работы.

Трудовой договор может быть прекращен и по другим основаниям, предусмотренным настоящим Кодексом и иными федеральными законами».

Трудовой договор может быть в любое время расторгнут по соглашению сторон трудового договора (ст. 78).

В ст. 79 ТК РФ определено, что срочный трудовой договор прекращается с истечением срока его действия. О прекращении трудового договора в связи с истечением срока его действия работник должен быть предупрежден в письменной форме не менее чем за три календарных дня до увольнения, за исключением случаев, когда истекает срок действия срочного трудового договора, заключенного на время исполнения обязанностей отсутствующего работника.

Трудовой договор, заключенный на время выполнения определенной работы, прекращается по завершении этой работы.

Трудовой договор, заключенный на время исполнения обязанностей отсутствующего работника, прекращается с выходом этого работника на работу.

Трудовой договор, заключенный для выполнения сезонных работ в течение определенного периода (сезона), прекращается по окончании этого периода (сезона).

Нормы о расторжении трудового договора по инициативе работника (по собственному желанию) сформулированы в ст. 80 ТК РФ, согласно которой работник имеет право расторгнуть трудовой договор, предупредив об этом работодателя в письменной форме не позднее чем за две недели, если иной срок не установлен настоящим Кодексом или иным федеральным законом. Течение указанного срока начинается на следующий день после получения работодателем заявления работника об увольнении.

По соглашению между работником и работодателем трудовой договор может быть расторгнут и до истечения срока предупреждения об увольнении.

В случаях, когда заявление работника об увольнении по его инициативе (по собственному желанию) обусловлено невозможностью продолжения им работы (зачисление в образовательное учреждение, выход на пенсию и другие случаи), а также в случаях установленного нарушения работодателем трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового

права, локальных нормативных актов, условий коллективного договора, соглашения или трудового договора работодатель обязан расторгнуть трудовой договор в срок, указанный в заявлении работника.

До истечения срока предупреждения об увольнении работник имеет право в любое время отозвать свое заявление. Увольнение в этом случае не производится, если на его место не приглашен в письменной форме другой работник, которому в соответствии с настоящим Кодексом иными федеральными законами не может быть отказано в заключении трудового договора.

По истечении срока предупреждения об увольнении работник имеет право прекратить работу. В последний день работы работодатель обязан выдать работнику трудовую книжку, другие документы, связанные с работой, по письменному заявлению работника и произвести с ним окончательный расчет.

Если по истечении срока предупреждения об увольнении трудовой договор не был расторгнут и работник не настаивает на увольнении, то действие трудового договора продолжается.

Расторжение трудового договора по инициативе работодателя предусмотрено ст. 81 УК РФ, в которой указано, что трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случаях:

- 1) ликвидации организации либо прекращения деятельности индивидуальным предпринимателем;
- 2) сокращения численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя;
- 3) несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации;
- 4) смены собственника имущества организации (в отношении руководителя организации, его заместителей и главного бухгалтера);
- 5) неоднократного неисполнения работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарное взыскание;
- 6) однократного грубого нарушения работником трудовых обязанностей:

а) прогула, то есть отсутствия на рабочем месте без уважительных причин в течение всего рабочего дня (смены) независимо от его (ее) продолжительности, а также в случае отсутствия на рабочем месте без уважительных причин более четырех часов подряд в течение рабочего дня (смены);

б) появления работника на работе (на своем рабочем месте либо на территории организации - работодателя или объекта, где по поручению работодателя работник должен выполнять трудовую функцию) в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

в) разглашения охраняемой законом тайны (государственной, коммерческой, служебной и иной), ставшей известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей, в том числе разглашения персональных данных другого работника;

г) совершения по месту работы хищения (в том числе мелкого) чужого имущества, растраты, умышленного его уничтожения или повреждения, установленных вступившим в законную силу приговором суда или постановлением судьи, органа, должностного лица, уполномоченных рассматривать дела об административных правонарушениях;

д) установленного комиссией по охране труда или уполномоченным по охране труда нарушения работником требований охраны труда, если это нарушение повлекло за собой тяжкие последствия (несчастный случай на производстве, авария, катастрофа) либо заведомо создавало реальную угрозу наступления таких последствий;

7) совершения виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности, если эти действия дают основание для утраты доверия к нему со стороны работодателя;

7.1) неприятия работником мер по предотвращению или урегулированию конфликта интересов, стороной которого он является, непредставления или представления неполных или недостоверных сведений о своих доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера либо непредставления или представления заведомо неполных или недостоверных сведений о доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера своих супруга (супруги) и

несовершеннолетних детей, открытия (наличия) счетов (вкладов), хранения наличных денежных средств и ценностей в иностранных банках, расположенных за пределами территории Российской Федерации, владения и (или) пользования иностранными финансовыми инструментами работником, его супругом (супругой) и несовершеннолетними детьми в случаях, предусмотренных настоящим Кодексом, другими федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, если указанные действия дают основание для утраты доверия к работнику со стороны работодателя;

8) совершения работником, выполняющим воспитательные функции, аморального проступка, несовместимого с продолжением данной работы;

9) принятия необоснованного решения руководителем организации (филиала, представительства), его заместителями и главным бухгалтером, повлекшего за собой нарушение сохранности имущества, неправомерное его использование или иной ущерб имуществу организации;

10) однократного грубого нарушения руководителем организации (филиала, представительства), его заместителями своих трудовых обязанностей;

11) представления работником работодателю подложных документов при заключении трудового договора;

12) утратил силу;

13) предусмотренных трудовым договором с руководителем организации, членами коллегиального исполнительного органа организации;

14) в других случаях, установленных настоящим Кодексом и иными федеральными законами.

Не допускается увольнение работника по инициативе работодателя (за исключением случая ликвидации организации либо прекращения деятельности индивидуальным предпринимателем) в период его временной нетрудоспособности и в период пребывания в отпуске.

Согласно ч. 1 ст. 84.1 ТК РФ прекращение трудового договора оформляется приказом (распоряжением) работодателя.

С приказом (распоряжением) работодателя о прекращении трудового договора работник должен быть ознакомлен под роспись. По требованию работника работодатель обязан выдать ему надлежащим образом заверенную копию указанного приказа (распоряжения). В случае, когда приказ (распоряжение) о прекращении трудового договора невозможно довести до сведения работника или работник отказывается ознакомиться с ним под роспись, на приказе (распоряжении) производится соответствующая запись (ч. 2 ст. 84.1 ТК РФ).

3. Защита трудовых прав и законных интересов работников. Рассмотрение и разрешение индивидуальных трудовых споров

В силу ст. 352 ТК РФ каждый имеет право защищать свои трудовые права и свободы всеми способами, не запрещенными законом.

Основными способами защиты трудовых прав и свобод являются:

самозащита работниками трудовых прав;

защита трудовых прав и законных интересов работников профессиональными союзами;

государственный контроль (надзор) за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права;

судебная защита.

Согласно ст. 370 ТК РФ профессиональные союзы имеют право на осуществление контроля за соблюдением работодателями и их представителями трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, выполнением ими условий коллективных договоров, соглашений.

Работодатели обязаны в недельный срок со дня получения требования об устранении выявленных нарушений сообщить в соответствующий профсоюзный орган о результатах рассмотрения данного требования и принятых мерах.

Для осуществления контроля за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, выполнением условий коллективных договоров, соглашений общероссийские профессиональные союзы и их объединения могут создавать правовые и технические

инспекции труда профсоюзов, которые наделяются полномочиями, предусмотренными положениями, утверждаемыми общероссийскими профессиональными союзами и их объединениями.

Межрегиональное, а также территориальное объединение (ассоциация) организаций профессиональных союзов, действующие на территории субъекта Российской Федерации, могут создавать правовые и технические инспекции труда профессиональных союзов, которые действуют на основании принимаемых ими положений в соответствии с типовым положением соответствующего общероссийского объединения профессиональных союзов.

В соответствии со ст. 379 ТК РФ в целях самозащиты трудовых прав работник, известив работодателя или своего непосредственного руководителя либо иного представителя работодателя в письменной форме, может отказаться от выполнения работы, не предусмотренной трудовым договором, а также отказаться от выполнения работы, которая непосредственно угрожает его жизни и здоровью, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Кодексом иными федеральными законами. На время отказа от указанной работы за работником сохраняются все права, предусмотренные трудовым законодательством и иными актами, содержащими нормы трудового права.

В целях самозащиты трудовых прав работник имеет право отказаться от выполнения работы также в других случаях, предусмотренных настоящим Кодексом или иными федеральными законами.

На основании ст. 380 ТК РФ работодатель, представители работодателя не имеют права препятствовать работникам в осуществлении ими самозащиты трудовых прав.

Важным институтом трудового права является рассмотрение и разрешение индивидуальных трудовых споров.

Индивидуальный трудовой спор - неурегулированные разногласия между работодателем и работником по вопросам применения трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, коллективного договора, соглашения, локального нормативного акта, трудового

договора (в том числе об установлении или изменении индивидуальных условий труда), о которых заявлено в орган по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

Индивидуальным трудовым спором признается спор между работодателем и лицом, ранее состоявшим в трудовых отношениях с этим работодателем, а также лицом, изъявившим желание заключить трудовой договор с работодателем, в случае отказа работодателя от заключения такого договора (ст. 381).

Индивидуальные трудовые споры рассматриваются комиссиями по трудовым спорам и судами (ст. 382).

Комиссии по трудовым спорам образуются по инициативе работников (представительного органа работников) и (или) работодателя (организации, индивидуального предпринимателя) из равного числа представителей работников и работодателя. Работодатель и представительный орган работников, получившие предложение в письменной форме о создании комиссии по трудовым спорам, обязаны в десятидневный срок направить в комиссию своих представителей.

Представители работодателя в комиссию по трудовым спорам назначаются руководителем организации, работодателем - индивидуальным предпринимателем. Представители работников в комиссию по трудовым спорам избираются общим собранием (конференцией) работников или делегируются представительным органом работников с последующим утверждением на общем собрании (конференции) работников.

По решению общего собрания работников комиссии по трудовым спорам могут быть образованы в структурных подразделениях организации. Эти комиссии образуются и действуют на тех же основаниях, что и комиссии по трудовым спорам организации. В комиссиях по трудовым спорам структурных подразделений организаций могут рассматриваться индивидуальные трудовые споры в пределах полномочий этих подразделений.

Комиссия по трудовым спорам имеет свою печать. Организационно-техническое обеспечение деятельности комиссии по трудовым спорам осуществляется работодателем.

Комиссия по трудовым спорам избирает из своего состава председателя, заместителя председателя и секретаря комиссии (ст. 384).

Комиссия по трудовым спорам является органом по рассмотрению индивидуальных трудовых споров, за исключением споров, по которым настоящим Кодексом и иными федеральными законами установлен другой порядок их рассмотрения.

Индивидуальный трудовой спор рассматривается комиссией по трудовым спорам, если работник самостоятельно или с участием своего представителя не урегулировал разногласия при непосредственных переговорах с работодателем (ст. 385).

в трехмесячный срок со дня, когда он узнал или должен был узнать о нарушении своего права.

В случае пропуска по уважительным причинам установленного срока комиссия по трудовым спорам может его восстановить и разрешить спор по существу (ст. 386).

Заявление работника, поступившее в комиссию по трудовым спорам, подлежит обязательной регистрации указанной комиссией.

Комиссия по трудовым спорам обязана рассмотреть индивидуальный трудовой спор в течение десяти календарных дней со дня подачи работником заявления.

Спор рассматривается в присутствии работника, подавшего заявление, или уполномоченного им представителя. Рассмотрение спора в отсутствие работника или его представителя допускается лишь по письменному заявлению работника. В случае неявки работника или его представителя на заседание указанной комиссии рассмотрение трудового спора откладывается. В случае вторичной неявки работника или его представителя без уважительных причин комиссия может вынести решение о снятии вопроса с рассмотрения, что не лишает работника права подать заявление о рассмотрении трудового спора повторно в пределах срока, установленного настоящим Кодексом.

Комиссия по трудовым спорам имеет право вызывать на заседание свидетелей, приглашать специалистов. По требованию комиссии работодатель (его

представители) обязан в установленный комиссией срок представлять ей необходимые документы.

Заседание комиссии по трудовым спорам считается правомочным, если на нем присутствует не менее половины членов, представляющих работников, и не менее половины членов, представляющих работодателя.

На заседании комиссии по трудовым спорам ведется протокол, который подписывается председателем комиссии или его заместителем и заверяется печатью комиссии (ст. 387).

Комиссия по трудовым спорам принимает решение тайным голосованием простым большинством голосов присутствующих на заседании членов комиссии.

В решении комиссии по трудовым спорам указываются:

наименование организации либо фамилия, имя, отчество работодателя - индивидуального предпринимателя, а в случае, когда индивидуальный трудовой спор рассматривается комиссией по трудовым спорам структурного подразделения организации, - наименование структурного подразделения, фамилия, имя, отчество, должность, профессия или специальность обратившегося в комиссию работника;

даты обращения в комиссию и рассмотрения спора, существо спора;

фамилии, имена, отчества членов комиссии и других лиц, присутствовавших на заседании;

существо решения и его обоснование (со ссылкой на закон, иной нормативный правовой акт);

результаты голосования.

Копии решения комиссии по трудовым спорам, подписанные председателем комиссии или его заместителем и заверенные печатью комиссии, вручаются работнику и работодателю или их представителям в течение трех дней со дня принятия решения (ст. 388).

Решение комиссии по трудовым спорам подлежит исполнению в течение трех дней по истечении десяти дней, предусмотренных на обжалование.

В случае неисполнения решения комиссии по трудовым спорам в установленный срок указанная комиссия выдает работнику удостоверение,

являющееся исполнительным документом. Работник может обратиться за удостоверением в течение одного месяца со дня принятия решения комиссией по трудовым спорам. В случае пропуска работником указанного срока по уважительным причинам комиссия по трудовым спорам может восстановить этот срок. Удостоверение не выдается, если работник или работодатель обратился в установленный срок с заявлением о перенесении трудового спора в суд.

На основании удостоверения, выданного комиссией по трудовым спорам и предъявленного не позднее трехмесячного срока со дня его получения, судебный пристав приводит решение комиссии по трудовым спорам в исполнение в принудительном порядке.

В случае пропуска работником установленного трехмесячного срока по уважительным причинам комиссия по трудовым спорам, выдавшая удостоверение, может восстановить этот срок (ст. 389).

В случае, если индивидуальный трудовой спор не рассмотрен комиссией по трудовым спорам в десятидневный срок, работник имеет право перенести его рассмотрение в суд.

Решение комиссии по трудовым спорам может быть обжаловано работником или работодателем в суд в десятидневный срок со дня вручения ему копии решения комиссии.

В случае пропуска по уважительным причинам установленного срока суд может восстановить этот срок и рассмотреть индивидуальный трудовой спор по существу (ст. 390).

В судах рассматриваются индивидуальные трудовые споры по заявлениям работника, работодателя или профессионального союза, защищающего интересы работника, когда они не согласны с решением комиссии по трудовым спорам либо когда работник обращается в суд, минуя комиссию по трудовым спорам, а также по заявлению прокурора, если решение комиссии по трудовым спорам не соответствует трудовому законодательству и иным актам, содержащим нормы трудового права.

Непосредственно в судах рассматриваются индивидуальные трудовые споры по заявлениям:

работника - о восстановлении на работе независимо от оснований прекращения трудового договора, об изменении даты и формулировки причины увольнения, о переводе на другую работу, об оплате за время вынужденного прогула либо о выплате разницы в заработной плате за время выполнения нижеоплачиваемой работы, о неправомерных действиях (бездействии) работодателя при обработке и защите персональных данных работника;

работодателя - о возмещении работником ущерба, причиненного работодателю, если иное не предусмотрено федеральными законами.

Непосредственно в судах рассматриваются также индивидуальные трудовые споры:

об отказе в приеме на работу;

лиц, работающих по трудовому договору у работодателей - физических лиц, не являющихся индивидуальными предпринимателями, и работников религиозных организаций;

лиц, считающих, что они подверглись дискриминации (ст. 391).

Работник имеет право обратиться в суд за разрешением индивидуального трудового спора в течение трех месяцев со дня, когда он узнал или должен был узнать о нарушении своего права, а по спорам об увольнении - в течение одного месяца со дня вручения ему копии приказа об увольнении либо со дня выдачи трудовой книжки.

Работодатель имеет право обратиться в суд по спорам о возмещении работником ущерба, причиненного работодателю, в течение одного года со дня обнаружения причиненного ущерба.

При пропуске по уважительным причинам сроков, установленных частями первой и второй настоящей статьи, они могут быть восстановлены судом (ст. 392).

При обращении в суд с иском по требованиям, вытекающим из трудовых отношений, в том числе по поводу невыполнения либо ненадлежащего выполнения условий трудового договора, носящих гражданско-правовой характер, работники освобождаются от оплаты пошлины судебных расходов (ст. 393).

В случае признания увольнения или перевода на другую работу незаконными работник должен быть восстановлен на прежней работе органом, рассматривающим индивидуальный трудовой спор.

Орган, рассматривающий индивидуальный трудовой спор, принимает решение о выплате работнику среднего заработка за все время вынужденного прогула или разницы в заработке за все время выполнения нижеоплачиваемой работы.

По заявлению работника орган, рассматривающий индивидуальный трудовой спор, может ограничиться вынесением решения о взыскании в пользу работника указанных в части второй настоящей статьи компенсаций.

В случае признания увольнения незаконным орган, рассматривающий индивидуальный трудовой спор, может по заявлению работника принять решение об изменении формулировки основания увольнения на увольнение по собственному желанию.

В случае признания формулировки основания и (или) причины увольнения неправильной или не соответствующей закону суд, рассматривающий индивидуальный трудовой спор, обязан изменить ее и указать в решении основание и причину увольнения в точном соответствии с формулировками настоящего Кодекса или иного федерального закона со ссылкой на соответствующие статью, часть статьи, пункт статьи настоящего Кодекса или иного федерального закона.

Если увольнение признано незаконным, а срок трудового договора на время рассмотрения спора судом истек, то суд, рассматривающий индивидуальный трудовой спор, обязан изменить формулировку основания увольнения на увольнение по истечении срока трудового договора.

Если в случаях, предусмотренных настоящей статьей, после признания увольнения незаконным суд выносит решение не о восстановлении работника, а об изменении формулировки основания увольнения, то дата увольнения должна быть изменена на дату вынесения решения судом. В случае, когда к моменту вынесения указанного решения работник после оспариваемого увольнения вступил в трудовые отношения с другим работодателем, дата увольнения должна быть изменена на дату, предшествующую дню начала работы у этого работодателя.

Если неправильная формулировка основания и (или) причины увольнения в трудовой книжке препятствовала поступлению работника на другую работу, то суд принимает решение о выплате работнику среднего заработка за все время вынужденного прогула.

В случаях увольнения без законного основания или с нарушением установленного порядка увольнения либо незаконного перевода на другую работу суд может по требованию работника вынести решение о взыскании в пользу работника денежной компенсации морального вреда, причиненного ему указанными действиями. Размер этой компенсации определяется судом (ст. 394).

При признании органом, рассматривающим индивидуальный трудовой спор, денежных требований работника обоснованными они удовлетворяются в полном размере (ст. 395).

Решение о восстановлении на работе незаконно уволенного работника, о восстановлении на прежней работе работника, незаконно переведенного на другую работу, подлежит немедленному исполнению. При задержке работодателем исполнения такого решения орган, принявший решение, выносит определение о выплате работнику за все время задержки исполнения решения среднего заработка или разницы в заработке (ст. 396).

Обратное взыскание с работника сумм, выплаченных ему в соответствии с решением органа по рассмотрению индивидуального трудового спора, при отмене решения в порядке надзора допускается только в тех случаях, когда отмененное решение было основано на сообщенных работником ложных сведениях или представленных им подложных документах (ст. 397).

4. Оплата труда работников здравоохранения

Заработная плата (оплата труда работника) - вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, а также компенсационные выплаты (доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению, и иные выплаты компенсационного

характера) и стимулирующие выплаты (доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты).

Тарифная ставка - фиксированный размер оплаты труда работника за выполнение нормы труда определенной сложности (квалификации) за единицу времени без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

Оклад (должностной оклад) - фиксированный размер оплаты труда работника за исполнение трудовых (должностных) обязанностей определенной сложности за календарный месяц без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

Базовый оклад (базовый должностной оклад), базовая ставка заработной платы - минимальные оклад (должностной оклад), ставка заработной платы работника государственного или муниципального учреждения, осуществляющего профессиональную деятельность по профессии рабочего или должности служащего, входящим в соответствующую профессиональную квалификационную группу, без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат (ст. 129).

В систему основных государственных гарантий по оплате труда работников включаются:

величина минимального размера оплаты труда в Российской Федерации;
меры, обеспечивающие повышение уровня реального содержания заработной платы;

ограничение перечня оснований и размеров удержаний из заработной платы по распоряжению работодателя, а также размеров налогообложения доходов от заработной платы;

ограничение оплаты труда в натуральной форме;

обеспечение получения работником заработной платы в случае прекращения деятельности работодателя и его неплатежеспособности в соответствии с федеральными законами;

федеральный государственный надзор за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового

права, включающий в себя проведение проверок полноты и своевременности выплаты заработной платы и реализации государственных гарантий по оплате труда;

ответственность работодателей за нарушение требований, установленных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективными договорами, соглашениями; сроки и очередность выплаты заработной платы (ст. 130).

Специальные вопросы оплаты труда работников бюджетных учреждений, в частности ЛПУ, предусмотрены:

- постановлением Правительства РФ от 5 августа 2008 г. № 583 «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых в настоящее время осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений»;

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2007 г. № 822 «Об утверждении Перечня видов выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных учреждениях» (далее – приказ МЗиСР от 29.12.2007 г. № 822);

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2007 г. № 818 «Об утверждении Перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях» (далее – приказ МЗиСР от 29.12.2007 г. № 818).

Согласно приказу МЗиСР от 29.12.2007 г. № 822 Перечень видов выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных учреждениях включает в себя:

1. Выплаты работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда.

2. Выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями.

3. Выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий (должностей), сверхурочной работе, работе в ночное время и при выполнении работ в других условиях, отклоняющихся от нормальных).

4. Надбавки за работу со сведениями, составляющими государственную тайну, их засекречиванием и рассекречиванием, а также за работу с шифрами.

В соответствии с п. 1 Разъяснения о порядке установления выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных учреждениях, утвержденного приказом МЗиСР от 29.12.2007 г. № 822, выплаты компенсационного характера устанавливаются к окладам (должностным окладам), ставкам заработной платы работников, если иное не установлено федеральными законами и указами Президента Российской Федерации. При этом работодатели принимают меры по проведению аттестации рабочих мест с целью разработки и реализации программы действий по обеспечению безопасных условий и охраны труда.

Перечень видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях включает в себя:

1. Выплаты за интенсивность и высокие результаты работы.
2. Выплаты за качество выполняемых работ.
3. Выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет.
4. Премияльные выплаты по итогам работы.

В соответствии с п. 1 Разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях, утвержденного приказом МЗиСР от 29.12.2007 г. № 818, выплаты стимулирующего характера, размеры и условия их осуществления устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с Перечнем видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях в пределах фонда оплаты труда.

При этом следует учитывать, что начиная с 1 января 2010 года, объем средств на указанные выплаты должен составлять не менее 30 процентов средств на оплату труда, формируемых за счет ассигнований федерального бюджета.

В п. 2 Разъяснения установлено, что к выплатам стимулирующего характера относятся выплаты, направленные на стимулирование работника к качественному результату труда, а также поощрение за выполненную работу.

Выплаты стимулирующего характера устанавливаются работнику с учетом критериев, позволяющих оценить результативность и качество его работы, с учетом рекомендаций соответствующих федеральных органов исполнительной власти.

В п. 3 Разъяснения определено, что при введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждений размеры и условия осуществления выплат стимулирующего характера конкретизируются в трудовых договорах работников.

5. Государственное регулирование занятости населения

Закон РФ от 19 апреля 1991 г. № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» (далее – Закон № 1032-1) определяет правовые, экономические и организационные основы государственной политики содействия занятости населения, в том числе гарантии государства по реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на труд и социальную защиту от безработицы.

Согласно ст. 1 Закона № 1032-1 занятость – это деятельность граждан, связанная с удовлетворением личных и общественных потребностей, не противоречащая законодательству Российской Федерации и приносящая, как правило, им заработок, трудовой доход.

Гражданам принадлежит исключительное право распоряжаться своими способностями к производительному, творческому труду. Принуждение к труду в какой-либо форме не допускается, если иное не предусмотрено законом.

Незанятость граждан не может служить основанием для привлечения их к административной и иной ответственности.

Государство проводит политику содействия реализации прав граждан на полную, продуктивную и свободно избранную занятость.

Согласно п. 2 ст. 5 Закона № 1032-1 государственная политика в области содействия занятости населения направлена на:

развитие трудовых ресурсов, повышение их мобильности, защиту национального рынка труда;

обеспечение равных возможностей всем гражданам Российской Федерации независимо от национальности, пола, возраста, социального положения, политических убеждений и отношения к религии в реализации права на добровольный труд и свободный выбор занятости;

создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека;

поддержку трудовой и предпринимательской инициативы граждан, осуществляемой в рамках законности, содействие развитию их способностей к производительному, творческому труду;

осуществление мероприятий, способствующих занятости граждан, испытывающих трудности в поиске работы (инвалиды; лица, освобожденные из учреждений, исполняющих наказание в виде лишения свободы; несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет; лица предпенсионного возраста (за два года до наступления возраста, дающего право выхода на трудовую пенсию по старости, в том числе досрочно назначаемую трудовую пенсию по старости); беженцы и вынужденные переселенцы; граждане, уволенные с военной службы, и члены их семей; одинокие и многодетные родители, воспитывающие несовершеннолетних детей, детей-инвалидов; граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской и других радиационных аварий и катастроф; граждане в возрасте от 18 до 20 лет, имеющие среднее профессиональное образование и ищущие работу впервые);

предупреждение массовой и сокращение длительной (более одного года) безработицы;

поощрение работодателей, сохраняющих действующие и создающих новые рабочие места прежде всего для граждан, испытывающих трудности в поиске работы;

объединение усилий участников рынка труда и согласованность их действий при реализации мероприятий по содействию занятости населения;

координацию деятельности в области занятости населения с деятельностью по другим направлениям экономической и социальной политики, включая инвестиционно-структурную политику, регулирование роста и распределение доходов, предупреждение инфляции;

координацию деятельности государственных органов, профессиональных союзов, иных представительных органов работников и работодателей в разработке и реализации мер по обеспечению занятости населения.

6. Право социальной защиты граждан

Социальная защита населения – это совокупность мероприятий, проводимых государством, направленных на обеспечение граждан трудовыми пенсиями по старости, инвалидности, по случаю потери кормильца, за выслугу лет, социальными пенсиями, пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, на содержание детей, по безработице, на погребение, оказание адресной помощи малоимущим слоям населения, помощи гражданам, попавшим в экстремальные ситуации, в том числе беженцам и переселенцам, на санаторно-курортное лечение, содержание в домах для престарелых и инвалидов, обеспечение инвалидов транспортными средствами, протезно-ортопедическими изделиями, профессиональное обучение и переобучение инвалидов, их трудоустройство.

Указанные меры могут находить отражение как в ТК РФ, так и специальных федеральных законах.

Так, в ТК РФ определены особенности регулирования труда женщин. На основании ст. 253 ТК РФ ограничивается применение труда женщин на тяжелых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на подземных работах, за исключением нефизических работ или работ по санитарному и бытовому обслуживанию.

Запрещается применение труда женщин на работах, связанных с подъемом и перемещением вручную тяжестей, превышающих предельно допустимые для них нормы.

Перечни производств, работ и должностей с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых ограничивается применение труда женщин, и предельно допустимые нормы нагрузок для женщин при подъеме и перемещении тяжестей вручную утверждают в порядке, установленном Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

С учетом профессиональной деятельности среднего медицинского работника более детально следует остановиться на социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов.

Согласно ст. 1 Федерального закона от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (далее – Федеральный закон № 122-ФЗ) социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов представляет собой деятельность по удовлетворению потребностей указанных граждан в социальных услугах.

Социальное обслуживание включает в себя совокупность социальных услуг, которые предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам на дому или в учреждениях социального обслуживания независимо от форм собственности.

В соответствии со ст. 3 Федерального закона № 122-ФЗ деятельность в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов строится на принципах:

- соблюдения прав человека и гражданина;
- предоставления государственных гарантий в сфере социального обслуживания;
- обеспечения равных возможностей в получении социальных услуг и их доступности для граждан пожилого возраста и инвалидов;
- преемственности всех видов социального обслуживания;
- ориентация социального обслуживания на индивидуальные потребности граждан пожилого возраста и инвалидов;
- приоритета мер по социальной адаптации граждан пожилого возраста и инвалидов;

- ответственности органов государственной власти и учреждений, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан пожилого возраста и инвалидов в сфере социального обслуживания.

На основании ст. 5 Федерального закона № 122-ФЗ граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалиды (в том числе дети-инвалиды), нуждающиеся в постоянной или временной по-сторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности са-мостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вслед-ствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государствен-ном и негосударственном секторах системы социального обслуживания.

Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подве-домственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности.

В ст. 16 Федерального закона № 122-ФЗ указаны формы социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов:

- 1) социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);
- 2) полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;
- 3) стационарное социальное обслуживание в стационарных учрежде-ниях социального обслуживания (домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования);
- 4) срочное социальное обслуживание;
- 5) социально-консультативную помощь.

Право работников здравоохранения на досрочное назначение трудовой пенсии

Развитие института досрочного назначения трудовых пенсий связано признанием государством того факта, что работа в определенных условиях труда

неблагоприятно воздействует на здоровье человека, снижает его общую и профессиональную трудоспособность.

В ст. 7. Федерального закона от 17 декабря 2001 г. № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 173-ФЗ) указано, что право на трудовую пенсию по старости имеют мужчины, достигшие возраста 60 лет, и женщины, достигшие возраста 55 лет.

Трудовая пенсия по старости назначается при наличии не менее пяти лет страхового стажа.

7. Право на досрочное назначение трудовой пенсии работникам здравоохранения

Рассматривается в двух аспектах. Во-первых, когда основанием досрочной пенсии является работа с тяжелыми условиями и наличие страхового стажа, а, во-вторых, – осуществление лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения. Эти основания сформулированы в подпунктах 2 и 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона № 173-ФЗ. Так, трудовая пенсия по старости назначается ранее достижения возраста, установленного статьей 7 настоящего Федерального закона, мужчинам по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали на работах с тяжелыми условиями труда соответственно не менее 12 лет 6 месяцев и 10 лет и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет.

В случае, если указанные лица проработали на перечисленных работах не менее половины установленного срока и имеют требуемую продолжительность страхового стажа, трудовая пенсия им назначается с уменьшением возраста, предусмотренного статьей 7 настоящего Федерального закона, на один год за каждые 2 года и 6 месяцев такой работы мужчинам и за каждые 2 года такой работы женщинам (пп. 2).

Трудовая пенсия по старости назначается ранее достижения возраста, установленного статьей 7 настоящего Федерального закона, лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и

не менее 30 лет в городах, сельской местности и поселках городского типа либо только в городах, независимо от их возраста (пп. 20).

Для эффективной реализации права на досрочное назначение трудовой пенсии по старости необходимо обратить внимания на следующие подзаконные акты:

Постановление Кабинета Министров СССР от 26 января 1991 г. № 10 «Об утверждении списков производств, работ, профессий, должностей и показателей, дающих право на льготное пенсионное обеспечение» (далее – Постановление Кабинета Министров СССР № 10);

Постановление Правительства РФ от 11 июля 2002 г. № 516 «Об утверждении Правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьями 27 и 28 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Постановление Правительства РФ № 516);

Постановление Правительства РФ от 18 июля 2002 г. № 537 «О списках производств, работ, профессий и должностей, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», и об утверждении Правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости работникам летного состава гражданской авиации в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Постановление Правительства РФ № 537);

Постановление Правительства РФ от 29 октября 2002 г. № 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона

«О трудовых пенсиях в Российской Федерации», и об утверждении правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Постановление Правительства РФ № 781);

Постановление Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой должности и (или) специальности» (далее – Постановление Правительства РФ № 101);

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 июля 2009 г. № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» (далее – Приказ МЗиСР № 415н);

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (далее – Приказ МЗиСР № 541н);

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 марта 2011 г. № 258н «Об утверждении Порядка подтверждения периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости» (далее – Приказ МЗиСР № 258н);

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (далее – Приказ МЗиСР № 1183н).

Согласно пп «а» п. 1 Постановления Правительства РФ № 537 при досрочном назначении трудовой пенсии по старости работникам, занятым на работах с тяжелыми условиями труда, применяется Список № 2 производств, работ, профессий, должностей и показателей с вредными и тяжелыми условиями труда, утвержденный Постановлением Кабинета Министров СССР от 26.01.1991 г. № 10.

В Списке № 2 производств, работ, профессий, должностей и показателей с вредными и тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту (по старости) на льготных условиях, в разделе XXIV «Учреждения здравоохранения и социального обеспечения» указаны в частности, работники, непосредственно обслуживающие больных (Средний медицинский персонал):

- в туберкулезных и инфекционных учреждениях, отделениях, кабинетах;
- в лепрозориях;
- в психиатрических (психоневрологических) лечебно-профилактических учреждениях и отделениях домов ребенка;
- в домах-интернатах для психических больных, детских домах-интернатах для умственно отсталых детей системы социального обеспечения;
- в подземных больницах, расположенных в отработанных соляных шахтах;
- в ожоговых и гнойных отделениях;
- в отделениях и кабинетах химиотерапии онкологических учреждений (подразделений).

В письме Минздрава РФ от 23 августа 1993 г. № 05-16/30-16 «О порядке применения раздела XXIV Списка № 2 производств, работ, профессий, должностей и показателей, дающих право на льготное пенсионное обеспечение» (далее – Письмо) отмечено: «Непосредственное обслуживание больных» – это работа, выполнение которой осуществляется в условиях контакта медицинского работника и пациента. Выполнение ряда диагностических и лечебных процедур, мероприятий по уходу за больными, создание соответствующего лечебно-охранительного режима требуют непосредственного контакта персонала и пациентов. Например, проведение массажа, инъекций, процедур, манипуляций, раздача пищи и кормление больных, их переноска, санитарная обработка, мытье и т.д.

В соответствии с действующим пенсионным законодательством право на пенсию на льготных условиях имеют работники, занятые выполнением работ по «непосредственному обслуживанию больных» в течение полного рабочего дня (не менее 80 % рабочего времени).

В Письме приводятся виды деятельности среднего и младшего персонала, относящиеся к непосредственному обслуживанию больных в лечебно-профилактических учреждениях, отделениях, кабинетах, вошедших в раздел XXIV Списка № 2:

- прием больных в учреждение, отделение;
- организация питания больных;
- контроль за лечебно-охранительным режимом;

- замена отсутствующего среднего медицинского персонала в отделении старшей медицинской сестрой (палатные, процедурные, перевязочные и др. медицинские сестры);

- производство инъекций, манипуляций, процедур (лечебных и диагностических), забор материала для исследования;

- участие в проведении обезболивания и оказании анестезиологической, хирургической и реанимационной помощи больным;

- проведение занятий по лечебной физкультуре;

- осуществление различных видов массажа;

- лечение больных в объеме терапевтической стоматологической помощи, санация полости рта;

- обследование и наблюдение инфекционных и туберкулезных очагов.

Постановлением Правительства РФ № 781 утверждены следующие важные документы:

Список должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Список);

Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Правила).

Согласно п. 3 Правил в стаж работы засчитываются в порядке, предусмотренном настоящими Правилами, периоды работы в должностях в учреждениях, указанных в списке должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране

здоровья населения в учреждениях здравоохранения в соответствии с подпунктом 20 пункта 1 статьи 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».

При этом наличие в наименовании указанных в списке учреждений указания на их клинический профиль и ведомственную или территориальную принадлежность не является основанием для исключения периода работы в данном учреждении из стажа работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости.

Порядок подтверждения периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, утвержден Приказом МЗиСР № 258н.

В силу п. 5 Правил периоды работы в должностях в учреждениях, указанных в списке, засчитываются в стаж работы в календарном порядке, за исключением следующих случаев применения льготного порядка исчисления стажа указанной работы:

а) лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения в городе, в сельской местности и в поселке городского типа (рабочем поселке), год работы в сельской местности или в поселке городского типа (рабочем поселке) засчитывается в указанный стаж работы как год и 3 месяца;

б) лицам, работавшим в структурных подразделениях учреждений здравоохранения в должностях по перечню согласно приложению (далее именуется - перечень), год работы засчитывается в указанный стаж работы как год и 6 месяцев.

Юридическая ответственность в сфере охраны здоровья населения

План

1. Соотношение моральной и юридической ответственности.
Основания и виды юридической ответственности медицинских работников.
2. Дисциплинарная и материальная ответственность медицинских работников.
3. Гражданско-правовая ответственность медицинских организаций и работников.
4. Административная ответственность медицинских работников.
5. Уголовная ответственность медицинских работников.

9.1. Соотношение моральной и юридической ответственности.

Основания и виды юридической ответственности медицинских работников

В процессе исторического развития отдельные профессиональные группы вырабатывали и старались закрепить моральные нормы, регулирующие отношения ее членов между собой, в своеобразных уставах, кодексах, клятвах. Первой клятвой на верность своему профессиональному долгу была Клятва Гиппократов. В XX веке появилось большое количество этических кодексов в различных сферах деятельности. Данную тенденцию ученые обозначают как этизацию профессиональной деятельности. Специфические черты медицинской и фармацевтической деятельности обуславливают необходимость постоянного совершенствования ее нормативно-этической основы.

В научной литературе широко обсуждается вопрос о соотношении моральной и юридической ответственности. Большинство авторов отличает моральную ответственность от правовой. Полемизируя с данной общепринятой точкой зрения, В.А. Канке (2003) отмечает, что в действительности правовая ответственность также является моральной. Правовая ответственность, по его мнению, - это разновидность моральной ответственности. Все виды ответственности являются моральными по определению. Представления о моральной ответственности в противовес правовой

унаследовано, как считает автор, от тех времен, когда полагали, что этика как философская дисциплина имеет дело непосредственно с определенным типом поступков. Но такое представление, по мнению В.А. Канке, ошибочно. Он отмечает, что в качестве метатеории философская этика соотносительна не с поступками, а с ценностями. Посредством последних философская этика имеет дело со всей совокупностью поступков людей. Именно поэтому невозможно отделить правовую ответственность от моральной.

Очевидно, что приведенные выше суждения В.А. Канке являются правильными, когда соотношение моральной и юридической ответственности рассматривается на уровне ценностей. По данному основанию, действительно, вряд ли можно различить эти два вида ответственности. Любое правонарушение, безусловно, аморально по своей сути. Но необходимость различать моральную и юридическую ответственность возникает в том случае, когда данные виды ответственности анализируются по другим основаниям, а именно: по источнику установления ответственности, по основанию ответственности, по форме выражения мер ответственности, по субъекту применения мер ответственности, по кругу лиц, к которым могут применяться меры ответственности, по психическому отношению лица к своему деянию и его последствиям.

Источник установления моральной ответственности – общество, а юридической ответственности – государство.

По основанию ответственности. Основанием моральной ответственности является моральный проступок. Основанием юридической ответственности – правонарушение.

По форме выражения мер ответственности. Меры моральной ответственности, в частности, при осуществлении медицинской деятельности устанавливаются в этических кодексах. Меры юридической ответственности – в законодательных актах.

По субъекту применения мер ответственности. Моральные нормы охраняются (контролируются) и меры моральной ответственности применяются

институтами гражданского общества. Меры юридической ответственности применяют уполномоченный на то законом органы и должностные лица.

По кругу лиц, к которым могут применяться меры ответственности. Моральные нормы обязательны только для тех лиц, проживающих на территории Российской Федерации, которые являются членами, например, профессиональных медицинских ассоциаций. Меры юридической ответственности, являясь общеобязательными, применяются к неопределенному кругу лиц.

По психическому отношению лица к своему деянию и его последствиям. С субъективной стороны психическое отношение морально ответственного лица проявляется осознанием соответствия или несоответствия поступков человека и его последствий моральным нормам. При юридической ответственности психическое отношение лица к своему деянию и его последствиям определяется установленной законом формой вины и рассматривается как субъективная сторона правонарушения.

На основании ч. 1 ст. 98 Федерального закона № 326-ФЗ органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут ответственность за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.

Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи (ч. 2 ст. 98 Федерального закона № 326-ФЗ).

Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации (ч. 3 ст. 98 Федерального закона № 326-ФЗ).

Возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от

привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации (ч. 4 ст. 98 Федерального закона № 326-ФЗ).

Основание юридической ответственности медицинских и фармацевтических работников является правонарушение (дисциплинарный проступок, административное правонарушение, гражданское правонарушение, преступление). Указанным правонарушениям соответствуют определенные виды юридической ответственности: дисциплинарная, административная, гражданско-правовая, уголовная.

Дисциплинарная ответственность представляет собой обязанность работника понести наказание, предусмотренное ТК РФ, за виновное, противоправное неисполнение трудовых обязанностей.

Административная ответственность – это применение государственными органами, должностными лицами и представителями власти установленных КоАП мер административного воздействия к гражданам, а в соответствующих случаях – к должностным лицам и организациям за административное правонарушение.

Гражданско-правовая ответственность – форма государственного принуждения, связана с применением санкций имущественного характера, направленных на восстановление нарушенных прав и стимулирование нормальных экономических отношений.

Уголовная ответственность – это предусмотренное УК РФ применение к лицу государственно-принудительного воздействия за совершенное преступление на основании вступившего в силу обвинительного приговора суда.

Дисциплинарная и материальная ответственность медицинских работников Трудовым кодексом РФ предусматривается два вида ответственности медицинских работников. Это дисциплинарная и материальная ответственность.

Дисциплинарный проступок определяется как неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей.

За совершение дисциплинарного проступка работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания: 1) замечание; 2) выговор; 3) увольнение по соответствующим основаниям.

Не допускается применение дисциплинарных взысканий, не предусмотренных федеральными законами.

Порядок применения дисциплинарных взысканий определяется ст. 193 ТК РФ.

До применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника объяснение в письменной форме. В случае отказа работника дать указанное объяснение составляется соответствующий акт.

Отказ работника дать объяснение не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

Дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки - позднее двух лет со дня его совершения. В указанные сроки не включается время производства по уголовному делу.

За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание.

Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под расписку в течение трех рабочих дней со дня его издания. В случае отказа работника подписать указанный приказ (распоряжение) составляется соответствующий акт.

Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственную инспекцию труда и (или) органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не имеющим дисциплинарного взыскания.

Работодатель до истечения года со дня применения дисциплинарного взыскания имеет право снять его с работника по собственной инициативе, просьбе самого работника, ходатайству его непосредственного руководителя или представительного органа работников.

Материальная ответственность работника за ущерб, причиненный работодателю предусматривается ст. 238 ТК РФ.

Работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат.

Под прямым действительным ущербом понимается реальное уменьшение наличного имущества работодателя или ухудшение состояния указанного имущества (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества), а также необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты на приобретение, восстановление имущества либо на возмещение ущерба, причиненного работником третьим лицам.

Материальная ответственность работника исключается в случаях возникновения ущерба вследствие непреодолимой силы, нормального хозяйственного риска, крайней необходимости или необходимой обороны либо неисполнения работодателем обязанности по обеспечению надлежащих условий для хранения имущества, вверенного работнику.

По общему правилу, в соответствии со ст. 241 ТК РФ, за причиненный ущерб работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка, если иное не предусмотрено настоящим Кодексом или иными федеральными законами.

Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба может возлагаться на работника лишь в случаях, предусмотренных ст. 242 и 243 ТК РФ или иными федеральными законами.

Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба возлагается на работника в следующих случаях:

- 1) когда в соответствии с настоящим Кодексом или иными федеральными законами на работника возложена материальная ответственность в полном размере за ущерб, причиненный работодателю при исполнении работником трудовых обязанностей;

- 2) недостачи ценностей, вверенных ему на основании специального письменного договора или полученных им по разовому документу;
- 3) умышленного причинения ущерба;
- 4) причинения ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;
- 5) причинения ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда;
- 6) причинения ущерба в результате административного проступка, если таковой установлен соответствующим государственным органом;
- 7) разглашения сведений, составляющих охраняемую законом тайну (государственную, служебную, коммерческую или иную), в случаях, предусмотренных федеральными законами;
- 8) причинения ущерба не при исполнении работником трудовых обязанностей.

Материальная ответственность в полном размере причиненного работодателю ущерба может быть установлена трудовым договором, заключаемым с заместителями руководителя организации, главным бухгалтером.

Письменные договоры о полной индивидуальной или коллективной (бригадной) материальной ответственности, то есть о возмещении работодателю причиненного ущерба в полном размере за недостачу вверенного работникам имущества, заключаются с работниками, достигшими возраста восемнадцати лет и непосредственно обслуживающими или использующими денежные, товарные ценности или иное имущество.

Перечни работ и категорий работников, с которыми могут заключаться указанные договоры, а также типовые формы этих договоров утверждаются в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации.

При совместном выполнении работниками отдельных видов работ, связанных с хранением, обработкой, продажей (отпуском), перевозкой, применением или иным использованием переданных им ценностей, когда невозможно разграничить ответственность каждого работника за причинение ущерба и заключить с ним договор

о возмещении ущерба в полном размере, может вводиться коллективная (бригадная) материальная ответственность.

Письменный договор о коллективной (бригадной) материальной ответственности за причинение ущерба заключается между работодателем и всеми членами коллектива (бригады).

По договору о коллективной (бригадной) материальной ответственности ценности вверяются заранее установленной группе лиц, на которую возлагается полная материальная ответственность за их недостачу. Для освобождения от материальной ответственности член коллектива (бригады) должен доказать отсутствие своей вины.

При добровольном возмещении ущерба степень вины каждого члена коллектива определяется по соглашению между всеми членами коллектива и работодателем. При взыскании ущерба в судебном порядке степень вины каждого члена коллектива (бригады) определяется судом.

Размер ущерба, причиненного работодателю при утрате и порче имущества, определяется по фактическим потерям, исчисляемым исходя из рыночных цен, действующих в данной местности на день причинения ущерба, но не ниже стоимости имущества по данным бухгалтерского учета с учетом степени износа этого имущества.

В соответствии со ст. 248 ТК РФ взыскание с виновного работника суммы причиненного ущерба, не превышающей среднего месячного заработка, производится по распоряжению работодателя. Распоряжение может быть сделано не позднее одного месяца со дня окончательного установления работодателем размера причиненного работником ущерба.

Если месячный срок истек или работник не согласен добровольно возместить причиненный работодателю ущерб, а сумма причиненного ущерба, подлежащая взысканию с работника, превышает его средний месячный заработок, то взыскание может осуществляться только судом.

При несоблюдении работодателем установленного порядка взыскания ущерба работник имеет право обжаловать действия работодателя в суд.

Работник, виновный в причинении ущерба работодателю, может добровольно возместить его полностью или частично. По соглашению сторон трудового договора допускается возмещение ущерба с рассрочкой платежа. В этом случае работник представляет работодателю письменное обязательство о возмещении ущерба с указанием конкретных сроков платежей. В случае увольнения работника, который дал письменное обязательство о добровольном возмещении ущерба, но отказался возместить указанный ущерб, непогашенная задолженность взыскивается в судебном порядке.

С согласия работодателя работник может передать ему для возмещения причиненного ущерба равноценное имущество или исправить поврежденное имущество.

Возмещение ущерба производится независимо от привлечения работника к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности за действия или бездействие, которыми причинен ущерб работодателю.

Дисциплинарные взыскания нередко обжалуются работником в суде. В качестве примера можно привести следующий случай из судебной практики:

Х. обратилась в суд с иском к детскому дому-интернату для умственно отсталых детей об отмене приказов об объявлении выговора, об увольнении с должности младшей медицинской сестры по уходу за больными детьми, о прекращении (расторжении) трудового договора и увольнении с должности медицинской сестры по уходу за больными детьми, о применении дисциплинарного взыскания, расторжении трудового договора по подп. «а» п. 6 ст. 81 ТК РФ по внутреннему совместительству в части исполнения должностных обязанностей санитарки (мойщицы); восстановлении на работе в должности младшей медицинской сестры по уходу за больными детьми и в должности санитарки-мойщицы по внутреннему совместительству.

Приказом № 1 ей объявлен выговор за ненадлежащее исполнение должностных обязанностей младшей медсестры, когда медицинской сестрой 1-го отделения Б. было обнаружено при осмотре у воспитанника на пальце руки два резиновых колесика от игрушечной машины, сильно передавившие палец ребенку, что, согласно данному приказу, могло привести к калечащей операции или летальному исходу. Х. считает

данный приказ незаконным, так как свои обязанности она выполняла надлежащим образом, в случившемся ее вины нет.

Приказом № 2 с учетом ранее наложенного взыскания она была уволена с должности младшей медицинской сестры по уходу за больными детьми по п.5 ч.1 ст.81 ТК РФ - за неоднократное неисполнение без уважительных причин трудовых обязанностей. Основанием к приказу явилось то, что медсестра 1-го отделения Б. обнаружила двух воспитанников дома-интерната запертыми, одного - в шкафу спальноей комнаты, второго - в комнате для хранения инвентаря, чем был нарушен лечебно-охранительный режим воспитанников. Истица также считает, что в том, что произошло, ее вины нет.

Приказом № 3 прекращено действие трудового договора и Х. уволена с должности медицинской сестры по уходу за больными детьми за неоднократное неисполнение без уважительных причин трудовых обязанностей.

Приказом № 4 с нею был расторгнут по подп. «а» п. 6 ст. 81 ТК РФ трудовой договор по внутреннему совместительству в части исполнения должностных обязанностей санитарки (мойщицы) в связи с тем, что она не вышла на работу с 8-00 до 15-00 часов, оправдательных документов не предоставила.

Указанные приказы об увольнении и расторжении трудового договора Х. считает вынесенными незаконно по надуманным основаниям, без надлежащего выяснения причин случившегося, с целью избавиться от неугодного работника, поскольку в последнее время она неоднократно обращалась в различные инстанции с жалобами, в том числе к губернатору, прокуратуру, в средства массовой информации на необоснованно низкую заработную плату, на плохую организацию работы в детском доме-интернате, несправедливое отношение администрации к ней и другим работникам. Этим она вызвала негативное отношение к себе со стороны руководства, которое решило уволить ее с работы под любым предлогом.

Х. считает, что при наложении дисциплинарного взыскания не были учтены тяжесть совершенного проступка и обстоятельства, при которых он был совершен, не было учтено ее прошлое отношение к труду. Свои обязанности она выполняла всегда надлежащим образом, прогулов не допускала.

Проверяя законность и обоснованность наложения на истицу дисциплинарного взыскания в виде увольнения суд первой инстанции пришел к выводу о ненадлежащем исполнении истицей без уважительных причин возложенных на нее трудовых обязанностей, выразившихся в том, что, находясь на смене в первом отделении вместе с социальным работником В., она попустительствовала тому, что В. закрыла воспитанников: У. - в шкафу спальной комнаты, Н. - в комнате для хранения инвентаря, что по заключению заведующего отделением медицинского обслуживания врача-педиатра является вариантом жесткого стресса выживания и, вследствие психотравмирующего воздействия на больную неокрепшую психику ребенка может привести к серьезным последствиям.

Указанный дисциплинарный проступок является нарушением целого ряда правил, установленных действующими в доме-интернате локальными актами, исследованными судом при рассмотрении спора: должностной инструкции младшей медицинской сестры по уходу за больными детьми, согласно которой она обязана соблюдать охранные мероприятия, закрывать все подсобные помещения на ключ, ключи не оставлять в замочной скважине, своевременно докладывать обо всех происшествиях заведующему ОМСР, старшей медицинской сестре, в их отсутствие – медицинской сестре палатной, Памятки по выполнению гигиенических (режимных) требований (приложение к должностной инструкции), Положения по организации лечебно-охранительного режима детского дома-интерната умственно отсталых детей, согласно которым младшая медсестра по уходу за больными детьми несет полную ответственность за жизнь и здоровье воспитанников, за соблюдение лечебно-охранительного режима в отделении; обслуживающий персонал обязан внимательно и чутко относиться к детям-инвалидам, четко соблюдать распорядок дня в отделениях Учреждения, всегда находить пути к дружескому контакту с ребенком, не допускать небрежного отношения в обращении с ним; работникам Учреждения запрещается оставлять без присмотра воспитанников, оставлять без помощи детей-инвалидов, находящихся в опасной для их жизни ситуации, они несут за это ответственность.

Суд отказал в удовлетворении исковых требований Х. в полном объеме.

гражданско-правовая ответственность медицинских организаций и работников

Различают **два вида гражданско-правовой ответственности**: договорную и внедоговорную. Внедоговорная гражданско-правовая ответственность наступает в случае нарушения прав граждан, повлекшего причинения вреда здоровью граждан или их смерть. В настоящее время с развитием рынка платных медицинских услуг, с расширением договорных отношений в медицине получает развитие и договорная гражданско-правовая ответственность. Последняя наступает в случаях неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств, возникших из договора.

Содержание гражданско-правовой ответственности составляют имущественные взыскания: неустойка, убытки, возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью, компенсация морального вреда.

Так, нарушение установленных договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой потребителю неустойки в порядке и размерах, определяемых Законом РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-I «О защите прав потребителей» или договором. В ст. 28 Закона о защите прав потребителей определено, что в случае нарушения установленных сроков начала и окончания выполнения работы (оказания услуги) или назначенных потребителем новых сроков исполнитель уплачивает потребителю за каждый день (час, если срок определен в часах) просрочки неустойку (пеню) в размере трех процентов цены выполнения работы (оказания услуги), а если цена выполнения работы (оказания услуги) договором о выполнении работ (оказании услуг) не определена - общей цены заказа. Договором о выполнении работ (оказании услуг) между потребителем и исполнителем может быть установлен более высокий размер неустойки (пени). Необходимо заметить, что по требованию об уплате неустойки потребитель не обязан доказывать объем причиненных ему убытков.

Основаниями гражданско-правовой ответственности являются противоправное поведение, отрицательные (вредоносные) последствия, причинная связь между противоправным поведением и отрицательными (вредоносными) последствиями, вина. Важно подчеркнуть, что гражданско-правовая ответственность может наступить без вины. Так, в силу ст. 1095 ГК вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие

конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.

Правила, предусмотренные ст. 1095 ГК, применяются лишь в случаях приобретения товара (выполнения работы, оказания услуги) в потребительских целях, а не для использования в предпринимательской деятельности.

Согласно п. 1 ст. 1064 ГК вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред.

Законом обязанность возмещения вреда может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда.

Законом или договором может быть установлена обязанность причинителя вреда выплатить потерпевшим компенсацию сверх возмещения вреда.

Вред, причиненный жизни и здоровью гражданина, подлежит возмещению в рамках внедоговорных обязательств и в тех случаях, когда он является результатом ненадлежащего исполнения договора. Так, согласно ст. 1084 ГК вред, причиненный жизни или здоровью гражданина при исполнении договорных обязательств, а также при исполнении обязанностей военной службы, службы в милиции и других соответствующих обязанностей возмещается по правилам, предусмотренным гл. 59 ГК, если законом или договором не предусмотрен более высокий размер ответственности.

Объем и характер возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья, определены в ст. 1085 ГК, в соответствии с которой при причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение

специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

При определении утраченного заработка (дохода) пенсия по инвалидности, назначенная потерпевшему в связи с увечьем или иным повреждением здоровья, а равно другие пенсии, пособия и иные подобные выплаты, назначенные как до, так и после причинения вреда здоровью, не принимаются во внимание и не влекут уменьшения размера возмещения вреда (не засчитываются в счет возмещения вреда). В счет возмещения вреда не засчитывается также заработок (доход), получаемый потерпевшим после повреждения здоровья.

Объем и размер возмещения вреда, причитающегося потерпевшему в соответствии со ст. 1085 ГК, могут быть увеличены законом или договором.

Возмещение вреда лицам, понесшим ущерб в результате смерти кормильца установлено ст. 1088 ГК, согласно которой в случае смерти потерпевшего (кормильца) право на возмещение вреда имеют:

- нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания;
- ребенок умершего, родившийся после его смерти;
- один из родителей, супруг либо другой член семьи независимо от его трудоспособности, который не работает и занят уходом за находившимися на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами, не достигшими четырнадцати лет либо хотя и достигшими указанного возраста, но по заключению медицинских органов нуждающимися по состоянию здоровья в постороннем уходе;
- лица, состоявшие на иждивении умершего и ставшие нетрудоспособными в течение пяти лет после его смерти.

Один из родителей, супруг либо другой член семьи, не работающий и занятый уходом за детьми, внуками, братьями и сестрами умершего и ставший нетрудоспособным в период осуществления ухода, сохраняет право на возмещение вреда после окончания ухода за этими лицами.

Вред возмещается:

- несовершеннолетним - до достижения восемнадцати лет;
- учащимся старше восемнадцати лет - до окончания учебы в учебных учреждениях по очной форме обучения, но не более чем до двадцати трех лет;
- женщинам старше пятидесяти пяти лет и мужчинам старше шестидесяти лет - пожизненно;
- инвалидам - на срок инвалидности;
- одному из родителей, супругу либо другому члену семьи, занятому уходом за находившимися на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами, - до достижения ими четырнадцати лет либо изменения состояния здоровья.

К мерам гражданско-правовой ответственности относится также компенсация морального вреда.

Согласно п. 2 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 20 декабря 1994 г. № 10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» под моральным вредом понимаются нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага (жизнь, здоровье, достоинство личности, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна и т.п.) или нарушающими его личные неимущественные права (право на пользование своим именем, право авторства и другие неимущественные права в соответствии с законами об охране прав на результаты интеллектуальной деятельности) либо нарушающими имущественные права гражданина. Моральный вред, в частности, может заключаться в нравственных переживаниях в связи с утратой родственников, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, потерей работы, раскрытием семейной, врачебной тайны, распространением не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию гражданина, временным ограничением или лишением каких-либо прав, физической болью, связанной с причиненным увечьем, иным повреждением здоровья либо в связи с заболеванием, перенесенным в результате нравственных страданий и др.

Основания и размер компенсации гражданину морального вреда определяются правилами, предусмотренными гл. 59 и ст. 151 ГК. Моральный вред, причиненный действиями (бездействием), нарушающими имущественные права гражданина, подлежит компенсации в случаях, предусмотренных законом. Компенсация морального вреда осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда (ст. 1099 ГК).

Основания компенсации морального вреда определены в ст. 1100 ГК, согласно которой компенсация морального вреда осуществляется независимо от вины причинителя вреда в случаях, когда:

- вред причинен жизни или здоровью гражданина источником повышенной опасности;
- вред причинен гражданину в результате его незаконного осуждения, незаконного привлечения к уголовной ответственности, незаконного применения в качестве меры пресечения заключения под стражу или подписки о невыезде, незаконного наложения административного взыскания в виде ареста или исправительных работ;
- вред причинен распространением сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию;
- в иных случаях, предусмотренных законом.

Способ и размер компенсации морального вреда установлены в ст. 1101 ГК, в соответствии с которой компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме.

Размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости. Характер физических и нравственных страданий оценивается судом с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен моральный вред, и индивидуальных особенностей потерпевшего.

Гражданско-правовая ответственность медицинских организаций работников имеет свои особенности. В соответствии со ст. 402 ГК РФ действия работников должника по исполнению обязательства считаются действиями должника. Должник отвечает за эти действия, если они повлекли неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства. В ст. 1068 ГК РФ установлено, что юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Следовательно, отвечая на вопрос о субъектах гражданско-правовой ответственности, в числе их в первую очередь необходимо указать на медицинские организации. Наряду с медицинскими организациями субъектом гражданско-правовой ответственности может быть медицинский работник частной системы здравоохранения, осуществляющий свою деятельность в качестве предпринимателя без образования юридического лица. Важно, подчеркнуть, что согласно ст. 1081 ГК РФ лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом, имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом. Из этого следует, что медицинская организация имеет право на регрессный иск к своему работнику, причинившему вред пациенту, но в этом случае ответственность медицинского работника носит опосредованный характер.

Следует заметить, что регрессные иски медицинских организаций к своим работникам все чаще встречаются в судебной практике, что можно проиллюстрировать следующим примером:

Государственное учреждение здравоохранения окружная больница обратилось в суд с регрессным иском к Г. о возмещении реального ущерба и расходов по уплате государственной пошлины. В обоснование заявленных требований истец указал, что решением городского суда с окружной больницы взыскано в пользу гражданки К. ... рублей. Указанным решением было установлено, что хирург Г., являющийся работником окружной больницы проводил операцию пациентке больницы К., в результате которой был причинен вред её здоровью (в организме было оставлено инородное тело – хирургическая игла). К таким выводам суд пришёл на основании исследования протоколов операции и результатов судебно – медицинской экспертизы.

В своём заключении эксперт указал, что возможность попадания в брюшную полость данного инородного тела кроме как при хирургическом вмешательстве исключается. Также экспертом указано, что оставление инородного тела является следствием нарушения требований к работе хирургического стационара, а именно, операционная сестра должна точно знать количество инструментов, взятых на операцию, а после окончания убедиться в полном их наличии; операцию завершают тщательной ревизией, которая должна быть системной, так как никакие другие меры не гарантируют оставление инородных тел. В выводах эксперта указано, что оставление инородного тела не является допустимым осложнением хирургического вмешательства, и при проведении операции сотрудники окружной больницы не проявили должной заботы и осмотрительности. Персональную ответственность за причинение вреда здоровью пациентки в силу должностных обязанностей должен нести ответчик, который обязан был проконтролировать наличие медицинского инструментария в надлежащем количестве посредством проведения итоговой ревизии с последующим отражением в медицинской документации недостатку, повреждение иглы в случае выявления таковых, чего им не было сделано. Оставление инородного тела впоследствии потребовало проведения К.. повторной операции по его извлечению, что сопровождалось временной нетрудоспособностью. Судом было установлено, что в результате непозволительного итога операции, проведённой ответчиком, пациентке был причинён вред здоровью, выразившийся во временном нарушении функций её органов и систем, обусловленной проведением повторной операции по извлечению инородного тела, что явилось основанием для удовлетворения её иска о взыскании компенсации морального вреда. Истец, возместивший вред, причинённый по вине ответчика - своего работника при исполнении им своих трудовых обязанностей, имеет право обратного требования к ответчику в размере выплаченного возмещения. В порядке досудебного урегулирования спора ответчику были направлены письма с предложением возмещения истцу реального ущерба в размере ... рублей, на которые он ответил отказом. Ответчик Г. исковые требования не признал, в обоснование своих возражений указал, что операция пациентке К. проводилась в составе хирургической

бригады, где каждый выполнял свою функцию. Хирург определяет объём операции, а инструменты и материалы к операции готовит операционная медицинская сестра. Главной обязанностью операционной медицинской сестры является обеспечение хирурга необходимыми инструментами и материалами во время операции. Перед операцией она готовит инструменты, раскладывает их на столе, во время операции передаёт инструменты хирургу и забирает их. В ходе операции используется 6-8 игл и по алгоритму работы хирург не может оставить иглу в теле оперируемого. Операция К. проходила без осложнений, игла обнаружилась через несколько лет. Перед операцией и после её завершения операционная сестра пересчитывала инструменты, и недостача иглы не была обнаружена. Хирург осуществляет общий контроль за деятельностью операционной сестры. Операционная сестра имеет свои должностные обязанности, в число которых входит и наблюдение за тем, чтобы во время операции в операционной ране случайно не оставили какое – либо инородное тело. Кроме того, Г. заявил о пропуске истцом срока на обращение в суд с требованием о возмещении вреда в порядке регресса. Выслушав возражения ответчика, допросив свидетеля, исследовав письменные доказательства, суд приходит к следующим выводам. Согласно ст. 238 Трудового кодекса Российской Федерации (далее ТК РФ) работник обязан возместить работодателю причинённый ему прямой действительный ущерб, под которым понимается реальное уменьшение наличного имущества работодателя или ухудшение состояния указанного имущества (в том числе имущества третьих лиц, находящихся у работодателя, если работодатель несёт ответственность за сохранность этого имущества), а также необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты на приобретение, восстановление имущества либо возмещение ущерба, причинённого работником третьим лицам. В силу ст. 241 ТК РФ за причиненный ущерб работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка, если иное не предусмотрено настоящим Кодексом или иными федеральными законами. Пунктом 15 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации 16 ноября 2006 года № 52 «О применении судами законодательства, регулирующего материальную ответственность работников за ущерб, причиненный работодателю» разъяснено, что под ущербом, причиненным

работником третьим лицам, следует понимать все суммы, которые выплачены работодателем третьим лицам в счет возмещения ущерба. При этом необходимо иметь в виду, что работник может нести ответственность лишь в пределах этих сумм и при условии наличия причинно-следственной связи между виновными действиями (бездействием) работника и причинением ущерба третьим лицам.

Пропуск истцом срока на обращение в суд с иском является основанием для отказа в заявленном иске вне зависимости от фактических обстоятельств дела, в связи с чем суд считает требования истца не подлежащими удовлетворению.

Руководствуясь ст. ст. 194-199 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, суд отказал в удовлетворении исковых требований государственного учреждения здравоохранения окружная больница к Г. о возмещении в порядке регресса реального ущерба и судебных расходов.

Важно заметить, что в данном случае основанием отказа судом в удовлетворении регрессного иска является пропуск истцом срока на обращение в суд. Очевидно, что при соблюдении соответствующих сроков, суд удовлетворил бы исковые требования медицинской организации к своему работнику.

Административная ответственность медицинских работников

Мерами административной ответственности являются административные наказания. Меры административной ответственности (административные наказания) являются разновидностью мер административно-правового принуждения, применяемых к лицу, совершающему административное правонарушение.

Меры административной ответственности имеют ряд отличительных признаков:

- перечень мер административной ответственности установлен Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях (далее – КоАП) и является исчерпывающим;

- назначенные и исполненные меры административной ответственности (административное наказание) влекут для правонарушителя истечение срока погашения административной ответственности. Лицо считается подвергнутым административной ответственности в течение одного года со дня исполнения постановления о назначении административного наказания (ст. 4.6 КоАП);

- меры административной ответственности (административные наказания) не применяются в момент совершения административного правонарушения. Они применяются всегда после совершения административного правонарушения;

- меры административной ответственности (административные наказания) назначаются в том случае, когда административным правонарушением причинен необратимый (невосстановимый) вред. Меры административной ответственности призваны компенсировать такой вред;

- меры административной ответственности (административные наказания) назначаются уполномоченным органом (должностным лицом), когда собраны, закреплены и исследованы доказательства по делу об административном правонарушении, установлена вина правонарушителя.

Перечисленные КоАП меры административной ответственности взаимосвязаны и образуют единую систему административных наказаний. Они могут быть классифицированы по различным основаниям.

За совершение административных правонарушений могут устанавливаться и применяться следующие административные наказания:

- предупреждение;
- административный штраф;
- конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения;
- лишение специального права, предоставленного физическому лицу;
- административный арест;
- административное выдворение за пределы Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства;
- дисквалификация;
- административное приостановление деятельности;
- обязательные работы.

В отношении медицинских работников (организаций) применяются, как правило, предупреждение и административный штраф.

Предупреждение (ст. 3.4 КоАП) является мерой административного наказания, выраженной в официальном порицании физического или юридического лица.

Предупреждение выносится в письменной форме.

Административный штраф (ст. 3.5 КоАП) представляет собой денежное взыскание, налагаемое уполномоченным органом (должностным лицом) на физическое или юридическое лицо, совершившее административное правонарушение. Административный штраф призван оказать воздействие на материальные интересы правонарушителя. Взыскиваемые с физических и юридических лиц суммы административных штрафов подлежат зачислению в бюджет в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации. В здравоохранении чаще других имеют место административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность, в частности:

Медицинским работникам важно обратить внимание на приведенные ниже статьи КоАП.

Статья 5.39. Отказ в предоставлении информации.

Статья 6.1. Соккрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения.

Статья 6.2. Незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством).

Статья 6.3. Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Статья 6.8. Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов и незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества.

Статья 6.13. Пропаганда наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров, растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры.

Статья 6.16. Нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, хранения, учета, реализации, перевозки, приобретения, использования, ввоза, вывоза или уничтожения растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры.

Статья 8.2. Несоблюдение экологических и санитарно-эпидемиологических требований при обращении с отходами производства и потребления или иными опасными веществами.

Статья 8.5. Соккрытие или искажение экологической информации.

Статья 10.6. Нарушение правил карантина животных или других ветеринарно-санитарных правил.

Статья 13.11. Нарушение установленного законом порядка сбора, хранения, использования или распространения информации о гражданах (персональных данных)

Статья 13.12. Нарушение правил защиты информации.

Статья 13.14. Разглашение информации с ограниченным доступом.

Статья 13.17. Нарушение правил распространения обязательных сообщений.

Статья 13.19. Нарушение порядка представления статистической информации.

Статья 13.20. Нарушение правил хранения, комплектования, учета или использования архивных документов.

Статья 13.25. Нарушение требований законодательства о хранении документов.

Статья 14.3. Нарушение законодательства о рекламе.

Статья 14.4. Продажа товаров, выполнение работ либо оказание населению услуг ненадлежащего качества или с нарушением установленных законодательством Российской Федерации требований.

Статья 14.5. Продажа товаров, выполнение работ либо оказание услуг при отсутствии установленной информации либо неприменение в установленных федеральными законами случаях контрольно-кассовой техники.

Статья 14.7. Обман потребителей.

Статья 14.8. Нарушение иных прав потребителей.

Статья 14.18. Использование этилового спирта, произведенного из непищевого сырья, и спиртосодержащей непищевой продукции для приготовления алкогольной и спиртосодержащей пищевой продукции.

Статья 14.19. Нарушение установленного порядка учета этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции.

Статья 15.33. Нарушение установленных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании порядка и сроков представления документов и (или) иных сведений в органы государственных внебюджетных фондов.

Статья 15.34. Соккрытие страхового случая.

Статья 17.9. Заведомо ложные показания свидетеля, пояснение специалиста, заключение эксперта или заведомо неправильный перевод.

Статья 19.1. Самоуправство.

Статья 19.7. Непредставление сведений (информации).

Статья 19.20. Осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, без специального разрешения (лицензии).

Статья 19.23. Подделка документов, штампов, печатей или бланков, их использование, передача либо сбыт.

Статья 20.4. Нарушение требований пожарной безопасности.

Отдельные статьи КоАП заслуживают детального рассмотрения с примерами из конкретной судебной практики.

В ст. 6.3 КоАП определено, что нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, -

влечет предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от ста до пятисот рублей; на должностных лиц - от пятисот до одной тысячи рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, - от пятисот до одной тысячи рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на

юридических лиц - от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Проведенной Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека проверкой, в районной больнице установлено, что медицинской сестрой Д. допущены нарушения санитарных правил СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации», СП 3.1./3.2.1379-03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», а именно при постановке АКДС-вакцины, была нарушена техника введения: в соответствии с инструкцией по применению препарата АКДС-вакцина вводится в передне - наружную поверхность бедра, однако инъекция была введена в верхний наружный квадрант ягодицы, что является нарушением п.3.6 МУ 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок», п.3.37 СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации»; при проведении прививок стерильный материал (ватные шарики) берётся нестерильным пинцетом (пинцет хранится в 3% перекиси водорода, не стерилизуется), что является нарушением п. 3.37 СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации»; нарушение дезинфекционного режима в прививочном кабинете - нет учета поступления дезинфицирующих средств, нет расчета потребности дезинфицирующих средств для обеспечения отходов класса Б, нарушение дезинфекционного режима подтверждается результатами лабораторных исследований - обнаружен St. Aureus, на полке холодильника, что является нарушением требований ст. 11, п.1 ст. 29, ст. 35 ФЗ № 52 от 30.03.1999г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», предусматривающие административную ответственность по ст. 6.3 КоАП РФ.

Таким образом, медицинская сестра детской консультации ЦРБ Д., как должностное лицо, совершила административное правонарушение, предусмотренное ст. 6.3 КоАП РФ.

Судья признал медицинскую сестру Д. виновной в совершении административного правонарушения, предусмотренного ст. 6.3 КоАП РФ, и подверг её административному наказанию в виде административного штрафа в размере 500 рублей.

В силу ч. 1 ст. 6.8 КоАП Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка без цели сбыта наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка без цели сбыта растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, -

влекут наложение административного штрафа в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

Те же действия, совершенные иностранным гражданином или лицом без гражданства, -

влекут наложение административного штрафа в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей с административным выдворением за пределы Российской Федерации либо административный арест на срок до пятнадцати суток с административным выдворением за пределы Российской Федерации.

Примечание. Лицо, добровольно сдавшее приобретенные без цели сбыта наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги или растения, содержащие наркотические средства или психотропные вещества, либо их части, содержащие наркотические средства или психотропные вещества, освобождается от административной ответственности за данное административное правонарушение (ч. 2 ст. 6.8).

Заместителем начальника Территориального отдела Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в отношении должностного лица – Г., работающей медицинской сестрой, диетической в центральной городской больнице, был составлен протокол об административном правонарушении по ст. 6.6 КоАП РФ, в виду нарушения требований ст. 17 Федерального Закона от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п. 9.1 СанПиН 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья», выявленных при рассмотрении материалов (журнала контроля за качеством

готовой пищи – бракеражного журнала пищеблока) полученных в ходе административного расследования, проведенного на основании определения о возбуждении дела в связи с жалобой на некачественную пищу (печень) во время обеда в эндокринологическом отделении, полученным из пищеблока центральной городской больницы, где готовится пища для всех стационарных больных.

Суд признал Г. виновной в совершении административного правонарушения, предусмотренного ст. 6.6 КоАП РФ и назначил ей административное наказание в виде административного штрафа в размере 2000 (две тысячи) рублей.

Согласно ч. 1 ст. 19.20 Осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, без специального разрешения (лицензии), если такое разрешение (лицензия) обязательно (обязательна), -

влечет предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от пятисот до одной тысячи рублей; на должностных лиц - от тридцати тысяч до пятидесяти тысяч рублей или дисквалификацию на срок от одного года до трех лет; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, - от тридцати тысяч до сорока тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на юридических лиц - от ста семидесяти тысяч до двухсот пятидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Начальником отдела контроля и надзора в сфере здравоохранения Управления Росздравнадзора составлен протокол об административном правонарушении, предусмотренном ч. 1 ст. 19.20 КоАП РФ в отношении социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних.

В ходе проведения проверки установлено осуществление безлицензионной медицинской деятельности в разделе доврачебной медицинской помощи по сестринскому делу в педиатрии; амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по педиатрии. В штатном расписании присутствуют ставки медицинской сестры, врача-педиатра, отработанное время учитывается в таблице учета рабочего времени. Разработаны должностные инструкции на медицинскую сестру и врача.

Медицинские сестры и врачи-педиатры социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних фактически исполняют свои должностные обязанности, что подтверждается табелями учета использования рабочего времени и расчета заработной платы, должностными инструкциями указанных специалистов, а также амбулаторными журналами учета приема детей в филиалах.

Суд признал социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних виновным в совершении административного правонарушения, предусмотренного ч. 1 ст. 19.20 КоАП РФ и назначил наказание в виде административного предупреждения.

В соответствии с ч. 3 ст. 19.20 осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с грубым нарушением требований или условий специального разрешения (лицензии), если такое разрешение (лицензия) обязательно (обязательна),

-

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, - от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на юридических лиц - от ста тысяч до ста пятидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Примечание. Понятие грубого нарушения устанавливается Правительством Российской Федерации в отношении конкретного лицензируемого вида деятельности.

Во время выездной плановой проверки психиатрической больницы выявлено осуществление деятельности в отсутствие у врача-психиатра Д. первичной специализации по психиатрии (интернатуры или ординатуры по психиатрии), отсутствие у медицинской сестры Ш. сертификата по специальности сестринское дело, отсутствие у заместителя главного врача по медицинской части К. сертификата и первичной специализации по специальности организация здравоохранения и общественного здоровья, не переоформление свидетельства о государственной регистрации права оперативного управления здания на изменившееся название

учреждения, отсутствие регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику.

Суд признал психиатрическую больницу виновной в совершении административного правонарушения, предусмотренного ч. 3 ст. 19.20 КоАП РФ и назначил наказание в виде административного штрафа в размере 100.000 (сто тысяч) рублей.

Следует обратить внимание на то, что в примерах из судебной практики признания виновными по ст.ст. 6.3 и 6.6. КоАП медицинские сестры упоминаются в качестве должностных лиц.

В ст. 2.4 КоАП закреплено понятие должностного лица как субъекта административной ответственности. Согласно данной статье административной ответственности подлежит должностное лицо в случае совершения им административного правонарушения в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением своих служебных обязанностей. В примечании к ст. 2.4 КоАП изложено определение должностного лица, которое в своей основе совпадает с определением должностного лица, данным в Уголовном кодексе РФ. Вместе с тем КоАП более широко определяет круг должностных лиц, ими, в частности, могут признаваться даже лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, совершившие административные правонарушения, которые несут административную ответственность как должностные лица, если КоАП не установлено иное.

головная ответственность медицинских работников

В аспекте уголовной ответственности медицинских работников необходимо обратить внимание на нижеследующие статьи УК РФ.

Статья 109. Причинение смерти по неосторожности.

Статья 110. Доведение до самоубийства.

Статья 118. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности.

Статья 120. Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации.

Статья 122. Заражение ВИЧ-инфекцией.

Статья 123. Незаконное производство аборта.

Статья 124. Неоказание помощи больному.

Статья 128. Незаконное помещение в психиатрический стационар.

Статья 137. Нарушение неприкосновенности частной жизни.

Статья 153. Подмена ребенка.

Статья 155. Разглашение тайны усыновления (удочерения).

Статья 163. Вымогательство.

Статья 228. Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества.

Статья 228.1. Незаконные производство, сбыт или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные сбыт или пересылка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества.

Статья 228.2. Нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ.

Статья 229. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества.

Статья 233. Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ.

Статья 234. Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта.

Статья 235. Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью.

Статья 236. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил.

Статья 237. Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей.

Статья 238. Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности.

Статья 244. Надругательство над телами умерших и местами их захоронения.

Статья 245. Жестокое обращение с животными.

Статья 248. Нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами.

Статья 282. Возбуждение ненависти либо вражды, а равно унижение человеческого достоинства.

Статья 285. Злоупотребление должностными полномочиями.

Статья 286. Превышение должностных полномочий.

Статья 290. Получение взятки.

Статья 291. Дача взятки.

Статья 291.1. Посредничество во взяточничестве.

Статья 292. Служебный подлог.

Статья 293. Халатность.

Статья 303. Фальсификация доказательств.

Статья 307. Заведомо ложные показания, заключение эксперта, специалиста или неправильный перевод.

Статья 310. Разглашение данных предварительного расследования.

Статья 330. Самоуправство.

Уголовная ответственность медицинских и фармацевтических работников чаще всего возникает за причинение смерти по неосторожности (ст. 109), причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118), неоказание помощи больному (ст. 124), халатность (ст. 293).

Отдельные статьи необходимо рассмотреть более подробно.

Безусловно, самым драматичным фактом, который может быть в профессиональной деятельности медицинского работника, является причинение смерти по неосторожности.

В ч. 1 ст. 109 УК РФ указано, что причинение смерти по неосторожности - наказывается исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей -

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового (ч. 2 ст. 109).

Причинение смерти по неосторожности двум или более лицам -

наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет, либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового (ч. 3 ст. 109).

Очевидно, что особого внимания заслуживает ч. 2 ст. 109 УК РФ, предусматривающая наказание за причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Учитывая исключительную важность профилактики данного преступления, ниже приводятся несколько случаев конкретной судебной практики привлечения медицинских сестер к уголовной ответственности по ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Н. на основании приказа директора дома-интерната для умственно отсталых детей, исполняла обязанности младшей медицинской сестры, пройдя обучение и получив свидетельство «младшей медицинской сестры по уходу за больными», в функциональные обязанности которой входило под руководством медицинской сестры выполнять работу по обслуживанию и уходу за воспитанниками, и нести за них полную ответственность, оказывать помощь медицинской сестре при проведении

лечебных процедур, а также проводить уборку жилых помещений учреждения согласно правилам санитарии и гигиены.

Н., согласно графику, заступила на суточное дежурство. В нарушение требований Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, действуя с целью ограничения движений М., лежавшей в это время на кровати, без разрешения врача-психиатра применила к ней меры физического стеснения, а именно надела на несовершеннолетнюю М. детский пеленальник, используя матерчатый пояс от детской пижамы, действуя с целью ограничения передвижения М. по палате, привязала один конец матерчатого пояса к задней поверхности детского пеленальника, надетого на М., в области задней поверхности шеи, а другой конец пояса привязала к кровати, после чего оставила М. лежащей на кровати. Н. после дежурства, покинула расположение дома-интерната, не уведомив никого о том, что она привязала воспитанницу данного учреждения М. к кровати.

М. попыталась самостоятельно встать с кровати, однако, верхней частью детского пеленальника, надетого на неё и закреплённого матерчатым поясом детской пижамы к кровати, ей сдавило органы шеи, в результате чего развилась механическая асфиксия и наступила её смерть.

Согласно заключению судебно-медицинской экспертизы смерть М. наступила в результате механической асфиксии, развившейся на фоне сдавления органов шеи петлей удавки, что подтверждается наличием прижизненной, одиночной, незамкнутой странгуляционной бороздой в средней трети шеи и комплексом характерных для данного вида смерти признаков, обнаруженных при вскрытии трупа.

Суд признал Н. виновной в совершении преступления, предусмотренного ст. 109 ч. 2 УК РФ, и назначил ей наказание в виде лишения свободы сроком на 1 (один) год 6 (шесть) месяцев.

На основании приказа главного врача Г. принята на должность медицинской сестры ортопедического отделения клиническая больница, для нее основной функцией является выполнение врачебных назначений. Кроме того, Г. обязана точно и четко выполнять все указания врачей и порученные ей медицинские манипуляции В

соответствии с должностной инструкции Г. обязана выполнять внутримышечные, подкожные и внутривенные инъекции.

Г., находясь на дежурстве в помещении ортопедического отделения клинической больницы отделения, вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, в виду небрежного отношения к их исполнению, действуя вопреки должностной инструкции, в соответствии с которой обязана точно и четко выполнять указания врачей и порученные ей медицинские манипуляции, игнорируя данные листа врачебных назначений медицинской карты стационарного больного на имя М., а также карты сестринских манипуляций, в которых отсутствовали сведения о врачебных назначениях М. лекарственного препарата баралгетас (баралгин), самостоятельно приняла решение о применении указанного препарата. Далее Г., вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, осознавая, что не имеет права определять и изменять характер врачебных назначений, без согласования с лечащим или дежурным врачом, не выяснив у пациента переносимость, действуя в нарушение своей должностной инструкции, проявляя преступную небрежность, при помощи медицинского шприца ввела М. внутримышечную инъекцию баралгетаса (баралгина), что немедленно вызвало у М. анафилактический шок. Между внутримышечным введением баралгетаса (баралгина) и развитием у М. анафилактического шока имеется причинно-следственная связь. При этом медицинская сестра Г. не предвидела возможности наступления общественно опасных последствий своих действий в виде развития анафилактического шока и последующей смерти М., хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должна была и могла предвидеть эти последствия.

Причиной смерти М. явился анафилактический шок, развившийся на внутримышечное введение баралгетаса (баралгина), с наступлением клинической смерти и развитием в последующем postanоксической энцефалопатии, очаговой сегментарной гнойной пневмонии (асцит – 150 мл., двухсторонний гидроторакс – 450, 500 мл., гидроторакс – 50 мл.), гнойно-некротического трахеита.

Суд признал Г. виновной в совершении преступления, предусмотренного по ст. 109 ч.2 УК РФ и назначил наказание с применением в виде лишения свободы сроком на один год шесть месяцев без лишения права заниматься определенной деятельностью.

К., назначенная приказом главного врача на должность медицинской сестры гинекологического отделения, исполняя свои профессиональные обязанности операционной медицинской сестры и находясь в помещении операционной гинекологического отделения, при подготовке операционной и во время проведения операции Ф., не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий от своих действий в виде смерти потерпевшей, хотя при необходимой внимательности, предусмотрительности и надлежащем исполнении своих профессиональных обязанностей должна была и могла предвидеть эти последствия, небрежно исполнила их, допустив нарушение порядка подсчета операционного материала, надлежащим образом не пересчитала полотенца до начала проведения операции, в результате чего не обеспечила строгий учет используемого в ходе проведения операции операционного материала, сообщила оперирующему хирургу И. о совпадении счета использованного при проведении операции операционного материала и изъятого из операционного поля, после чего последняя ушила брюшную полость Ф. с оставленным внутри инородным телом - полотенцем размерами примерно 40х63 см, что является дефектом оказания медицинской помощи. Оставление инородного тела в брюшной полости (ятрогения) привело к формированию воспалительного инфильтрата в брюшной полости и наружных тонкокишечных свищей, осложнившейся сепсисом с развитием респираторного дистресс-синдрома взрослых, ДВС-синдрома, острой легочно-сердечной недостаточности, что причинило тяжкий вред здоровью потерпевшей по признаку опасности для жизни, стоящий в прямой причинной связи с наступлением смерти потерпевшей.

Суд признал К. виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, определив ей наказание в виде 1 (одного) года лишения свободы с

лишением права занимать должности операционной медицинской сестры в медицинских учреждениях всех форм собственности сроком на 3 года.

П. - медицинская сестра палаты новорожденных акушерского отделения ЦРБ. Согласно должностной инструкции палатной медицинской сестры отделения, утвержденной главным врачом, П. в своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящей инструкцией, в соответствии с которой она обязана своевременно и точно выполнять назначения лечащего врача, в случае невыполнения назначений, независимо от причины, немедленно докладывать об этом лечащему врачу.

В детское отделение ЦРБ по направлению участковой больницы поступил больной малолетний ребенок Н.

Палатная медицинская сестра П., осуществляя выполнение назначения лечащего врача, а именно, при проведении инфузионной терапии малолетнему Н. в нарушении п. 2 должностной инструкции палатной медицинской сестры отделения, согласно которому она обязана своевременно и точно выполнять назначения лечащего врача, не предвидя возможности наступления тяжких последствий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должна была и могла предвидеть наступления этих последствий, вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, внутривенно ввела в организм малолетнего ребенка Н. в составе раствора глюкозо-калиевой смеси повышенную дозу лекарственного препарата - инсулина (80 ЕД), при назначенных лечащим врачом 8 ЕД инсулина.

Введение в организм ребенка большого количества инсулина привело к тяжелым нарушениям функции центральной нервной системы и другим расстройствам внутренних органов малолетнего Н., и он в результате передозировки инсулина впал в кому.

В неврологическом отделении Педиатрического центра констатирована биологическая смерть малолетнего Н.

Причиной смерти ребенка Н. явились некроз головного мозга и прогрессирующая полиорганная недостаточность, развившиеся вследствие необратимого повреждения жизненно важных структур мозга в результате

внутривенного введения повышенной дозы лекарственного препарата - инсулина (80 ЕД) при проведении инфузионной терапии.

Между передозировкой инсулина и смертью больного ребенка Н. имеется прямая причинно-следственная связь.

Суд признал П. виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ и назначил ей наказание в виде ограничения свободы сроком на 1 (один) год.

Г., работая в должности участковой медицинской сестры педиатрического отделения детской городской поликлиники, осуществляя свои функциональные обязанности на основании должностной инструкции участковой медицинской сестры педиатрического отделения, утвержденной главным врачом, с которой она была ознакомлена в установленном законом порядке, занимаясь по роду возложенных на нее обязанностей выполнением лечебно-диагностических назначений врача в поликлинике и на дому, вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, совершила причинение смерти по неосторожности.

Г. в соответствии с указанием участкового врача-педиатра должна была осуществить выполнение назначенных последней лечебно-диагностических процедур на дому 2 раза в день, с временным интервалом между инъекциями в 8 часов малолетней П., в виде внутримышечных инъекций препарата «Цефазолин» - 500 миллиграмм, что соответствует рекомендуемой дозе для лечения тяжелых инфекций у детей, с 2% раствором для инъекций «Лидокаин» - 2 миллилитра, что является максимально допустимой для детей дозой.

Г., будучи при исполнении своих функциональных обязанностей, действуя по небрежности, т.е. не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий своих действий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должна была и могла предвидеть эти последствия, в нарушение должностной инструкции участковой медицинской сестры педиатрического отделения детской городской поликлиники, в соответствии с которой медицинская сестра обязана контролировать выполнение лечебных назначений врача и выполнять лечебно-диагностические процедуры по назначению

врача, имея реальную возможность исполнить свои профессиональные обязанности должным образом, а именно: проверить концентрацию препарата «Лидокаин» путем обзора упаковки и инструкции по медицинскому применению указанного препарата, вопреки вышеуказанным назначениям, сделала П. внутримышечную инъекцию препарата «Цефазолин» - 500 миллиграмм, с 10% раствором для инъекций препарата «Лидокаин» дозой 2,5-3 миллилитра, тем самым максимально превысив допустимую для детей дозу препарата «Лидокаин» в 5-6 раз.

В результате вышеописанных преступных действий Г. при оказании медицинской помощи П.. произошла передозировка лекарственного препарата «Лидокаин» и, как следствие, острое отравление им потерпевшей, от которого П. скончалась у себя в квартире.

Суд признал Г. виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ и назначил ей наказание в виде лишения свободы на срок 1 (один) год 6 (шесть) месяцев с лишением ее права заниматься медицинской деятельностью на срок 3 (три) года, с отбыванием наказания в колонии-поселении.

Следует обратить особое внимание на предотвращение совершения медицинскими работниками преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств.

Согласно ч. 1 ст. 228 УК РФ незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка без цели сбыта наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов в значительном размере, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка без цели сбыта растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, в значительном размере -

наказываются штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Те же деяния, совершенные в крупном размере, -

наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до одного года либо без такового (ч. 2 ст. 228).

Те же деяния, совершенные в особо крупном размере, -

наказываются лишением свободы на срок от десяти до пятнадцати лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до полутора лет либо без такового (ч. 3 ст. 228).

О., работающая палатной медицинской сестрой областной клинической больницы, в должностные обязанности которой входило выполнение инъекций лекарственных препаратов лицам, находящимся на излечении в ОКБ, в соответствии с приказом главного врача «О допуске лиц к работе с наркотическими средствами», была допущена к работе с наркотическими средствами психотропными веществами.

О. пришла в специализированное помещение для хранения наркотических средств и психотропных веществ отделения гнойной хирургии ОКБ, где при помощи находящихся у нее ключей в нарушение приказов главного врача ОКБ, регламентирующих правила оборота наркотических средств в лечебном учреждении, единолично открыла сейф для хранения наркотических средств, вскрыла ампулу и набрала в шприц, согласно назначению лечащего врача, лекарственный препарат «Промедол-2%-1 мл», содержащий в своем составе наркотическое средство тримеперидин (промедол) массой 0,02г. в количестве 1 мл, о чем сделала соответствующие записи в журнале регистраций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. После чего согласно назначенному врачом лечения прибыла к неустановленному следствием больному, который по приходу подсудимой от введения ему

наркотического средства отказался. Подсудимая, воспользовавшись отсутствием дежурного врача, который согласно ведомственных нормативных актов обязан был присутствовать при наборе в шприц и инъекции больным лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства, решила совершить хищение 1 мл

лекарственного препарата «Промедол 2%-1мл», содержащего наркотическое средство тримеперидин (промедол) массой 0,02г, самостоятельно приняла отказ больного от введения инъекции. При этом шприц с данным лекарственным препаратом оставила при себе с целью дальнейшего распоряжения. С целью сокрытия совершенного преступления подсудимая умышленно внесла в историю болезни неустановленного следствием больного сведения о введении ему инъекции лекарственного препарата «Промедол 2%-1мл», после чего, воспользовавшись доверием лица, которое обязано присутствовать при введении инъекции, и введя его в заблуждение, получила отметку в истории болезни неустановленного больного о введении указанного препарата. Таким образом подсудимая, используя свое служебное положение палатной медицинской сестры отделения гнойной хирургии ОКБ совершила хищение 1 мл лекарственного препарата «Промедол 2%-1мл» содержащего наркотическое средство тримеперидин (промедол), массой 0,02 грамма, принадлежащего ОКБ.

О., работая в должности палатной медицинской сестры отделения гнойной хирургии, находясь на своем рабочем месте и используя свое служебное положение, с целью последующего незаконного сбыта и незаконного обогащения, незаконно приобрела (похитила) из помещения ОКБ наркотическое средство - тримеперидин (промедол) общей массой не менее 0,04 г., что согласно постановлению Правительства РФ «Об утверждении крупного и особо крупного размеров наркотических средств и психотропных веществ для целей статей 228, 228.1 и 229 УК РФ» является крупным размером. Указанное наркотическое средство подсудимая поместила в одноразовый медицинский шприц для инъекций объемом 3 мл, вынесла с территории ОКБ и хранила при себе, создав тем самым условия для последующего незаконного сбыта. Однако довести свой преступный умысел, направленный на незаконный сбыт наркотического средства тримеперидин (промедол) массой 0,04г. до конца не смогла по независящим от ее воли обстоятельствам, т.к. была задержана сотрудником УФСКН России.

Суд признал О. виновной в совершении преступлений, предусмотренных ст.ст. 229 ч. 2 п. «в» УК РФ, ст.ст.30 ч.1, 228.1 ч.2 п. «б» УК РФ и назначил по совокупности

преступлений путем частичного сложения наказаний окончательно наказание в виде 6 (шести) лет 3 (трех) месяцев лишения свободы.

Особое внимание в сфере медицинской деятельности следует обратить на вопрос противодействия коррупции. Федеральный закон от 25 декабря 2008 г. «О противодействии коррупции» впервые в истории российского права дал легальное определение понятия «коррупция». В статье 1 данного закона указано, что коррупция - злоупотребление служебным положением, дача взятки, получение взятки, злоупотребление полномочиями, коммерческий подкуп либо иное незаконное использование физическим лицом своего должностного положения вопреки законным интересам общества и государства в целях получения выгоды в виде денег, ценностей, иного имущества или услуг имущественного характера, иных имущественных прав для себя или для третьих лиц либо незаконное предоставление такой выгоды указанному лицу другими физическими лицами.

В этой связи для медицинских работников имеет большое значение вопрос об уголовной ответственности за получение взятки.

В силу ч. 1 ст. 290 УК РФ получение должностным лицом, иностранным должностным лицом либо должностным лицом публичной международной организации лично или через посредника взятки в виде денег, ценных бумаг, иного имущества либо в виде незаконных оказания ему услуг имущественного характера, предоставления иных имущественных прав за совершение действий (бездействие) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц, если такие действия (бездействие) входят в служебные полномочия должностного лица либо если оно в силу должностного положения может способствовать таким действиям (бездействию), а равно за общее покровительство или попустительство по службе -

наказывается штрафом в размере от двадцатипятикратной до пятидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до трех лет со штрафом в размере двадцатикратной суммы взятки.

Получение должностным лицом, иностранным должностным лицом либо должностным лицом публичной международной организации взятки в значительном размере -

наказывается штрафом в размере от тридцатикратной до шестидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет либо лишением свободы на срок до шести лет со штрафом в размере тридцатикратной суммы взятки (ч. 2 ст. 290).

Получение должностным лицом, иностранным должностным лицом либо должностным лицом публичной международной организации взятки за незаконные действия (бездействие) -

наказывается штрафом в размере от сорокакратной до семидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет либо лишением свободы на срок от трех до семи лет со штрафом в размере сорокакратной суммы взятки (ч. 3 ст. 290).

Деяния, предусмотренные частями первой-третьей настоящей статьи, совершенные лицом, занимающим государственную должность Российской Федерации или государственную должность субъекта Российской Федерации, а равно главой органа местного самоуправления, -

наказываются штрафом в размере от шестидесятикратной до восьмидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет либо лишением свободы на срок от пяти до десяти лет со штрафом в размере пятидесятикратной суммы взятки (ч. 4 ст. 290).

Деяния, предусмотренные частями первой, третьей, четвертой настоящей статьи, если они совершены:

- а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;
- б) с вымогательством взятки;
- в) в крупном размере, -

наказываются штрафом в размере от семидесятикратной до девяностократной суммы взятки либо лишением свободы на срок от семи до двенадцати лет с лишением

права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет и со штрафом в размере шестидесятикратной суммы взятки (ч. 5 ст. 290).

Деяния, предусмотренные частями первой, третьей, четвертой и пунктами «а» и «б» части пятой настоящей статьи, совершенные в особо крупном размере, -

наказываются штрафом в размере от восьмидесятикратной до стократной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет либо лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет со штрафом в размере семидесятикратной суммы взятки (ч. 6 ст. 290).

Н., работая в поликлинике, в должности медицинской сестры отделения профилактики (доврачебного кабинета), в обязанности которой, согласно должностной инструкции входило осуществление приема больных, не получивших талона к врачу в день обращения, для решения вопроса о срочности врачебной помощи, встретила в помещении поликлиники с А., после чего, реализуя возникший прямой умысел, направленный на незаконное получение денежного вознаграждения за выполнение функции посредника при получении должностным лицом взятки за действия в пользу взяткодателя, из корыстных побуждений, предложила предоставить последней за незаконное денежное вознаграждение больничный лист (лист нетрудоспособности), являющийся основанием для освобождения от работы и начисления пособия по временной нетрудоспособности. При этом незаконное денежное вознаграждение А. должна была передать Н., а та, выступая в качестве посредника, часть полученных денег передать врачу-оториноларингологу Т., за выдачу листка нетрудоспособности без фактического осмотра и при отсутствии признаков какого-либо заболевания у пациента.

А., желая пресечь преступные действия Н. и Т., обратилась в УВД с заявлением о вымогательстве у нее взятки, после чего сотрудниками милиции было принято решение о проведении ОРМ «Оперативный эксперимент», в ходе которого А. были вручены денежные средства в сумме 2 500 рублей для дачи взятки Т. через посредника Н.

А., находясь в поликлинике, выступая в роли взяткодателя при проведении ОРМ «Оперативный эксперимент», передала Н., являющейся посредником получения взятки должностным лицом, денежные средства в сумме 2 500 рублей. После этого Н., действуя умышленно, с прямым умыслом, направленным на получение незаконного денежного вознаграждения, прошла в кабинет поликлиники, где, осознавая, что не является должностным лицом, уполномоченным принимать решения о выдаче листка нетрудоспособности гражданам, склонила работающую врачом оториноларингологом Т. к совершению преступления, вступив с ней в предварительный сговор о получении от А. взятки в виде денег за выдачу листка нетрудоспособности при отсутствии у последней признаков какого-либо заболевания, дающего право на освобождение пациента от работы и последующей выплаты пособия по временной нетрудоспособности без фактического осмотра пациента.

Т. и Н. были задержаны сотрудниками милиции и в ходе их личного досмотра денежные средства 1 000 и 1 500 рублей соответственно, полученные от А. за незаконные действия в пользу взяткодателя и посредничество, были изъяты.

Суд признал Т. виновной в совершении преступления предусмотренного ч. 2 ст. 290 УК РФ и назначил наказание в виде 3 (трех) лет 1 (одного) месяца лишения свободы с лишением права занимать руководящие должности в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения сроком на 2 (два) года.

Суд признал Н., виновной в совершении преступления предусмотренного ч.ч. 4, 5 ст. 33 - ч. 2 ст. 290 УК РФ в виде 3 (трех) лет лишения свободы с лишением права занимать руководящие должности в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения сроком на 2 (два) года.

К сожалению, в судебной практике наблюдаются случаи привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за служебный подлог.

В соответствии с ч. 1 ст. 292 УК РФ служебный подлог, то есть внесение должностным лицом, а также государственным служащим или служащим органа местного самоуправления, не являющимся должностным лицом, в официальные документы заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния

совершены из корыстной или иной личной заинтересованности (при отсутствии признаков преступления, предусмотренного частью первой статьи 292.1 настоящего Кодекса), -

наказываются штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до двух лет.

Те же деяния, повлекшие существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, -

наказываются штрафом в размере от ста тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового (ч. 2 ст. 292).

Ф. согласно приказу главного врача муниципального лечебно-профилактического учреждения, работая в должности старшей медицинской сестры педиатрического отделения, в обязанности которой входило получение, хранение, заполнение талонов ... родовых сертификатов, а также согласно должностной инструкции: «обеспечивать составление рациональных графиков работы и осуществлять правильную расстановку среднего и младшего персонала педиатрического отделения поликлиники, руководить работой участковых медицинских сестер, медицинских сестер процедурного и прививочного кабинетов, медицинской сестры для профилактической работы и фильтра в отделении здорового ребенка и медицинского регистратора, работающего в отделении «помощи на дому», вести учет всех материальных ценностей педиатрического отделения, ежедневно

проводить обход отделения, контролируя соблюдение санэпидрежима в отделении, соблюдение трудовой дисциплины средним медицинским персоналом», то есть, выполняя при этом организационно-распорядительные функции в данном муниципальном учреждении, и, являясь должностным лицом, в один из дней Ф., находясь в своем рабочем кабинете, действуя умышленно, имея корыстную цель и иную личную заинтересованность, выразившиеся в желании получить денежные средства для себя и других сотрудников поликлиники, достоверно зная о том, что ребенок Н., не осмотрен хирургом, ортопедом-травматологом, офтальмологом, неврологом, отоларингологом, стоматологом, не произведено УЗИ, ЭКГ, то есть в течение вторых шести месяцев жизни не прошел диспансерное наблюдение в полном объеме, осознавая преступный характер своих действий, внесла заведомо ложные сведения в талон ... родового сертификата на имя Н. Тем самым Ф. внесла заведомо ложные сведения в официальный документ – талон родового сертификата, удостоверяющего факт прохождения диспансеризации ребенком Н. в течение вторых шести месяцев жизни в полном объеме, предоставляющий право получения из регионального Фонда социального страхования РФ денежных средств на оплату труда по оказанию услуг по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни. Указанные противоправные действия Ф. повлекли существенное нарушение охраняемых законом интересов государства, выразившееся в дискредитации муниципальных органов власти и создания отрицательного мнения о деятельности поликлиники. Таким образом, Ф. совершила преступление, предусмотренное ч. 2 ст. 292 УК РФ.

Суд признал Ф. виновной в совершении преступления, предусмотренного ст. 292 ч. 2 УК РФ и назначил ей наказание в виде одного года лишения свободы без лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.

Преступления против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления, предусмотренные указанными выше ст.ст. 285, 286, 290, 292, 293 УК РФ, требуют обратиться к понятию специального субъекта – должностного лица.

В примечании к ст. 285 УК РФ определено, что должностными лицами в статьях настоящей главы признаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, государственных корпорациях, а также в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках и воинских формированиях Российской Федерации.

Под лицами, занимающими государственные должности Российской Федерации, в статьях настоящей главы и других статьях настоящего Кодекса понимаются лица, занимающие должности, устанавливаемые Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами и федеральными законами для непосредственного исполнения полномочий государственных органов.

Под лицами, занимающими государственные должности субъектов Российской Федерации, в статьях настоящей главы и других статьях настоящего Кодекса понимаются лица, занимающие должности, устанавливаемые конституциями или уставами субъектов Российской Федерации для непосредственного исполнения полномочий государственных органов.

Государственные служащие и служащие органов местного самоуправления, не относящиеся к числу должностных лиц, несут уголовную ответственность по статьям настоящей главы в случаях, специально предусмотренных соответствующими статьями».

Следовательно, в государственных и муниципальных учреждениях должностными лицами являются: главный врач, его заместители, заведующий отделением, дежурный врач, главная, старшая медицинские сестры, а также врачи и средние медицинские работники, если они выполняют организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции.

Лечебно-охранительный режим – это комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на обеспечение максимального физического и психического комфорта пациентов и медперсонала, обеспечения безопасной больничной среды, в который входит:

- обеспечение режима рациональной двигательной активности пациента по назначению врача;
- соблюдение правил биомеханики для безопасного передвижения пациента и медперсонала.

Должностной обязанностью всего медперсонала ЛПУ является правильная организация и неуклонное соблюдение лечебно-охранительного режима, так как уровень и качество лечебно-охранительного режима в значительной мере определяется не только профессиональными знаниями, навыками медперсонала и степенью технической оснащенности учреждения, но и культурой медперсонала, этическим воспитанием, доброжелательным его взаимоотношением с пациентами, особенно с детьми и их родителями, а также с коллегами по работе.

Лечебно-охранительный режим включает в себя следующие элементы:

- строгое соблюдение правил внутрибольничного распорядка и выполнения манипуляций
- обеспечение режима рациональной двигательной активности
- обеспечение режима эмоциональной безопасности для пациента

Правила внутреннего распорядка состоят в соблюдении, установленного в отделении, режима дня.

Это определенные часы сна и отдыха, приемов пищи, необходимых лечебных и гигиенических процедур, врачебных обходов, уборки помещений, приема передач и посещений родственников.

Соблюдение режима дня строго обязательно и для пациентов, и для всех работников больницы. Медсестра знакомит с ним всех поступивших в отделение пациентов.

Соблюдение этих правил обеспечивает:

- условия для наиболее эффективного способа удовлетворения всех основных потребностей пациента, а значит – качественный уход;

- возможность организовать слаженную работу всего медицинского коллектива и более рационально использовать рабочее время каждого;
- профилактику различных несчастных случаев, риск которых в условиях стационара достаточно высок как для пациента, так и для медицинского работника.

Пути поступления пациента в стационар

1. В плановом порядке – по направлению ЛПУ.
2. По скорой медицинской помощи.
3. Самостоятельно, «самотеком».

Безопасная транспортировка пациента

Способ доставки пациента в отделение **определяет врач** в зависимости от тяжести состояния пациента:

1. На носилках (вручную или на каталке).
2. На кресле-каталке.
3. На руках (чаще – дети).
4. Пешком.

Запомните! Сопровождает пациента в отделение только медсестра.

Наиболее удобный, надежный и щадящий способ транспортировки тяжелобольных пациентов – **на каталке**. Перекладывать пациента на каталку и с каталки на кушетку удобнее вдвоем.

В лечебном учреждении пациенту могут угрожать различные виды травм. Но наиболее высокий риск несчастных случаев связан с возможными падениями. По данным различных исследований они составляют до 80% всех несчастных случаев в стационарах. Часто падения заканчиваются тяжелыми травмами: сотрясением, ушибами, вывихами, переломами.

Пациент рискует упасть:

- поскользнувшись при ходьбе.
- споткнувшись о какой-нибудь предмет.
- с кровати (во время сна или поднимаясь на нее).
- при перемещении с коляски, каталки.
- в ванной комнате и туалете.
- во время прогулки по территории больницы.
- потеряв сознание.

Случаи падения учащаются ночью и в вечерние часы!

Пациенты с высоким риском падений:

- в возрасте старше 65 лет.
- имеющие физиологические проблемы:
 - нарушения слуха, зрения
 - ограничение двигательной активности
 - нарушение равновесия, шаткость при ходьбе
 - общая слабость вследствие болезни, истощения
 - частый жидкий стул (диарея)
 - частое мочеиспускание
- имеющие психологические проблемы:
 - спутанность сознания
 - психологический стресс (эмоциональный шок)
- имеющие побочные эффекты лекарственной терапии:
 - гипотензивными средствами
 - средствами, влияющими на ЦНС
 - обезболивающими средствами
 - противоаллергическими средствами

Методы снижения риска падений у пациентов:

- размещать пациентов с высоким риском падений в палатах, находящихся недалеко от сестринского поста.
- обеспечить пациентов средствами связи с сестринским постом и научить ими пользоваться; быстро отвечать на каждый вызов.
- как можно чаще навещать таких пациентов, помогать их передвижениям в соответствии с назначенным режимом двигательной активности.
- обеспечить своевременное кормление, осуществление физиологических отправок, выполнение гигиенических процедур.
- все необходимые пациенту предметы расположить в местах, легко ему доступных.
- в палатах и всех помещениях, которыми пользуются такие пациенты, должно быть включено ночное освещение.
- рационально оборудовать и поддерживать порядок в помещениях и коридорах (пациент может упасть, споткнувшись о мебель, оборудование, шнур электропровода и т.д.).

- исключить передвижение пациентов по мокрому полу.
- использовать мебель, оснащенную специальными поручнями и защитными ограждениями, приспособления, облегчающие передвижение: ходунки, трости, костыли, каталки.
- использовать специальные покрытия для пола, а также устанавливать перила вдоль стен палат и коридоров.

Меры профилактики некоторых факторов риска

Внутрибольничные инфекции	• Строгое соблюдение санитарно-противоэпидемического режима
Химические ожоги и отравления	• Правильное хранение и раздача лекарственных средств. Контроль за приемом лекарств • Правильное хранение дезинфицирующих средств
Пищевые отравления	• Контроль за работой пищеблока и буфетных • Контроль за здоровьем сотрудников пищеблока и буфетных • Контроль за продуктами передачами и сроками годности продуктов
Ожоги и другие травмы, связанные с процедурой	• Выполнение любой сестринской манипуляции строго по алгоритму действий (по стандарту)
Электротравма – поражение электрическим током, связанное с неправильной эксплуатацией или неисправностью электрооборудования	• Перед эксплуатацией электроприбора изучить инструкцию • Применять только заземленное оборудование • Не пользоваться оборудованием, исправность которого вызывает сомнение • Использовать только исправные розетки • Не допускать сетевой перегрузки • Не допускать запутывания проводов, убедиться в их целостности перед использованием • Никогда не выдергивать штепсель, потянув за шнур • Не применять электроприборы во влажных помещениях, вблизи ванн, раковин, душей, унитазов

Обеспечение режима

рациональной двигательной активности пациента

В зависимости от заболевания и состояния пациента врач назначает определённый режим. В основе режима лежит правильно организованный уход за пациентом в отделении, создание благоприятной больничной обстановки, устранение или ограничение воздействия на организм пациента различных неблагоприятных факторов внешней среды и организация досуга пациента.

Хорошо известно, что успех лечения во многом зависит от состояния духа пациента. Обеспечить выполнение назначенного режима – задача всего медперсонала стационара.

В основе режима лежит устранение или ограничение воздействия на пациентов неблагоприятных факторов внешней среды.

Подвижность (мобильность) – способность пациента перемещаться в пространстве. При уходе за пациентом сестра обеспечивает безопасность пациента путем эффективного использования мышечной силы, координации движений, массы тела. Режим физической активности пациенту назначает врач в зависимости от тяжести заболевания.

Режимы двигательной активности:

1. Строгий постельный режим
2. Постельный режим
3. Палатный режим
4. Общий режим

ВНИМАНИЕ! Нарушение двигательной активности может повлечь за собой тяжёлые последствия для пациента, вплоть до летального исхода.

Строгий постельный режим

Пациенту категорически запрещается не только вставать, садиться, но в некоторых случаях даже самостоятельно поворачиваться в постели. Все физиологические отправления, манипуляции, консультации, кормление, гигиенические процедуры осуществлять в пределах постели.

Постельный режим

Пациенту разрешается поворачиваться в постели под наблюдением медсестры. Через определённое время с разрешения врача пациент может присаживаться на краю кровати, опустив ноги, самостоятельно принимать пищу, проводить гигиенические процедуры с помощью медперсонала. Все физиологические отправления, манипуляции, консультации, осуществлять в пределах постели.

Палатный режим

Пациенту разрешается сидеть на стуле рядом с кроватью, вставать и недолго ходить по палате. Туалет, кормление пациента и физиологические отправления осуществляются в палате.

Общий режим

Пациенту разрешается свободная ходьба по коридору, прогулки по территории больницы. Пациент самостоятельно обслуживает себя, принимает пищу, пользуется туалетом, ванной комнатой.

ЗАПОМНИТЕ!

Нарушение режима двигательной активности может повлечь за собой тяжелые последствия для пациента, вплоть до смертельного исхода.

Наблюдение за соблюдением режима двигательной активности пациентом - обязанность медсестры. Нарушение режима может повлечь неблагоприятные последствия для пациента - падение, расхождение швов в послеоперационном периоде. Поэтому пациент должен четко соблюдать двигательную активность, прописанную лечащим врачом, особенно при постельном и строгом постельном режимах.

Назначенный врачом режим двигательной активности *физиологичен* для пациента, если обеспечивает:

- уменьшение боли;
- эффективность дренирования;
- борьбу с тканевой гипоксией;
- снижение отеков конечностей;
- профилактику мышечной гипотрофии и контрактур.

Обездвиженность пациента ведет к нарушению функционирования всех органов и систем организма.

Иммобильность пациента может привести:

- к уменьшению экскурсии легких при акте дыхания;
- к образованию пролежней;
- к скоплению мочи, образованию камней в почках и инфицированию;
- к запорам;
- к бессоннице;
- к депрессии.

Положения пациента в постели

Активное – свободное и произвольное перемещение в постели - пациент самостоятельно поворачивается, сидит, встает, обслуживает себя. Может произвольно менять свое положение, хотя и испытывает при этом болезненные или неприятные ощущения.

Пассивное – пациент не может самостоятельно повернуться, изменить положение вследствие сильной слабости при высоко интоксикации, кровотечении, в постоперационном периоде, часто такие пациенты пребывают в тяжелом или бессознательном состоянии.

Вынужденное - пациент принимает положение для облегчения или улучшения своего состояния в зависимости от особенностей заболевания: при боли в животе пациент сгибает ноги, избегает любого прикосновения к животу; при коликах в животе пациент беспокоен, мечется в постели или скован; при наличии воспалительной жидкости в полости плевры – лежит на больном боку для уменьшения боли; в случае приступа удушья при бронхиальной астме – сидит в постели, упираясь руками в кровать.

- при боли в животе, связанной с воспалением брюшины, пациент избегает любого прикосновения к животу, сгибает ноги;
- при коликах в животе, связанных с поражением органов брюшной полости, пациент беспокоен, мечется в постели или скован;
- при наличии воспалительной жидкости в полости плевры (плеврите) - лежит на больном боку для уменьшения боли, облегчения экскурсии здорового легкого;
- в случае приступа удушья при бронхиальной астме - сидит в постели, упираясь руками в кровать (облегчение дыхания, включение вспомогательных грудных мышц).

Сидячее или полусидячее положение в постели пациент принимает для уменьшения одышки - *ортонное* - указывает на застой в малом круге кровообращения (миокардит, инфаркт миокарда, пороки сердца).

Натуживание на высоте вдоха вызывает нарушения сердечного ритма и коронарного кровотока - эффект Вальсальвы.

Резкое изменение положения тела в пространстве может вызвать постуральный рефлекс у человека - появление головокружения, шума в ушах, сердцебиения, иногда потерю сознания.

Психологический комфорт пациента

Медицинская сестра всегда должна помнить главный принцип биоэтики, сформулированный еще во времена Гиппократы, - «не навреди». Госпитальная среда и сама болезнь - стрессорные факторы, ведущие к напряжению всех функциональных систем организма. Под влиянием болезни гармония личности страдает.

Медсестра должна воспринимать каждого человека как личность независимо от тяжести состояния и социального статуса.

«Недуг не существует сам по себе, существует лишь больной человек»

Рекомендации сестре в общении с пациентом:

- Поддерживать и поощрять стремление к выздоровлению в сложившейся ситуации.
- Быть терпеливой и корректной при выполнении интимных процедур.
- Принимать во внимание уровень личностной зрелости.
- Разговаривать на понятном ему языке.
- Соблюдать принцип информированного согласия: объяснять значимость лечебной процедуры, нацелить на позитивные результаты.
- Помочь пациенту стать деятельным участником лечебного процесса.

Болезнь меняет человека: отношение к самому себе, близким, родственникам, окружающему миру, обществу. Психологические страдания тяжелобольного человека зачастую притупляют физические.

ВЫВОДЫ

Пациенты и медицинский персонал подвергаются факторам риска не только в обыденной жизни, но и в условиях больничной среды.

Организация работы любого лечебного учреждения направлена на то, чтобы обеспечить безопасную больничную среду как для пациентов, так и для своего персонала.

Такая среда создается посредством определенных мероприятий: обеспечения режима инфекционной безопасности, обеспечения личной гигиены пациента и персонала, обеспечения лечебно-охранительного режима.

Лечебно-охранительный режим включает в себя следующие элементы:

- строгое соблюдение правил внутрибольничного распорядка и выполнения манипуляций;
- обеспечение режима рациональной двигательной активности;
- обеспечение режима эмоциональной безопасности для пациента.

Ведущая роль в создании безопасной больничной среды принадлежит персоналу со средним медицинским образованием.

Санитарно-противоэпидемический режим (СПЭР) - это

комплекс мероприятий, направленный на предупреждение внутрибольничных инфекций. Он соблюдается во всех отделениях и вспомогательных помещениях (прачечная, кухня и т.п.); обязанности по контролю за санитарно-

противоэпидемическим режимом возлагается на сестринский состав отделения. Регулярный контроль за соблюдением режима осуществляется санэпиднадзором, основной метод оценки - бактериологические посевы; их результаты позволяют объективно оценивать степень микробного обсеменения помещений, воздуха, предметов ухода, белья, инструментов.

Разработка санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима возложена на эпидгруппу ЛПУ, а контроль за его соблюдением осуществляет главная медицинская сестра. Функция среднего медицинского персонала – обеспечение качественной уборки, очистки, дезинфекции и стерилизации, а также других слагаемых санитарно-противоэпидемического режима в ЛПУ.

Основными элементами санитарно-противоэпидемического режима являются:

- ***деконтаминация***- общий термин, под которым понимается процесс обработки для удаления возбудителей инфекционных заболеваний, в результате чего использование обрабатываемого предмета становится безопасным;
- ***очистка*** - процесс удаления видимых загрязнений (пыли, грязи, органических и других инородных материалов), обычно осуществляется водой с мылом, детергентами или ферментными продуктами; очистка должна всегда предшествовать дезинфекции и стерилизации;
- ***дезинфекция*** – процесс уничтожения большинства патогенных микроорганизмов, за исключением бактериальных спор; этот термин применяется исключительно в тех случаях, когда речь идёт о неодушевлённых предметах, для биологических тканей употребляется термин «антисептика»;
- ***стерилизация*** – процесс уничтожения всех форм микробной жизни, включая бактерии, вирусы, споры и грибы.

В различных подразделениях и помещениях ЛПУ объём санитарно-противоэпидемических мероприятий неодинаков. В связи с этим выделяют так называемые **зоны чистоты**.

1-я зона - *нечистая* - включает амбулаторные помещения для обследования пациентов, места регистрации, комнаты ожидания и т.п. Люди могут находиться в этой зоне в верхней одежде и уличной обуви.

2-я зона - *нормальная* - обычные палаты, диагностические отделения, физиотерапевтические отделения (кабинеты) и т.д. Больным не разрешается входить в эту зону в верхней одежде и уличной обуви.

3-я зона - *чистая* - отделена от других зон тамбуром (шлюзом), в неё входят: операционное, родильное, инфекционное, реанимационное отделения, отделение новорожденных.

4-я зона - *с низким содержанием микроорганизмов*: процедурная, родовая, операционная, стерильные палаты.

Способы достижения санитарно-противоэпидемического режима

Способами достижения СПЭР являются:

- 1) влажная уборка помещений;
- 2) температурный режим;
- 3) вентиляция;
- 4) личная гигиена больного;
- 5) личная гигиена персонала;
- 6) использование спец.одежды;
- 7) контроль за посещениями больного и переданными продуктами;
- 8) соблюдение правил асептики и антисептики.

Рассмотрим подробнее наиболее значимые способы достижения СПЭР.

Гигиена персонала

Трудно переоценить важность личной гигиены медицинского персонала. К правилам личной гигиены относятся: ежедневный душ или ванна, при этом особое внимание обращается на волосы и ногти; тщательная стирка халатов и другой личной одежды; защита рта и носа (по возможности одноразовыми салфетками) и поворот

головы в сторону от находящихся рядом людей при кашле и чихании, тщательное мытьё рук после пользования туалетом.

Мытьё рук – важнейшая процедура, позволяющая предупредить ВБИ. выделяют три уровня деконтаминации рук: социальный, гигиенический, хирургический.

Социальный уровень – мытьё не сильно загрязнённых рук водой и мылом позволяет удалить с кожи большинство транзиторных микроорганизмов. Социальная обработка рук проводится перед приёмом пищи, после посещения туалета, перед и после ухода за пациентом, при загрязнении рук.

Гигиенический уровень – мытьё с использованием антисептических средств; это более эффективный метод удаления и уничтожения микроорганизмов. гигиеническая обработка рук проводится перед выполнением инвазивных процедур, перед уходом за пациентом с ослабленным иммунитетом, перед и после ухода за раной и мочевым катетером, перед надеванием и после снятия перчаток, после контакта с биологическими жидкостями организма или после возможного микробного загрязнения.

Хирургический уровень – производится перед хирургическими вмешательствами и предполагает их специальную обработку.

Медицинские сёстры должны понимать, что использование перчаток не устраняет необходимости мытья рук. Оно очень важно и при работе в перчатках, так как бактерии быстро размножаются в тёплой, влажной среде внутри перчатки; кроме того во время использования не исключены повреждения перчатки, через которые проникнет жидкость, содержащая микроорганизмы.

Перчатки следует надевать при малейшей возможности контакта с кровью, жидкими выделениями организма, слизистыми оболочками или повреждённой кожей любого пациента, а также при соприкосновении с поверхностями, загрязнёнными кровью или другим биологическим материалом. Использование перчаток необходимо и в тех случаях, когда на руках медицинского работника имеются порезы, повреждения кожи или любые открытые раны.

Использованные перчатки должны быть утилизированы соответственно требованиям.

Маски необходимы, чтобы избежать воздушного или капельного переноса микроорганизмов, а также в тех случаях, когда есть вероятность попадания жидкостей организма в нос или рот. Они особенно важны, если персонал работает напрямую над большой раневой поверхностью, такой, как открытые хирургические раны или ожоги, или же при процедурах с инфицированными пациентами, от которых инфекция легко может передаться воздушно-капельным путём.

Для глаз и лица необходимы защитные барьеры, чтобы предохранить глаза от брызг крови или других биологических жидкостей.

За исключением операционных и изоляторов, где стерильные халаты надевают для защиты пациента, основная цель халатов и фартуков – исключить попадание распространителей инфекции на одежду и кожу персонала. Фартуки необходимы только при вероятности того, что влажные выделения организма попадут на одежду или кожу

Ни в коем случае нельзя допускать, чтобы персонал уносил стирать халаты домой.

Гигиена пациента – является важной частью инфекционного контроля. Пациентов нужно мыть, тщательно обрабатывать полость рта, чистить зубы. Следует регулярно внимательно исследовать слизистые оболочки и кожные покровы на наличие инфекции и при необходимости сразу же проводить лечение.

Отделения и палаты должны быть снабжены необходимым для тщательного соблюдения гигиены оборудованием – умывальниками, специальными контейнерами для грязного белья, приспособлениями для удаления мусора. Посещения ограничиваются. В отношении посуды и столовых принадлежностей не требуется особых мер предосторожности, за исключением тех случаев, когда они заметно загрязнены кровью.

Важно, чтобы пациенты поняли основные принципы санитарно-противоэпидемического режима: правильное использование и утилизация таких предметов, как испачканные бинты и салфетки; аккуратное пользование туалетом, мытьё рук, особо тщательный уход за теми местами на теле, которые имеют высокий уровень микробного загрязнения, ознакомление с возможными путями передачи

инфекции; немедленное сообщение медицинскому персоналу о возникновении боли, покраснения, о появлении или изменении характера выделений из раны; использование эффективных приёмов послеоперативного дыхания и откашливания для снижения лёгочных осложнений; осознание важности прохождения полного курса антибактериальной терапии даже после выписки из больницы.

Контроль за состоянием здоровья медицинского персонала

Для осуществления слежения за состоянием здоровья медицинского персонала лечебных учреждений проводится:

- регулярная качественная диспансеризация медицинского персонала различными специалистами в соответствии с действующими приказами МЗ РФ;
- плановое и по эпидпоказаниям бактериологическое обследование медицинского персонала согласно действующим приказам;
- своевременное выявление инфекционных заболеваний среди медицинского персонала, включая гнойно-воспалительные;
- ежедневный контроль за состоянием здоровья медицинских работников в лечебных учреждениях (акушерские стационары, хирургические отделения).

Указанные мероприятия обеспечивают оперативное слежение за состоянием здоровья и позволяют своевременно принять меры по изоляции, лечению и санации медицинского персонала.

ИСМП (внутрибольничная инфекция, ВБИ) - любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью, независимо от появления симптомов заболевания у

пациента - во время пребывания в стационаре или после его выписки, - а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Общим критерием для отнесения случаев инфекции к ИСМП является непосредственная связь их возникновения с оказанием медицинской помощи (лечением, диагностическими исследованиями, иммунизацией и т.д.)

Термин «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи» (Healthcare –associated infection (HAI), являясь более точным, в настоящее время используется как в научной литературе, так в публикациях ВОЗ и нормативных документах большинства стран мира.

Термин «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи», имеет собирательный характер, так как это понятие объединяет различные нозологические формы. Синонимами термина «ИСМП» являются «ятрогенные» или «нозокомиальные» инфекции.

Эпидемиология ИСМП, особенности госпитальных штаммов микроорганизмов

Известно более 300 возбудителей, которые могут обусловить возникновение инфекционного процесса у пациентов стационаров или заболевание медицинских работников при выполнении ими профессиональных обязанностей.

Возбудители ИСМП:

- бактерии
- вирусы
- грибы
- простейшие
- многоклеточные паразиты.

Применительно к микроорганизмам – возбудителям ИСМП – часто относят термин «госпитальный штамм». При этом имеют в виду культуры микроорганизмов, вызвавшие в медицинской организации эпидемический процесс, а также отличающиеся рядом характерных признаков:

- высокая вирулентность,
- резистентность к антибиотикам,
- резистентность к дезинфектантам,
- устойчивость к ультрафиолетовому облучению,
- множественная лекарственная резистентность.

Значительное место в этиологии ИСМП занимают как патогенные, так и условно-патогенные микроорганизмы (например, стафилококки, стрептококки, протей, кишечная палочка, синегнойная палочка, клебсиеллы, энтерококки, цитробактер, энтеробактер, псевдомонады, ацинетобактер, и др).

**Для возникновения ИСМП необходимы 3 звена
эпидемического процесса:**

1. Источник инфекции.
2. Механизм, пути и факторы передачи.
3. Восприимчивый организм (коллектив).

1. Источниками инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и имеющими наиболее важное эпидемиологическое значение, являются:

- больные (пациенты) острой, стертой или хронической формы инфекционных заболеваний, включая раневую инфекцию, а также носители различных видов патогенных и условно-патогенных микроорганизмов;
- посетители, родственники, ухаживающие за больными (матери госпитализированных детей, родственники послеоперационных больных, тяжелобольных, и т.д.);
- медицинский персонал (врачи, медицинские сестры, санитарки).

Наибольшую опасность в качестве источников инфекции представляет медицинский персонал из числа хронических носителей и больных стертыми формами, а также длительно находящиеся в стационаре больные, которые часто являются носителями внутрибольничных штаммов.

2. Механизмы передачи ИСМП (внутрибольничных инфекций) включают в себя множественные и разнообразные пути и факторы, соответственно различиям возбудителей, профилю ЛПУ, объему лечебно-диагностических процедур и манипуляций, контингенту находящихся здесь больных.

Механизмы передачи ИСМП можно разделить на 2 группы:

I Артифициальный (от лат. *artifitiale* - искусственный) механизм передачи ИСМП реализуется:

- 1) при **инвазивных** лечебных и диагностических медицинских процедурах и манипуляциях (взятие крови, инъекции, венесекция и катетеризация сосудов, биопсия и трансплантация тканей, органов, костного мозга, трансфузиях крови и ее компонентов); оперативных вмешательствах;
- 2) при **неинвазивных** медицинских процедурах и манипуляциях (ингаляционные процедуры).

Руки медицинского персонала, контаминированные различными возбудителями, являются важным фактором передачи кишечных, "кровяных" инфекций, инфекций наружных покровов при большинстве

механизмов передачи не только среди пациентов, но и среди самих медицинских работников. Руки медицинских работников способствуют интенсификации искусственного механизма передачи. Недостаточно вымытые и должным образом обработанные руки, не защищенные чистыми перчатками, способствуют передаче гнойно-воспалительных ВБИ при осмотре пациентов, пальпации оперированных участков тела, проведении инвазивных диагностических и лечебных процедур.

II. Естественные механизмы и пути передачи ИСМП:

- 1) **Аэрозольный (аэрогенный, воздушно-капельный) механизм передачи**, при котором фактором передачи является универсальная среда
 - воздух, содержащий мельчайшие капли слизи дыхательных путей и частицы высохшего аэрозоля.

Пути передачи:

 - 1) воздушно-капельный;
 - 2) воздушно-пылевой
- 2) **Фекально-оральный механизм передачи**, при котором действует широкий круг факторов передачи (руки, пищевые продукты, вода, предметы бытовой обстановки, обихода).

Пути передачи:

 - 1) водный;
 - 2) пищевой;
 - 3) контактно-бытовой.
- 3) **Трансмиссивный механизм передачи**, при котором фактором передачи служат членистоногие (вши, клещи и др.). **Гемотрансмиссивный механизм передачи ИСМП**, где фактором передачи являются объекты, содержащие частицы крови в результате микротравм, порезов, кровоточащих десен и др.
- 4) **Вертикальный** (при внутриутробном заражении во время беременности).

Артифициальный и естественный механизмы передачи инфекции в ЛПО нередко сочетаются.

3. Восприимчивый организм. Восприимчивость к ИСМП зависит от ряда причин:

- возраст;
- неполноценное питание;
- неблагоприятная окружающая среда;
- нарушение иммунного статуса;
- наличие хронических заболеваний;
- обширность травматических повреждений, высокая степень ожогов и отморожений;
- химио- и лучевая терапия;
- изменение нормальной микрофлоры кишечника (длительный прием антибиотиков, стероидных гормонов);

-низкая гигиеническая культура населения.

Развитие инфекционного процесса (сложного процесса взаимодействия возбудителя макроорганизма при определенных условиях внешней и внутренней среды) зависит от следующих причин:

- ☐ ☐ Восприимчивости человека – способности человека реагировать на внедрение в организм определенного возбудителя инфекции путем развития заболевания или носительства;
- ☐ ☐ Инвазивности возбудителей инфекции – способности микроорганизмов проникать в органы и ткани макроорганизма и распространяться в них;
- ☐ ☐ Дозы возбудителя – количества проникших микроорганизмов;
- ☐ ☐ Патогенности – способности микроорганизма в естественных условиях вызывать инфекционное заболевание;
- ☐ ☐ Вирулентности – степени патогенности данного микроорганизма при стандартных условиях естественного или искусственного заражения.

Классификация ИСМП

По месту возникновения:

1. заболевания, возникающие при оказании медицинской помощи пациентам в условиях стационара;
2. заболевания, возникающие при оказании медицинской помощи пациентам в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
3. инфекции, возникающие у медицинского персонала.

По виду возбудителя:

1. инфекции, вызванные облигатно-патогенными возбудителями (традиционные, классические инфекционные заболевания);
2. инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами (гнойно-септические или гнойно-воспалительные инфекции).

По степени распространенности:

1. локализованные;
2. генерализованные.

Инфекции с контактным путем передачи.

Инфекции могут передаваться как при прямом, так и при опосредованном контакте. Прямая передача осуществляется при непосредственном контакте одного человека с другим (без контаминации промежуточного объекта – фактора передачи). Опосредованное инфицирование осуществляется при участии какого-либо фактора передачи, например, распространение инфекции среди пациентов через контаминированный предмет или руки медицинских работников.

Резервуарами возбудителей ИСМП является:

- руки медицинских работников и пациентов;

- инструментарий;
- оборудование;
- предметы ухода

Человек всю свою жизнь находится в теснейшем контакте с тысячами микроорганизмов. Микроорганизмы, присутствующие у человека, можно условно разделить на резидентную и транзитную флору, приобретаемую в процессе каких-либо манипуляций. Резидентная, «нормальная», флора находится постоянно на коже и слизистых здоровых людей. На коже рук большинства людей наиболее часто обнаруживаются стафилококки (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus hominis*), стрептококки, коринебактерии и грибы. Резидентная флора человека

обеспечивает иммунную защиту организма благодаря микробному антагонизму и конкуренции за питание в экосистеме. Не являясь патогенной, при попадании в стерильные среды организма, на конъюнктиву глаз и поврежденную кожу, она может вызывать воспалительный процесс.

Транзитная флора приобретается при непосредственном контакте с человеком или загрязненной окружающей средой. В бытовых условиях транзитная микрофлора удаляется при рутинной гигиене рук. Однако в медицинских учреждениях на коже пациентов и персонала отмечается персистенция потенциально патогенной микрофлоры.

Это связано со следующими обстоятельствами:

- наличие пациентов, имеющих патогенную флору и/или уязвимых к инфекциям;
- повседневный контакт медицинских работников с различными пациентами, биологическими веществами и жидкостями;
- проведение инвазивных лечебных и диагностических манипуляций;
- рутинное использование антибиотиков и дезинфектантов, влияющих на состав микрофлоры.

Колонизация бактериальной флорой рук персонала чаще всего происходит при контакте с кожей пациентов, особенно при контакте с раневой поверхностью или зоной воспаления.

Примеры острых предметов, использование которых сопряжено с высоким риском травматизации медицинских работников:

- ☐ Иглы
- ☐ Внутривенный катетер
- ☐ Стеклянные колбы
- ☐ Лезвие скальпеля
- ☐ Хирургические сшивающие иглы
- ☐ Острые части электрохирургических аппаратов

Факторы риска возникновения ИСМП

Возникновению и развитию внутрибольничных инфекций в медицинских организациях (далее - МО) способствуют следующие **факторы риска:**

- Недооценка эпидемической опасности источников ИСМП и риска заражения при контакте с больными (например, гнойно-септической инфекцией);
- Недооценка предвестников и предпосылок эпидемического неблагополучия;
- Несвоевременная изоляция вновь выявленных инфекционных больных;
- Наличие больных и носителей патогенной микрофлоры (внутрибольничных штаммов) среди пациентов и медицинского персонала;
- Нарушение персоналом правил асептики и антисептики, личной гигиены;
- Нарушение правил проведения текущих уборок, заключительных дезинфекций;
- Нарушение режимов обработки помещений, мебели, белья, оборудования;
- Нарушение режимов дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения, аппаратов, приборов;
- Создание новых видов медицинского (терапевтического и диагностического) оборудования;
- Применение новейших медикаментозных препаратов с иммунодепрессивными свойствами;
- Искусственное подавление иммунитета при трансплантации органов и тканей;
- Недостаточное оснащение МО дезинфицирующими средствами;
- Устаревшее оборудование;
- Неудовлетворительное состояние пищеблоков, водоснабжения;
- Отсутствие систем фильтрационной вентиляции.

Обеспечение инфекционной безопасности в медицинских организациях при коронавирусной инфекции COVID-19

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Природным резервуаром вируса SARS-CoV-2 являются летучие мыши. Дополнительным резервуаром могут служить млекопитающие, поедающие летучих мышей, с дальнейшим распространением среди людей. Филогенетические исследования выделенных штаммов показали, что геномные последовательности вирусов, найденных в летучих мышах, на 99 процентов идентичны тем, что выделены у пациентов с COVID-19.

В настоящее время основным источником инфекции является инфицированный человек, в том числе находящийся в конце инкубационного, продромального периоде (начало выделения вируса из клеток-мишеней) и во время клинических проявлений.

Механизм передачи – аспирационный. Пути передачи: воздушно-капельный (выделение вируса при кашле, чихании, разговоре) при контакте на близком расстоянии.

Контактно-бытовой путь реализуется через факторы передачи: воду, пищевые продукты и предметы (дверные ручки, экраны смартфонов), контаминированные возбудителем. Риск переноса вируса с рук на слизистые оболочки глаз, носовой и ротовой полости и заболевания доказан. Возможна реализация фекально-орального механизма (в образцах фекалий от пациентов, заражённых SARS-CoV-2, был обнаружен возбудитель).

Установлен факт реализации искусственного механизма передачи SARS-CoV-2. В КНР зарегистрировано более 1700 подтвержденных случаев заболевания медицинских работников, оказывавших помощь больным COVID-19.

Восприимчивость и иммунитет: восприимчивость к возбудителю высокая у всех групп населения. К группам риска тяжёлого течения заболевания и риска летального исхода относятся люди старше 60 лет, пациенты с хроническими болезнями (болезнями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, онкологическими заболеваниями). Летальность варьирует от 2 до 4%.

Вирус SARS-CoV-2 характеризуется низкой устойчивостью в окружающей среде. Погибает под воздействием УФО, дезинфекционных средств, при нагревании до 40 °C в течение 1 часа, до 56 °C за 30 мин. На поверхности предметов при 18-25 °C сохраняет жизнеспособность от 2 до 48 час.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период при COVID-19: от 2 до 14 сут., в среднем 5 суток. Для сравнения, инкубационный период для сезонного гриппа составляет около 2 дней.

Среди первых симптомов COVID-19 зарегистрировано повышение температуры

тела в 90% случаев; кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80% случаев; ощущение сдавленности в грудной клетке в 20 % случаев; одышка в 55 % случаях; миалгии и утомляемость (44%); продукция мокроты (28%); а также головные боли (8%), кровохарканье (5%), диарея (3%), тошнота. Данные симптомы в дебюте инфекции могут наблюдаться и при отсутствии повышения температуры тела [3].

Клинические варианты и проявления COVID-19:

- Острая респираторная вирусная инфекция легкого течения.
- Пневмония без дыхательной недостаточности.
- Пневмония с ОДН.
- ОРДС.
- Сепсис.
- Септический (инфекционно-токсический) шок.
- Гипоксемия (снижение SpO2 менее 88%) развивается более чем у 30%

пациентов.

Различают легкие, средние и тяжелые формы COVID-19.

У большинства пациентов с тяжелым течением COVID-19 на первой неделе заболевания развивается пневмония. В легких с обеих сторон выслушиваются влажные крепитирующие, мелкопузырчатые хрипы. При перкуссии определяется притупление легочного звука. На высоте вдоха хрипы становятся более интенсивными, после кашля они не исчезают, не меняются в зависимости от положения тела больного (сидя, стоя, лежа). При рентгенографии отмечается инфильтрация в периферических отделах легочных полей. При прогрессировании процесса инфильтрация нарастает, зоны поражения увеличиваются, присоединяется ОРДС.

Сепсис и инфекционно-токсический шок наблюдаются при прогрессировании инфекции.

ПРОФИЛАКТИКА

Специфическая профилактика (вакцина) против COVID-19 в настоящее время не разработана.

Неспецифическая профилактика коронавирусной инфекции

Мероприятия по предупреждению завоза и распространения COVID-19 на территории РФ регламентированы Распоряжениями Правительства РФ от 30.01.2020 №140-р, от 31.01.2020 №154-р, от 03.02.2020 №194-р, от 18.02.2020 №338-ри Постановлениями Главного государственного санитарного врача РФ от 24.01.2020 №2, от 31.01.2020 №3 и др.

Неспецифическая профилактика представляет собой мероприятия, направленные на предотвращение распространения инфекции, и проводится в отношении источника инфекции (больной человек), механизма передачи возбудителя инфекции, а также потенциально восприимчивого контингента (защита лиц, находящихся и/или находившихся в контакте с больным человеком).

Мероприятия в отношении источника инфекции: изоляция больных в боксированные помещения/палаты инфекционного стационара; уход и лечение;

выписка после двукратного отрицательного результата обследования на коронавирус SARS-CoV-2.

Мероприятия, направленные на механизм передачи возбудителя инфекции:

- соблюдение правил личной гигиены (мыть рук с мылом, использовать одноразовые салфетки при чихании и кашле, прикасаться к лицу только чистыми салфетками или вымытыми руками);
 - использование одноразовых медицинских масок, которые должны сменяться каждые 2 часа;
 - использование защитной одежды для медработников;
 - проведение дезинфекционных мероприятий;
 - утилизация медицинских отходов класса В;
 - эвакуация больных специальным транспортом.
- Мероприятия, направленные на восприимчивый контингент:

Элиминационная терапия, представляющая собой орошение слизистой оболочки полости носа изотоническим раствором хлорида натрия, обеспечивает снижение числа как вирусных, так бактериальных возбудителей инфекционных заболеваний.

Использование лекарственных средств для местного применения, обладающих барьерными функциями.

Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых возможно интраназальное введение рекомбинантного интерферона альфа (разрешено беременным).

Среди иммуномодулирующих препаратов, оказывающих противовирусное действие, следует выделить «Кагоцел», «Анаферон» и рекомбинантный интерферон-гамма человека, а также «Эргоферон». «Кагоцел»,

«Эргоферон» и «Анаферон» МНН не имеют. Противовирусное действие Эргоферона и Анаферона на коронавирусы, вызывающие ОРВИ, имеет доказательную базу [6].

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЗАНОСА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19

Основой противодействия угрозам заноса и распространения опасных инфекций является высокая степень готовности органов и учреждений здравоохранения, Роспотребнадзора, других министерств и ведомств к выявлению больных, лабораторной диагностике и лечению, а также к межведомственному взаимодействию в организации и проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий в ЧС биологического характера. Поскольку коронавирусная инфекция включена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, то пациенты, у которых выявили вероятность инфекции, вызванной SARS-COV-2, обязаны исполнять предписания, устанавливающие ограничительные мероприятия. Необходимость соблюдения предписаний регламентирована также в статье 33 ФЗ №52 от 30.03.1999 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [2].

При подозрении на COVID-19 проводится эвакуация (госпитализация) больного в инфекционный стационар специально выделенным медицинским автотранспортом.

В случае обращения больных в медицинские организации эти организации должны быть готовы к проведению мероприятий по санитарной охране территории.

Под готовностью медицинской организации к работе в условиях выявления больного COVID-19 (далее Больного), подразумевается способность к оперативному проведению первичных противоэпидемических мероприятий.

Практическая готовность медицинской организации обеспечивается наличием: перечня инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории (коронавирус SARS-CoV-2 входит в этот перечень); нормативных правовых актов по профилактике Болезней;

порядка информации и схемы оповещения по подчиненности, а также схем сбора клинико-эпидемиологических данных, расстановки санитарных постов и опроса контактных;

оперативного плана по организации первичных противоэпидемических мероприятий;

функциональных обязанностей руководителя медицинской организации (заместителя), заведующего отделением, врача-ординатора,

главной медсестры, старшей медсестры отделения и других работников отделения (сестра-хозяйка, буфетчица и др.);

месячного запаса дезинфицирующих средств, разрешенных к применению на территории РФ;

устройств (оборудования) для распыления дезинфицирующих средств и порядка их эксплуатации и применения.

неснижаемого запаса солевых растворов;

укладки для забора биологического материала от Больного и доставки в лаборатории; правил забора биологического материала;

укладки со средствами личной экстренной профилактики медицинских работников;

достаточного количества средств индивидуальной защиты, маркированных емкостей для сбора и обеззараживания выделений от больного, для медицинских отходов и для приготовления дезинфицирующих растворов для проведения текущей дезинфекции;

неснижаемого запаса средств индивидуальной защиты персонала (противочумные костюмы или другие регламентированные средства индивидуальной защиты).

Алгоритм работы сотрудников бригады скорой медицинской помощи и медицины катастроф при эвакуации больного в стационар:

- врач (фельдшер) уточняет у больного данные эпидемиологического анамнеза, круг контактных лиц (с указанием даты, степени и длительности контакта); передает информацию согласно утвержденной схеме оповещения;

- эвакуация больного осуществляется в боксированное инфекционное отделение с соблюдением мер инфекционной безопасности (защитная одежда, респираторы типа NIOSH-certified N95, EU FFP2 или

- аналогичные, перчатки, очки) с использованием (или без использования) транспортировочного изолирующего бокса (ТИБ) в установленном порядке;
- проводится заключительная дезинфекция ТИБ, автомобиля скорой медицинской помощи, предметов ухода за пациентом (силами инфекционной больницы на ее территории в установленном порядке);
- санитарная обработка сотрудников бригады осуществляется в специальном выделенном помещении инфекционной больницы;
- контроль состояния здоровья медицинских работников включает ежедневные осмотры с проведением термометрии 2 раза в день в течение 14 дней после последнего контакта с больным [3, 5].

Для проведения дезинфекции используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению, обеспечивающие эффективное обеззараживание в отношении вирусных инфекций.

Медицинский персонал не должен прикасаться к глазам, носу, рту, руками, в том числе в перчатках. Должна проводиться гигиеническая обработка рук с применением кожных спиртовых антисептиков до контакта с пациентом, перед проведением любой процедуры, после контакта с биоматериалами пациента и предметами в его окружении.

При попадании биологического материала, содержащего возбудитель SARS-CoV-2 на слизистые оболочки или кожные покровы:

- руки обрабатывают спиртосодержащим кожным антисептиком или спиртом, если лицо не было защищено, то его протирают тампоном, смоченным 70%-м этиловым спиртом;
- слизистые оболочки рта и горла прополаскивают 70%-м этиловым спиртом, в глаза и нос закапывают 2%-й раствор борной кислоты

ДЕЗИНФЕКЦИЯ

Мероприятия по дезинфекции проводятся с учетом письма Роспотребнадзора от 23.01.2020 № 02/770-2020-32 «Об инструкции по проведению дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусами».

Спектр антимикробной активности дезинфицирующих средств зависит от химического состава, концентрации, режима применения и естественной (или сформировавшейся) устойчивости микроорганизмов. Сравнительная устойчивость микроорганизмов к химическим дезинфицирующим средствам.

Классы и ранги устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам		Группы и виды микроорганизмов
1 класс Высокая устойчивость	Ранг А	Прионы
	Ранг Б	Споры бактерий

2 класс Средняя устойчивость	Ранг В	Микобактерии туберкулёза Грибы-дерматофиты Грибы рода <i>Aspergillus</i>
	Ранг Г	Полиовирусы Вирусы Коксаки, ЕСНО Энтеровирусы 68-71 типов Риновирусы Норовирусы Вирус гепатита А Грибы рода <i>Candida</i>
	Ранг Д	Ротавирусы Реовирусы
	Ранг Е	Аденовирусы
3 класс Низкая устойчивость	Ранг З	Вегетативные формы бактерий, в том числе возбудители холеры, чумы, туляремии
	Ранг И	Вирусы парентеральных гепатитов В, С, D; ВИЧ Вирусы герпеса Цитомегаловирус Вирусы гриппа Вирусы парагриппа Коронанавирусы Вирусы геморрагических лихорадок, в том числе вирусы Эбола, Марбург и др.

"САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ"

Профилактика ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция представляет собой болезнь, вызванную вирусом иммунодефицита человека и являющуюся антропонозным инфекционным хроническим заболеванием, характеризующимся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований.

Диагноз ВИЧ-инфекции устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

СПИД представляет собой состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции и характеризующееся появлением одного или нескольких заболеваний, отнесенных к СПИД-индикаторным.

. Возбудитель ВИЧ-инфекции - вирус иммунодефицита человека - относится к роду лентивирусов, подсемейства орторетровирусов, семейства ретровирусов. Существует два типа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Вирус иммунодефицита человека относится к семейству РНК-содержащих ретровирусов. ВИЧ генетически неоднороден, описаны ВИЧ-1, ВИЧ-2.

Вирус— это сферическая частица диаметром около 100 нм. состоящая из сердцевины и оболочки. Ядро состоит из 3 ферментов, белков р18,р24. Вокруг ядра находится матриксный слой, у него белок р.17.

Вокруг матриксного слоя находится липидная оболочка - белки gr 120, gr 41., обуславливает взаимодействие вируса с клетками организма, имеющими рецептор CD4. Рецептор CD4 несут клетки, циркулирующие в крови, лимфе, тканевой жидкости, относящиеся к неспецифическим элементам нервной ткани. Самая высокая концентрация рецепторов у клеток: Т-хелперов (главная клетка- мишень для ВИЧ-инфекции), макрофагов(40-50%), моноциты, в наименьшем количестве - в эозинофилах, мегакариоцитов, астроцитов, эндотелии кровеносных сосудов головного мозга. ВИЧ является не только иммунотропным но и нейротропным вирусом.

В норме клеток Т-хелперов 600-800 в 1 мкл. Снижение уровня Т-хелперов ведет к иммунодефициту. Восприимчивость к ВИЧ-инфекции у человека -100%

Вирус нестойк во внешней среде, инактивируется при темп.56 гр. в течении 30 минут, при температуре 23-27 гр. -15 дней, при комнатной температуре до 1 месяца ,при кипячении через 1 минуту, погибает под действием химических агентов, устойчив к действию радиации, УФО и замораживанию при темп.-70гр.В крови

сохраняется годами. В замороженной сыворотке до 10 лет, в засохшей крови до 3-х недель.

Источником ВИЧ-инфекции являются люди, инфицированные ВИЧ, на любой стадии заболевания, в том числе в инкубационном периоде.

ВИЧ-инфекция может передаваться при реализации как естественного, так и искусственного механизма передачи.

К естественному механизму передачи ВИЧ относятся:

- контактный, который реализуется преимущественно при половых контактах и при контакте слизистой или раневой поверхности с кровью;
- вертикальный (инфицирование ребенка от ВИЧ-инфицированной матери: во время беременности, в родах и при грудном вскармливании).

К искусственному механизму передачи относятся:

- искусственный при немедицинских инвазивных процедурах, в том числе внутривенном введении наркотиков (использование шприцев, игл, другого инъекционного оборудования и материалов), нанесении татуировок, при проведении косметических, маникюрных и педикюрных процедур нестерильным инструментарием, других контактах с нарушением целостности кожных покровов;
- искусственный при инвазивных вмешательствах в медицинской организации (далее - МО). Инфицирование ВИЧ может осуществляться при переливании крови, ее компонентов и препаратов, пересадке органов и тканей, использовании донорской спермы, донорского грудного молока от ВИЧ-инфицированного донора, а также через медицинский инструментарий для парентеральных вмешательств, медицинские изделия, растворы, контаминированные ВИЧ и не подвергшиеся обработке в соответствии с требованиями нормативных документов.

Основными факторами передачи возбудителя являются биологические жидкости человека (кровь, компоненты крови, сперма, вагинальное отделяемое, грудное молоко).

Основными уязвимыми ВИЧ-инфекцией группами населения являются: потребители инъекционных наркотиков, лица, занимающиеся проституцией, лица, практикующие гомосексуальные половые контакты. Группу повышенного риска заражения ВИЧ представляют клиенты лиц, занимающихся проституцией, половые партнеры потребителей инъекционных наркотиков, лица, заключенные под стражу, беспризорные дети, лица, имеющие несколько половых партнеров, работники, деятельность которых связана с передвижением по территории Российской Федерации, а также люди, злоупотребляющие алкоголем и неинъекционными

наркотиками.

Инфицирование ВИЧ является пожизненным, зараженный ВИЧ человек является потенциальным источником ВИЧ на всех стадиях заболевания, однако разные клинические периоды заболевания имеют разное эпидемиологическое значение: изменяются контагиозность больного и его активность в качестве источника ВИЧ, вероятность возникновения и распространения сопутствующих инфекций.

Инкубационный период при ВИЧ-инфекции является периодом от момента заражения до ответа организма на внедрение вируса (появление клинической симптоматики или выработки антител). Он обычно составляет не более 3 месяцев, однако при наличии иммунодефицитных состояний у пациента может увеличиваться до 12 месяцев. В данном периоде у инфицированного антитела к ВИЧ не обнаруживаются. Инкубационный период ВИЧ-инфекции является периодом наибольшей контагиозности зараженного ВИЧ человека, обусловленной первичной диссеминацией и размножением ВИЧ в организме. Особое эпидемиологическое значение для этого периода заболевания имеет ранняя диагностика, основанная на выявлении маркеров ВИЧ-инфекции: генов, антигенов ВИЧ и несколько позднее - антител к ВИЧ. Инфицированный ВИЧ человек может быть источником ВИЧ-инфекции уже на первой неделе заражения, наивысшая концентрация ВИЧ ("вирусная нагрузка") в крови наблюдается в конце инкубационного периода, перед началом выраженного иммунного ответа организма на внедрение вируса.

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции:

Различают 5 стадий:

1.стадия инкубации

2.стадия первичных проявлений

а) бессимптомная

б) острая ВИЧ-инфекция без первичных заболеваний

в) острая ВИЧ-инфекция с первичными заболеваниями

3.субклиническая

4.стадия вторичных заболеваний

3 подстадии а,б,в

5.летальная

1 стадия: в инкубационном периоде происходит активное размножение вируса и длится от 2- 3 недель, может затягиваться до 1 года. Клинических проявлений нет.

2стадия острая стадия или стадия первичных проявлений.

Размножение вируса продолжается и начинается выработка антител, длится до 1 года.

2 «А» стадия

бессимптомная, клиники нет, лабораторно ИФА +, иммуноблотинг сомнительный, длительность 1-3 месяца до нескольких лет, чаще 1,5-2 года.

2 «Б» стадия острая ВИЧ-инфекция без вторичных проявлений

проявляется в виде слабости, лихорадки, болью в мышцах и суставах, катаральные явления в.д.п., тонзиллитом, эритематозно-папулезная сыпь на коже. В сыворотке крови ИФА +, иммуноблот положительный.

2 «В» стадия острая ВИЧ-инфекция с вторичными проявлениями

На фоне клеток с СД 4 регистрируются заболевания : ангина, пневмонии, кандидоз, герпес, они слабо выражены, хорошо поддаются лечению. В сыворотке крови ИФА +, иммуноблотинг положительный.

3 стадия латентная длится от 2-3 месяцев до 20 лет и более.

Характеризует медленное прогрессирование иммунодефицита, в виде персистирующей генерализованной лимфаденопатии , определение этого синдрома: увеличенные лимфоузлы не менее 1 см в диаметре в 2-х или более несоприкасающихся внепаховых локусах, сохраняющие свой вид в течение 3-х месяцев, также отмечается увеличение печени, селезенки, астенический синдром, длительность инфекционного процесса составляет в среднем от 6 мес. до 5 лет. В сыворотке крови ИФА +, иммуноблотинг положительный.

4 стадия вторичных заболеваний

развитие иммунодефицита за счет гибели клеток СД4 и присоединение вторичных заболеваний(бактериальных, вирусных, грибковых протозойных и опухолевых процессов)и формирование СПИД-ассоциированного комплекса (САК). Этот диагноз ставится при наличии более 2-х симптомов, сохраняющихся в течение трех или более месяцев. Симптомы :

лихорадка более 38гр.,

потеря более 10%,

лимфоузлы –ПГЛ

диарея: более 1 месяца

быстрая утомляемость

ночной пот.

4 «А» стадия

развивается через 6-10 лет от момента заражения , потеря веса, менее 10%, неустойчивый стул, подъем температуры до субфебрильных цифр, ночная потливость, снижение умственной и физической работоспособности, присоединение бактериальных поражения кожи и слизистых (стафилококковые и стрептококковые фолликулиты, импетиго, гингивит), вирусных заболеваний (простой герпес, остроконечные кандилома, контагиозные моллюск, вульгарные бородавки), грибковые заболевания дерматомироз стоп, кистей, голеней, онихомикоз и воспалительные заболевания в.д.п. В сыворотке крови ИФА +, -, иммуноблотинг +,-.

Оральный кандидоз, опоясывающий лишай, волочсистая лейкоплакия , лихорадка, недомогание, диарея и потеря веса относятся к признаками неблагоприятного прогноза.

4 «Б»

Развивается через 7-10 лет от момента заражения . потери веса более 10%, диарея более 1мес., лихорадки перемежающего и постоянного типа неясного генеза. Отмечаются более выраженные и глубокие изменения на коже и слизистых (кандидоз полости рта- грибковые. , вирусного (оральная «волосатая» лейкоплакия,

опоясывающий лишай), бактериального (вегетирующая, шанкриоформная формы пиодермитов, фурункул, абсцесс), сосудистого (телеангиэктазии, геморрагические высыпания), опухолевого(локализованная форма саркомы Капоши). Могут отмечаться также поражения внутренних органов бактериального, вирусного и грибковые, протозойные, но без диссеминации.

Выявляется снижение Т4 –хелперов до 200-300 мкл. ИФА -, иммуноблотинг-

4 «В» стадия

развивается через 10-12 лет от момента заражения, соответствует стадии развернутого СПИДа. Регистрируются тяжелые угрожающие жизни вторичные заболевания, развитие оппортунистических инфекций и новообразований.

80% больных СПИД страдают от паразитарных оппортунистических инфекций.

Основными среди протозойных инфекций являются пневмония, вызванная пневмоцистис сарини, токсоплазмоз головного мозга, в виде энцефалита, криптоспориديоз, проявляющийся энтероколитом с диареей более 1 месяца, изоспороз. Реже встречаются: микроспоридиоз, лямблиоз, амебиаз.

Грибковые заболевания:

Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов, легких, криптококкоз, в виде менингита, гистоплазмоза, аспергиллез.

Вирусные заболевания:

Простой герпес, ЦМВИ, опоясывающий лишай.

Бактериальные инфекции: микобактериоз с поражением легких, кожи, периферических лимфоузлов, ЖКТ, ЦНС, внелегочной туберкулез.

Индикаторными опухолевыми процессами для СПИДа являются саркома Капоши, лимфома мозга.

ИФА -, иммуноблотинг -.

5 стадия летальная стадия.

В субклинической стадии контагиозность пациента ниже, чем в инкубационном периоде, но инфицированный ВИЧ человек полностью активен и является постоянным потенциальным источником инфекции.

Стадия вторичных заболеваний развивается при значительном снижении иммунитета и характеризуется возникновением у больных ВИЧ-инфекцией вторичных инфекций вирусной, бактериальной, грибковой природы и угрозы их дальнейшего распространения, не только среди ВИЧ-инфицированных лиц, но и среди неинфицированной ВИЧ части населения. Отмечается повышенная частота заболеваемости ВИЧ-инфицированных лиц туберкулезом, вызванным устойчивыми к лечению микобактериями.

Антиретровирусная терапия (АРТ) не позволяет полностью элиминировать ВИЧ из организма больного, но останавливает размножение вируса, предотвращает развитие заболевания, способствует регрессу вторичных заболеваний, сохранению или восстановлению трудоспособности пациента, предотвращает его гибель. АРТ позволяет снизить потенциальную контагиозность ВИЧ-инфицированных лиц. Обеспечение высокого охвата больных АРТ позволяет снизить общий уровень передачи ВИЧ среди населения. Для оценки и прогноза эпидемиологической

ситуации используются показатели: доля ВИЧ-инфицированных лиц, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, находящихся под диспансерным наблюдением, получающих АРТ, и процент получающих АРТ с неопределяемой вирусной нагрузкой (количественные показатели наличия вируса в крови ниже уровня, обеспечивающего возможность передачи ВИЧ).

Выявление, учет и регистрация ВИЧ-инфекции

Основным методом выявления ВИЧ-инфекции является проведение обследования на антитела к ВИЧ и антиген р24. Присутствие специфических маркеров ВИЧ-инфекции (антитела к ВИЧ, антиген р24, РНК или ДНК ВИЧ) является лабораторным доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Отрицательный результат обследования на антитела к ВИЧ не является абсолютным подтверждением отсутствия заболевания. В течение нескольких месяцев после заражения ВИЧ (до 3 месяцев), результат обследования может быть отрицательным. Серонегативным окном является период между заражением и появлением антител к ВИЧ.

Медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится добровольно, за исключением случаев, когда такое освидетельствование является обязательным.

По желанию обследуемого лица добровольное обследование на ВИЧ может быть анонимным.

Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным (дотестовым) и последующим (послетестовым) консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Факт проведения консультирования фиксируется в медицинской документации.

. Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, при личном обращении гражданина или его законного представителя уведомляется специалистом о результатах обследования. Специалист обязан сообщить положительный результат теста и разъяснить необходимость соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, гарантии оказания медицинской помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также предупредить об уголовной ответственности за создание угрозы заражения, либо за заражение другого лица. Обследуемый направляется для установления диагноза ВИЧ-инфекции, оказания медицинской помощи в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или уполномоченную медицинскую организацию с подачей информации в территориальный Центр по профилактике и борьбе со СПИД в письменном виде.

Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции

Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ и вирусных антигенов или выявлении провирусной ДНК ВИЧ и вирусной РНК

ВИЧ.

Стандартным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции служит определение антител и антигена ВИЧ с помощью диагностических тестов, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1,2 и антиген р24. Для подтверждения результатов в отношении ВИЧ применяются подтверждающие тесты (иммунный, линейный блот и определение РНК/ДНК ВИЧ молекулярно-биологическими методами).

При необходимости обследования населения на ВИЧ-инфекцию в медицинских организациях, осуществляющих доврачебную первичную медицинскую помощь (не оснащенных специальным оборудованием), в мобильных пунктах добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ и иных могут использоваться простые/быстрые тесты для обследования на ВИЧ.

Алгоритм действий по профилактике профессионального инфицирования ВИЧ –инфекцией, гемоконтактными гепатитами при аварийной ситуации

1. При возникновении аварийной ситуации на рабочем месте (разрыв перчаток, порезы, проколы режущими и колющими инструментами, попадание биологических жидкостей на слизистые оболочки, кожные покровы и т.д.) сотрудник незамедлительно должен провести комплекс мероприятий по предотвращению заражения.

- в случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70% спиртом, смазать ранку 5% спиртовым раствором йода;

- при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70% спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70% спиртом;

- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость, слизистую оболочку носа и глаз обильно промывают водой (не тереть);

- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для проведения автоклавирования.

Необходимо незамедлительно после контакта обследовать на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С лицо, которое может являться потенциальным источником заражения и контактировавшее с ним лицо. Обследование на ВИЧ потенциального источника ВИЧ-инфекции и контактировавшего лица проводят методом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации с обязательным направлением образца крови для стандартного тестирования на ВИЧ в

диагностических тестах, одновременно выявляющих антитела к ВИЧ 1,2 и антиген р24

2. В течение 1 часа поставить в известность старшую медицинскую сестру, заведующего отделением, врача - эпидемиолога (помощника врача-эпидемиолога).

3. Старшей медицинской сестре зарегистрировать данный случай аварии в журнале учёта аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций (приложение №2), который должен храниться в процедурном кабинете.

Прием антиретровирусных препаратов должен быть начат в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов. согласно схемам профилактики (3-мя и более антиретровирусными препаратами в течение 4 недель).

Лица, подвергшиеся угрозе заражения ВИЧ-инфекцией, находятся под наблюдением врача-инфекциониста в течение одного года с обязательным обследованием на наличие маркера ВИЧ-инфекции

Для надежной защиты медицинских работников от гепатита В проводится 3-кратная иммунизация по схеме 0-1-6, т.е. через 1 и 6 месяцев после первой прививки (вакцины компании «Мерк, Шарп & Доум», либо «Смят Клейн Бичен», либо «Комбиотек»).

В тех случаях, когда произошла травматизация рук и других частей тела с загрязнением кожи и слизистых биологическими жидкостями, мед. работнику, не привитому ранее против гепатита В, проводится иммунизация по эпидимическим показаниям так же 3-кратно в более короткие сроки (по схеме 0-1-2) с ревакцинацией через 12 месяцев. Прививка в этих случаях должна проводиться как можно скорее - не позднее 1-2 суток после травмы. Травмы мед.работников должны учитываться в каждом лечебно-профилактическом учреждении. Пострадавшие должны наблюдаться не менее 6-12 месяцев у врача-инфекциониста. Медицинское наблюдение проводится с обязательным обследованием на маркеры вирусных гепатитов В, С и ВИЧ-инфекции.

Профилактика вирусных гепатитов В и С

Вирусный гепатит В (далее - ГВ) и вирусный гепатит С (далее - ГС) представляют собой инфекционные болезни человека вирусной этиологии с преимущественным поражением печени с возможным исходом в цирроз печени (ЦП) и гепатоцеллюлярную карциному (ГЦК) у лиц с хронической формой инфекции.

Окончательный диагноз острого и хронического ГВ и ГС устанавливается при комплексном учете эпидемиологических, клинических, биохимических, иммунохимических и молекулярно-биологических данных.

Больные ОГВ или ХГВ могут быть инфицированы вирусом гепатита D.

Перенесенный ГВ оставляет стойкий пожизненный иммунитет.

Возбудителем ГВ является ДНК-содержащий вирус, относящийся к семейству *Herpesviridae*, роду *Orthoherpesvirus*. Выделяются 10 генотипов (от А до J) вируса гепатита В (далее - ВГВ), их распределение варьирует по географическим и этническим зонам.

ВГВ характеризуется высокой контагиозностью и устойчивостью к действию факторов окружающей среды. В цельной крови и ее препаратах ВГВ сохраняется годами, при комнатной температуре остается контагиозным на предметах окружающей среды в течение одной недели. ВГВ чувствителен к воздействию растворителей липидов и широкому спектру дезинфицирующих средств, инактивируется при кипячении в течение 30 мин.

Возбудителем гепатита С является РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству *Flaviviridae*, роду *Hepacivirus* и характеризующийся высокой генетической вариабельностью. В настоящее время выделяются 6 генотипов и более 90 субтипов вируса гепатита С (далее - ВГС). Вариабельность генома ВГС обуславливает изменения в строении антигенных детерминант, которые определяют выработку специфических антител, что препятствует элиминации вируса из организма и созданию эффективной вакцины против ГС.

ВГС обладает сравнительно невысокой устойчивостью к воздействию факторов окружающей среды. Полная инаktivация вируса наступает через 30 минут при температуре 60 °С и через 2 минуты при температуре 100 °С. Вирус чувствителен к ультрафиолетовому облучению, воздействию растворителей липидов и широкому спектру дезинфицирующих средств.

Основными источниками ГВ являются больные хроническими формами инфекции, заражение ВГВ от больных в острой стадии имеет место лишь в 4 - 6% случаях.

При ГС основное эпидемиологическое значение имеют не выявленные лица с бессимптомным течением острой или хронической формы инфекции.

Инкубационный период (период от момента заражения до выработки антител или появления клинической симптоматики) при ГВ в среднем составляет от 45 до 180 календарных дней, при ГС - колеблется от 14 до 180 календарных дней, чаще составляя 6 - 8 недель.

Основными факторами передачи ВГВ являются кровь и другие биологические жидкости организма (сперма, вагинальное отделяемое, слюна), основным фактором передачи ВГС является кровь или ее компоненты, в меньшей степени - другие биологические жидкости человека (сперма, вагинальный секрет, слезная жидкость, слюна и другие).

ВГВ и ВГС могут передаваться как естественными, так и искусственными путями.

Ведущее эпидемиологическое значение, в первую очередь при ГС, имеют искусственные пути передачи возбудителя, которые реализуются при проведении немедицинских и медицинских манипуляций, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек, а также манипуляций, связанных с риском их повреждения.

Инфицирование ВГВ и ВГС при немедицинских манипуляциях, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек, происходит с использованием контаминированных ВГВ и ВГС инструментов, в том числе при инъекционном введении наркотических средств, проведении косметических процедур.

Инфицирование ВГВ и ВГС возможно в МО при медицинских манипуляциях: переливании крови или ее компонентов, пересадке органов или тканей и процедуре гемодиализа (высокий риск), через медицинские инструменты для парентеральных вмешательств и другие медицинские изделия, контаминированные ВГВ и ВГС. Инфицирование ВГВ и ВГС возможно также при эндоскопических манипуляциях и других диагностических и лечебных процедурах, в ходе проведения которых существует риск нарушения целостности кожных покровов или слизистых оболочек.

Реализация естественных путей передачи ВГВ и ВГС осуществляется при проникновении возбудителя через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки. Половой путь передачи реализуется при гетеро- и гомосексуальных половых контактах. Риск заражения ГС среди постоянных гетеросексуальных партнеров, один из которых болен ХГС, составляет 1,5% (при отсутствии других факторов риска).

Передача ВГВ и ВГС от инфицированной матери ребенку возможна во время беременности и родов. Наибольший риск перинатального инфицирования ребенка (пре-, интра-, постнатальное) наблюдается в случае заболевания ОГВ во время беременности или при ХГВ, когда в сыворотке (плазме) крови обнаруживается HBeAg.

Инфицирование ВГВ в большинстве случаев происходит при прохождении родовых путей матери (интранатально).

Риск инфицирования новорожденного ВГС в среднем составляет 1 - 5% и значительно возрастает при высоких концентрациях ВГС в сыворотке крови матери, а также при наличии у нее ВИЧ-инфекции. Случаев передачи ВГС от матери ребенку при грудном вскармливании не выявлено.

Возможна передача ВГВ в быту посредством совместного использования контаминированных вирусом различных предметов гигиены, в том числе

бритвенных и маникюрных принадлежностей, зубных щеток, полотенец, ножниц, при этом передача вируса возможна при отсутствии на предметах видимой крови. Инфицирование ВГС в данных случаях происходит крайне редко.

К группам риска по гепатиту В и гепатиту С относятся:

медицинский персонал, контактирующий с кровью (ее компонентами);

потребители инъекционных наркотиков и их половые партнеры;

лица, занимающиеся проституцией, и их половые партнеры;

лица, практикующие гомосексуальные половые контакты;

лица с несколькими половыми партнерами;

лица, отбывающие наказание, связанное с лишением свободы.

В группу риска также входят лица, злоупотребляющие алкоголем или употребляющие наркотические средства неинъекционным путем, которые под воздействием психоактивных веществ чаще реализуют более опасное сексуальное поведение.

Лабораторная диагностика ГВ и ГС проводится иммунохимическим и молекулярно-биологическим методами исследования.

Лица, у которых впервые выявлен HBsAg или ДНК ВГВ, должны быть обследованы на наличие анти-HDV IgG (лабораторный маркер гепатита D).

У лиц с иммунодефицитом (больные онкологическими заболеваниями, пациенты на гемодиализе, пациенты, находящиеся на лечении иммунодепрессантами и другие), а также в раннем периоде ОГС (до 12 недель после заражения) anti-HCV могут отсутствовать. В данных группах пациентов диагностика ГС проводится с помощью одновременного выявления anti-HCV и РНК ВГС.

Лица, у которых выявлены anti-HCV, подлежат обследованию на наличие РНК ВГС или core Ag ВГС (с использованием диагностического набора реагентов, позволяющего выявлять core Ag ВГС в концентрации, эквивалентной 3000 МЕ/мл РНК ВГС и менее).

Диагноз ОГС или ХГС подтверждается только при выявлении в сыворотке (плазме) крови РНК ВГС или core Ag ВГС с учетом данных эпидемиологического анамнеза и результатов клинико-лабораторных исследований (активность АлАТ, концентрация билирубина, определение размеров печени и других).

Подтверждение диагноза должно проводиться в сроки, не превышающие 14 календарных дней, для обеспечения своевременного проведения

профилактических, противоэпидемических и лечебных мероприятий.

При получении экстренного извещения о случае ГВ или ГС специалисты территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов организуют проведение эпидемиологического обследования в организациях воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей, МО, учреждениях с круглосуточным пребыванием взрослых, организациях коммунально-бытового назначения, оказывающих парикмахерские и косметические услуги, а также при подозрении на профессиональное заражение в немедицинских организациях, осуществляющих работу с кровью или ее компонентами (производство иммунобиологических препаратов и другие) при наличии соответствующих эпидемиологических показаний.

Необходимость проведения эпидемиологического обследования очага по месту жительства больного определяется специалистами территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

По результатам эпидемиологического обследования заполняется карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания. При проведении эпидемиологического расследования составляется акт, где дается заключение о причинах заболевания, возможных источниках инфекции, путях и факторах передачи, обусловивших возникновение заболевания. С учетом данных эпидемиологического расследования разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, включающих информирование лиц с наличием маркеров инфицирования ВГВ и ВГС и контактных с ними лиц о возможных путях и факторах передачи инфекции.

Лица, у которых при обследовании в сыворотке (плазме) крови впервые выявлены HBsAg и (или) ДНК ВГВ; anti-HCV и (или) РНК ВГС, в течение 3 календарных дней направляются врачом, назначившим обследование, к врачу-инфекционисту. При выявлении таких лиц среди, находящихся на стационарном лечении, необходимо обеспечить проведение им консультации врача-инфекциониста в течение 24 часов с момента их выявления.

Обследование лиц с наличием HBsAg и (или) ДНК ВГВ; anti-HCV и (или) РНК ВГС проводится в амбулаторных условиях (в кабинете инфекционных заболеваний, в гепатологическом центре), в инфекционном стационаре (отделении), а также в других МО, имеющих лицензию на соответствующий вид медицинской деятельности.

Госпитализация и выписка больных ОГВ или ХГВ; ОГС или ХГС проводится по клиническим показаниям. Во время стационарного лечения больные ГВ и ГС размещаются отдельно от больных вирусными гепатитами А и Е, а также больных с неуточненной формой гепатита.

Больному разъясняются пути и факторы передачи инфекции, меры безопасного поведения с целью предотвращения распространения ВГВ и ВГС, доступные ему виды помощи, дальнейшая тактика диспансерного наблюдения и лечения. Больного информируют о необходимости использования индивидуальных предметов личной гигиены, в том числе бритвенных приборов, маникюрных и педикюрных принадлежностей, зубных щеток, полотенец, и особенностях ухода за ними, а также необходимости использования презервативов.

Консультирование проводит врач медицинской организации по месту выявления, а в дальнейшем - по месту наблюдения больного. Отметка о проведении консультирования ставится в медицинской карте амбулаторного больного или медицинской карте стационарного больного.

Больному даются рекомендации, направленные на предупреждение активизации инфекционного процесса (исключение алкоголя, применение с осторожностью лекарственных средств, обладающих гепатотоксическими и иммуносупрессивными свойствами и другие).

Медицинская документация больных ГВ и ГС, в том числе направления на различные виды исследований и госпитализацию, подлежит маркировке.

Срок возвращения к работе (учебе) после выписки из стационара определяется лечащим врачом с учетом характера работы (учебы) и результатов клинико-лабораторного обследования.

Все переболевшие острыми формами ГВ, больные ХГВ, больные ОГС и больные ХГС подлежат диспансерному наблюдению в медицинской организации по месту жительства или в территориальном гепатологическом центре.

Дети, рожденные от инфицированных ВГС матерей, подлежат диспансерному наблюдению в медицинской организации по месту жительства с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие anti-HCV и РНК ВГС. Выявление у таких детей anti-HCV самостоятельного диагностического значения не имеет, так как могут выявляться антитела к ВГС, полученные от матери во время беременности. Первое обследование ребенка проводится в возрасте 4 - 6 месяцев. Отрицательный результат на РНК ВГС свидетельствует об отсутствии инфекции. Положительный результат на РНК ВГС свидетельствует о ХГС в результате перинатального инфицирования и о необходимости последующего диспансерного наблюдения за ребенком.

Дети, рожденные от инфицированных ВГВ матерей, подлежат диспансерному наблюдению в медицинской организации по месту жительства с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие HBsAg и анти-HBs через 1 - 2 месяца после введения последней дозы вакцины против гепатита В.

Организации родовспоможения должны осуществлять передачу сведений о детях, рожденных от инфицированных ВГВ и ВГС матерей, в детскую

поликлинику по месту регистрации (или проживания) для дальнейшего наблюдения.

Меры в отношении путей и факторов передачи возбудителя

Заключительная дезинфекция в очагах ГВ и ГС проводится в случае госпитализации больного в стационар, его смерти, переезде на другое место жительства, выздоровлении.

Заключительная дезинфекция (в квартирах, в общежитиях, в дошкольных образовательных организациях, гостиницах, казармах и других) проводится населением под руководством медицинских работников медицинской организации.

Текущая дезинфекция в очагах ОГВ и ОГС осуществляется с момента выявления больного до его госпитализации, в очагах ХГВ и ХГС - вне зависимости от выраженности клинических проявлений проводится ежедневно.

Дезинфекции в очаге ГВ или ГС подвергаются индивидуальные предметы личной гигиены больного (лица с подозрением на ГВ или ГС), а также поверхности и вещи в случае их контаминации кровью или другими биологическими жидкостями. Дезинфекция проводится самим больным (лицом с подозрением на ГВ или ГС), или другим лицом, осуществляющим за ним уход. Консультирование по вопросам дезинфекции проводит медицинский работник медицинской организации по месту жительства больного.

Контактными при ГВ и ГС считаются лица, которые могли быть инфицированы ВГВ или ВГС при реализации известных путей передачи возбудителя инфекции.

Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц проводится медицинскими работниками медицинской организации по месту жительства (пребывания) и включает:

их выявление и учет (в листе наблюдения за контактными);

проведение медицинского осмотра при выявлении очага;

лабораторное обследование в соответствии с [приложениями 16 - 18](#) к Санитарным правилам, в очагах ГВ - дополнительно проводится выявление анти-НВs;

проведение иммунизации против ГВ контактных лиц, не болевших гепатитом В и не привитых ранее, и лиц с неизвестным прививочным анамнезом;

беседу о клинических признаках заболевания, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики.

Лица, у которых при первом обследовании выявлены анти-HBs, дальнейшему обследованию на ГВ не подлежат. Результаты медицинского наблюдения вносятся в амбулаторную карту больного.

Контактные лица должны знать и соблюдать правила личной профилактики ГВ и ГС и пользоваться только индивидуальными предметами личной гигиены. С целью предотвращения полового пути передачи ГВ и ГС контактными лицам необходимо использовать презервативы.

Наблюдение за контактными лицами в очагах ОГС и ХГС завершается через 6 месяцев после разобщения или выздоровления либо смерти больного ГВ или ГС.

При работе с контактными лицами важно учитывать, как риск заражения их самих (супруги, близкие родственники), так и опасность распространения заболевания ими в случае, если они являются донорами, медицинскими работниками и другие).

В случае возникновения подозрения на инфицирование ВГВ или ВГС при оказании медицинской помощи специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводится санитарно-эпидемиологическое расследование в медицинской организации. При выявлении случаев ВГВ или ВГС у детей, и у лиц старшего возраста, следует учитывать ограничение возможных путей передачи инфекций в этих популяциях.

Вакцинация населения против ГВ, являющаяся ведущим профилактическим мероприятием, проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок, календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов.

Поствакцинальный иммунитет против ВГВ связан с выработкой анти-HBs и стимулированием Т-клеток иммунологической памяти. Показателем эффективности вакцинации является обнаружение анти-HBs в сыворотке (плазме) крови в концентрации более 10 мМЕ/мл через 1 - 2 месяца после введения последней дозы первичной серии вакцинации против ГВ. Отсутствие анти-HBs в более отдаленные сроки не является признаком неэффективности вакцинации против ГВ.

Профилактика инфицирования вирусными гепатитами В и С при оказании медицинской помощи.

Основой профилактики инфицирования ВГВ и ВГС при оказании медицинской помощи является соблюдение требований санитарно-противоэпидемического режима в МО в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

. С целью профилактики профессиональных заражений ГВ и ГС проводится:

выявление лиц, инфицированных ВГВ и ВГС среди медицинского персонала в ходе проведения предварительных и периодических медицинских осмотров;

ежегодное обследование медицинских работников с определением концентрации анти-HBs;

вакцинация одной дозой вакцины против гепатита В медицинских работников, у которых концентрация анти-HBs менее 10 мМЕ/мл;

учет случаев получения микротравм персоналом, аварийных ситуаций, связанных с попаданием крови и других биологических жидкостей на кожу и слизистые оболочки;

экстренная профилактика ГВ.

Синдром эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинского работника

Понятие о стрессе

Стресс (англ. stress — давление, нажим, напряжение) занимает особое место среди состояний человека, так как устойчив, длительно сохраняется и имеет разнообразные причины. Основоположником учения о стрессе является Ганс Селье. Он определил стресс как неспецифический ответ организма на любое предъявляемое ему требование.

В ответ на различные требования (голод, боль, лекарства, радость, печаль и т.д.) в организме возникают *специфические* и *неспецифические* каждому стрессору эффекты. Г. Селье назвал эту модель реагирования на стресс *общим адаптационным синдромом*.

С точки зрения стресса не имеет значения, приятна или неприятна ситуация для человека. Сущность стресса состоит в интенсивной потребности в перестройке или адаптации. В этом проявляется неспецифичность реагирования.

Стрессы имеют плюсы и минусы, поэтому говорят о двуликости стресса: это одновременно и жизненно необходимая приспособительная реакция, которая открывает возможность адаптации к новым условиям жизнедеятельности, и причина страданий, болезней и переживаний.

Итак, под действием стрессора возникает общий адаптационный

синдром, в котором Г. Селье выделяет 3 фазы:

- фазу тревоги, во время которой организм готовится к быстрым ответным действиям;
- фазу сопротивления, когда организм использует свои ресурсы для преодоления стрессовой ситуации;
- фазу истощения, когда резервы организма катастрофически уменьшаются.

Один и тот же стресс может вызвать у людей различные реакции. Тормозить или усиливать стрессовое состояние могут наследственность, пол, возраст, иммунитет, воспитание, актуальное состояние и др.

Избегать стресса бессмысленно. Нужно относиться к нему с уважением и пониманием. Говоря о стрессе, люди обычно имеют в виду чрезмерный стресс — *дистресс* (англ. distress — горе, страдание, несчастье), когда человек переживает горе, страдание, утрату. Мы забываем о том, что стресс может и положительно воздействовать на организм. В таком случае говорят об *эустрессе*.

Стрессы в профессиональной деятельности медсестры

В деятельности медсестры существуют следующие группы стрессоров и вызываемых ими состояний. Стрессоры:

- *вызываемые условиями сестринского труда*: постоянный эмоциональный контакт с множеством людей, нуждающихся в помощи; постоянный контакт со смертью (реальной, потенциальной, фантомной); материальные затруднения; монотонная работа; отсутствие стимулов для качественной работы; нереализуемые профессиональные знания и умения; перегрузки; сменная работа;
- *возникающие по личностным причинам*: боязнь администрации, дефицит психологических знаний, знаний самоменеджмента, ошибка в выборе профессии, «сгорание» на работе, чувство высокой ответственности за результаты работы, когнитивный диссонанс;
- *провоцируемые администрацией ЛПУ*: аттестация, сертификация; контроль за работой извне; конфликты с администрацией; критика со стороны администрации;
- *при общении с пациентами*, их родственниками, студентами;
- *при общении с коллегами*: одиночество из-за замкнутости или позиции отвергаемого в коллективе; психологическая несовместимость; безотчетная неприязнь; существование группировок; критика со стороны коллег.

Стрессовые состояния:

- *психические*: гневные самовыражения в словах, поступках; сниженное настроение, страх, тревожность, стыд; злость на пациентов, коллег, администрацию; когнитивная ригидность; фрустрация;

нравственно-психические: злоба, проявляемая в поведении и поступках; отвращение, демонстрируемое в поведении и отношениях; чувство неустроенности в социальном плане; утрата интереса к работе;

стрессовые состояния, граничащие с патологией: навязчивые идеи расправы с виновниками стресса; навязчивые мысли о суициде; недомогание; бессонница; усталость, парализующая способность сопротивляться обстоятельствам; ярость с потерей самообладания.

Пути выхода из стресса:

изменение среды: общение с приятными людьми; общение с домашними животными; контакты с растениями; погружение в среду, которая может нейтрализовать стрессовые переживания: искусство, театр, музыка, природа; пребывание в эмоционально воздействующей среде: тюрьма, дом ребенка, дом престарелых, церковь, соревнования; путешествие; разговор о стрессе с окружающими; робинзонада в одиночку, с коллегами, с незнакомыми людьми; смена отделения, ЛПУ, профессии; смена места жительства;

антистрессовые средства: универсальное антистрессовое средство — движение; дыхательная гимнастика; гимнастика; исповедь перед родителями; молитва; хатха-йога; мысленное перевоплощение в других; сексуальные отношения; методика «исцеляющих настроев» Г.Н. Сытина; организованный протест против действий виновников стресса; успокаивающие процедуры: баня, бассейн, ванна, массаж; хобби;

средства вытесняющего воздействия: заставлять себя плакать; физические нагрузки, домашние дела; чтение комиксов, религиозной литературы; устройство на работу по совместительству; *коррекция своего поведения*: избегание изоляции от окружающих или наоборот; избегающее поведение (обход стрессов, уход от них); переход на жесткий режим труда и отдыха или отказ от жестокого режима; смена стиля отношений с коллегами; *самокорректировка личности*: внутренние диалоги с собой и людьми, находящимися в подобном состоянии; исповедь перед собой; самовнушение; самообразование; получение другого образования; *использование медикаментозных средств*: психотропных препаратов, успокаивающих доз алкоголя; *обращение к специалистам*.

В.Л. Бакштанский и О.И. Жданов предлагают свод правил повседневной жизни по стресс-менеджменту, позволяющий каждому человеку преодолевать трудные ситуации.

Вставайте утром на 10 мин раньше, чем обычно. *Если вы будете раньше вставать, то избежите раздражения с раннего утра.*

Не полагайтесь на свою память: *заведите ежедневник. У вас не будет постоянно беспокоящего чувства, что вы что-то забыли.*

Не откладывайте на следующий день то, что можно сделать сегодня.

Не примиряйтесь с тем, что плохо работает, — *отремонтируйте часы, клавиатуру или купите новые.*

Ослабьте ваши стандарты: *не все вещи, которые стоит делать, стоит делать хорошо.*

Будьте более гибкими. Считайте ваши удачи! Старайтесь иметь друзей, которые не слишком беспокоятся и тревожатся.

Во время работы периодически вставайте и потягивайтесь, глубоко медленно дышите. *Когда люди ощущают стресс, они дышат быстро и поверхностно. Это может привести к мышечному напряжению вследствие недостаточного снабжения тканей кислородом. Расслабьте мышцы и сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов, если почувствовали напряжение.*

Создайте из хаоса порядок. *Организируйте ваш дом и рабочее место так, чтобы вы могли всегда найти вещи, которые ищете.*

Сделайте что-нибудь для улучшения вашего внешнего вида. Делайте выходные дни как можно более разнообразными. Высыпайтесь.

Прощайте и забывайте. *Примите тот факт, что окружающие вас люди и мир, в котором мы живем, несовершенны. Принимайте благожелательно, на веру слова других людей, если нет доказательств обратного. Верьте, что большинство людей стараются делать все настолько хорошо, насколько могут.*

Синдром профессионального выгорания у медсестры

У медсестры в результате длительно воздействующих стрессов может развиваться профессиональное выгорание.

Термин «выгорание» (burnout) был введен американским психологом Н.Л. Freudenberger в 1974 г. для характеристики психологического состояния людей, находящихся в интенсивном профессиональном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально насыщенной атмосфере. Выгорание «приобретают профессионалы, изначально обладающие большим творческим потенциалом, ... фанатично преданные своему делу».

По наблюдениям С. Maslach, профессора Калифорнийского университета, у многих из профессионалов, работающих в сфере оказания помощи, постепенно снижается проявление заботы о людях, с которыми они работают. Через какое-то время они начинают понимать, что просто не могут выдержать тех обязательств, которых требует сущность их работы. Тогда они начинают говорить об эмоциональном истощении: «У меня не осталось никаких чувств ... мне нечего отдавать ... я истощен ... я выгорел». Исследования С. Maslach показывают, что выгорание является эмоциональным истощением, следующим из *стресса межличностного взаимодействия*.

С. Maslach считает, что выгорание проявляется как специфический вид эмоционального истощения: утрата профессионалами позитивных чувств, сочувствия и уважения к клиентам. Она полагает, что источник этой проблемы находится больше в ситуации, чем в людях. Распространенность выгорания и количество профессионалов, подверженных этому синдрому, предполагают, что анализ «плохих» ситуаций, в которых работают многие

хорошие люди, более эффективен, чем попытки найти «плохих» людей, работающих в учреждении.

В качестве выхода предлагается:

- методика рационализации; в качестве примера может быть психологическое отстранение от оскорбляющего клиента и создание умозаключения, что человек подвержен бреду и его слова не направлены не посредственно на профессионала;
- создание физической дистанции — профессионалы могут находиться немного дальше от клиентов, чем обычно; они реже смотрят им в глаза; они придерживают дверь за ручку, неявно сигнализируя о быстротечности беседы;
- беседы на общие темы; с точки зрения клиента, это общение может иметь глубокий межличностный характер, но для профессионала это стандартная деятельность, которая требует гораздо меньше личностных ресурсов;
- использование коротких перерывов, когда ситуация заходит в тупик: уход из кабинета под предлогом получения карточки клиента; счет до 10 в момент спада в разговоре для того, чтобы собраться с мыслями и направить беседу в нужное русло; просьба: «Хорошо, позвольте мне подумать...»;
- более четкое разделение рабочего и нерабочего времени; возвращение на работу, сверхурочная работа, работа дома, рабочие вечера и выходные, срочные вызовы — все это повод для беспокойства; для снижения семейных конфликтов рекомендуется научиться думать о работе только на работе; иногда это могут быть физические упражнения, уединение в парке или в горячей ванне, чтобы поразмышлять;
- внедрение программ обучения коммуникационным навыкам.

Maslach C. (1978, Spring). Job burn-out: How people cope. Public Welfare, 36, 56-58.

Нормы взаимоотношений

Миелогении и их разновидности

По учению И. П. Павлова, внутренние органы теснейшим образом связаны с корой головного мозга. Следовательно, все то, что может неблагоприятно влиять или травмировать психику человека, а поэтому наиболее чувствительную, нежную и уязвимую часть мозга – его кору, может отражаться и на функции внутренних органов, и, прежде всего, на сердце.

И.П.Павлов говорил: "Слово для человека является сильнейшим условным раздражителем, не имеющим равного себе ни в количественном,

ни в качественном отношении среди других раздражителей". По мнению профессора Перец, " слово является сильно действующим фармакологическим средством. Оно обладает обезболивающим, тонизирующим и прочими свойствами". Имеется в виду такое влияние слова на организм, которое можно свести к аналогично действующим фармакологическим, т.е. лекарственным средствам.

Больные стремятся сами к определенному психотерапевтическому воздействию на них, они этого ждут и даже интуитивно ищут.

Психическая травма наносится через вторую сигнальную систему, т.е. посредством слова, написанного или сказанного, но всегда определенного смысла и жизненно-важного значения для данного человека. Недостатки общей и медицинской культуры, торопливость и нехватка времени является главной причиной так называемых ятрогенных заболеваний как легких, функциональных, так и тяжелых, подчас катастрофических (появление суицидальных попыток у невротически настроенных пациентов). Для них неосторожное слово подобно тяжелому и опасному стрессу. Человек, поступающий на лечение в стационар, оказывается в непривычной среде, изобилующей отрицательно влияющими на его состояние факторами.

Эти отрицательно влияющие факторы, вызывающие болезненное состояние, называются миелогениями.

Неблагоприятные влияния, или миелогении, имеют разновидности, одна из которых называется эгогения. **Эгогения - отрицательное влияние на состояние пациента, которое создает он сам.**

Эгогении часто называют аутосуггестией (самовнушением), ("уходом в болезнь", то есть восприятие воображаемых и усиление имеющихся проявлений самим больным.)

Причины, способствующие развитию эгогений, весьма разнообразны:

- подавленное психоэмоциональное состояние пациента,
- особенности религиозных традиций,
- предубеждения в отношении болезней и возможностей медицины,
- страх смерти,
- боязнь предстоящего медицинского обследования и мн. др.

Пациенты сосредоточивают внимание на любом отклонении в организме, прислушиваются к внутренним ощущениям, приходят в смятение. Включаются механизмы самовнушения, дается мрачная преувеличенная оценка своему состоянию с прогнозом рокового исхода.

Люди с повышенной впечатлительностью нередко присваивают себе болезни, о которых узнают из различных источников информации: "За день у меня может быть несколько болезней", – говорит один пациент. – "Если прочел о какой-то болезни, особенно сердечной, уже слышу, начинает ныть сердце. Все, это стенокардия."

Люди с повышенной мнительностью находят у себя болезни или симптомы (признаки болезни), которых в действительности у них нет. Часто источником самовнушения становятся суеверия. Слепая вера в приметы, наговоры, сглаз, порчу, наваждения приводят в трепет многих.

Суеверия свойственны человеку с незапамятных времен, В Древней Греции считалось плохой приметой, если кто-нибудь чихнет с левой стороны. По преданию, однажды суеверный человек сказал философу Диогену: "Я одним ударом размозжу тебе голову" Философ возразил: "А я, чихнув с левой стороны, заставлю тебя трепетать".

Бывает, что человек болезненно интерпретирует случайно возникшие преходящие состояния (кольнуло в груди). Обычно на этом не задерживается внимание, все проходит само собой или после приема соответствующих медикаментозных препаратов. А люди с тревожно-мнительным характером могут воспринять это как жизненную катастрофу.

Болезнь человека – это не только поломка физиологических механизмов саморегуляции, это кризис, затрагивающий душевное равновесие. Больных одолевает страх, беспокойство, тревога, опасение.

Поэтому очень важно ободрить больного, ибо мотивированное обнадеживание сразу дает больному сон, который положительно влияет на нервную систему, а, следовательно, и на весь организм.

Эгротогения – это неблагоприятное влияние одних больных на других в процессе их лечения.

Не секрет, что есть так называемые несовместимые больные. Нежелательно поступление больного в палату, где длительно и не совсем успешно лечится другой пациент с аналогичным заболеванием. Общеизвестно, что в терапевтическом отделении нежелательно нахождение в одной палате двух или более больных с сахарным диабетом или с бронхиальной астмой. Нередко встречаются больные, которые охотно рассказывают о своих болезнях, дают советы, берутся устанавливать диагнозы соседям по койке. Для охраны душевного покоя пациентов необходимо своевременно обнаруживать пациентов, могущих быть причиной эгротогений.

Ятрогения – болезненное состояние пациента, обусловленное деятельностью врача, (ятрос – врач). Мы сегодня используем этот термин более широко: это болезненное состояние, обусловленное деятельностью медицинского работника.

Ятрогении подразделяются на три подгруппы:

- ятропсихогении – отрицательное воздействие напрямую на психику больного;
- ятрофармакогении – болезненное состояние, обусловленное негативными последствиями лекарственной терапии;
- ятрофизиогении – болезненное состояние, вызванное физическим воздействием диагностических и лечебных мероприятий.

Ятропсихогении – наиболее часто встречаются в практике медицинского персонала, нередко внимание больных заостряется на деталях лабораторных, рентгенологических и других исследований. Прежде, чем ответить на вопрос пациента, следует подумать, не будет ли ответ служить причиной напрасных переживаний для него, не приведет ли эта информация к возникновению у больного канцерофобии или кардиофобии и других ятрогенных состояний. Совершенно не допустимо говорить с пациентом на непонятном для него языке: использование незнакомой ему терминологии, анимализмы, крылатые выражения, неуместны выражения типа «бычье сердце», «медвежья стопа», «кошачье мурлыканье», «гробовая тишина» и т. п.

В.В. Кованов приводит яркий пример того, как использование непонятных слов может таить в себе серьезную опасность для душевного покоя больного. «Вместе со студентом Федоровым, будущим патологоанатомом, мы беседовали – это был наш первый опыт – с одной больной, поступившей в клинику с воспалением желчного пузыря. Больная охотно отвечала на наши вопросы, которые мы подготовили в тот раз не сами, а списали со стандартной формы истории болезни.

В конце ее значился вопрос: "Была ли аутопсия больного и какие результаты получены на секции?" Мы еще не знали тогда, что значат слова "аутопсия" и "секция" и, ничего не подозревая, задали этот вопрос больной. Она удивленно на нас посмотрела и спрашивает: "Вы, молодые люди, понимаете, о чем говорите?" "Конечно, понимаем," – отвечаем с некоторой заминкой. "Ну, тогда нам больше не о чем с вами говорить. Вы, вы... либо невежды, либо циники." На глазах у нее появились слезы. Тут уж мы растерялись. Видя наше искреннее смущение, больная сменила гнев на милость. "Дорогие коллеги", сказала она, – "Я еще жива, поэтому вскрытию не подвергалась. А аутопсия – это вскрытие, которое производится в секционном зале для установления причины смерти больного." Сгорая от стыда, не зная куда глаза девать, мы просим простить нас, и, если можно, никому не рассказывать об этом случае».

Не всегда следует сообщать больному о современных достижениях в какой-либо области медицины, пока не нашедших широкого применения. Следует ли вести беседу о желчном пузыре, о его важнейшей роли в организме человека в палате, где у одной больной удален желчный пузырь, а другая готовится к холецистэктомии?

В рентгеновском кабинете под местной анестезией удаляется инородное тело (игла из пальца). Подходит молодая медсестра. Возглас: "Какой ужас" Больная моментально впадает в шоковое состояние.

Ятрофармакогении – болезненные состояния, обусловленные действием на организм человека лекарственных средств.

Медицинская сестра должна знать, что реакция организма на любое медикаментозное средство может быть сугубо индивидуальной и непредсказуемой. Обычный лейкопластырь может дать выраженный аллергический дерматит. Аллергические реакции следует считать наиболее распространенным и опасным видом ятрофармакогений.

Примером грозного проявления аллергии является анафилактический шок, который может развиваться при введении даже небольших доз антибиотиков, при переливании крови, кровезаменителей, при лечении

вакцинами, сыворотками, введении других лечебных и диагностических фармакологических средств. Абсолютно надежные средства профилактики ятрофармакогений отсутствуют.

Снижению вероятности ятрофармакогений значительно способствует тщательный отбор аллергического анамнеза, строгий учет показаний и противопоказаний при назначении различных средств, проведение проб на индивидуальную переносимость там, где они предусмотрены, а также постоянный контроль за самочувствием и состоянием больных.

Ятрофизиогении – болезненные состояния, обусловленные воздействием на организм человека физических факторов (механических, термических, радиационных и др.) вследствие проведения диагностических и лечебных мероприятий. Ятрофизиогении могут возникнуть практически при всех лечебных и диагностических манипуляциях.

Простейшими примерами физических повреждений могут служить образование подкожной гематомы при заборе крови из вены, возникновение постинъекционного инфильтрата. К физиогениям относятся многочисленные тяжелые осложнения, связанные с разрывами и повреждениями органов и тканей, многие виды кровотечений, тромбоэмболии. Опасность развития ятрофизиогений наиболее велика при применении инвазивных способов диагностики и лечения, т.е. тогда, когда нарушается целостность тканей и органов (пункция, катетеризация, биопсия). Методически и технически неправильно выполненная или передозированная физиотерапевтическая процедура также таит в себе опасность нанесения вреда организму больного.

V. Moss определяет *профессиональное выгорание* как синдром умственного, физического и духовного истощения с усиливающейся потерей энергии, утратой идеалов, целей.

Профессиональное выгорание наступает не внезапно. Оно подобно слабокипящему горшку, оставленному закрытым и в конечном итоге выкипающему или тлеющему угольку, который, если не обращать на него внимания, приведет к пожару. А. Cullen так характеризует 3 стадии профессионального выгорания медсестры:

—стадия 1-я — *тревога*. Человек больше не способен функционировать на требуемом уровне. Для поддержания репутации он использует механизмы защиты, например: «Что хорошего дома? Мне больше нравится на работе». Использование этих механизмов иногда помогает, но ежедневное их применение — признак того, что чело век делает что-то не так;

—стадия 2-я — *сопротивление*. Основные характеристики этой стадии — цинизм, непреклонность, строгость. Человек фиксируется на правилах и инструкциях и непреклонен в отстаивании своих позиций. Он становится замкнутым и изолированным от других (это поведение может оставаться незамеченным, потому что подобные взаимоотношения

могут отталкивать других сотрудников). Если медсестра, с которой вы обычно проводили много внерабочего времени вместе, неожиданно прекращает общаться с вами вне работы, это может быть сигналом профессионального выгорания;

—стадия 3-я — *истощение*. А. Cullen описывает эту стадию как конечную. Человек может быть, с одной стороны, сонным, вялым и апатичным, а с другой — очень злым и жестоким. На этой стадии человеку требуются внимание и забота, но в действительности и в основном уже в экстремальных случаях используются меры дисциплинарного воздействия. Наилучший выход — консультация специалиста.

На выгорание медсестер влияет много факторов. L. Phipps к группе наибольшего риска относит работающих в отделениях неотложной терапии и выделяет следующие факторы: дефицит времени; работа в атмосфере, перегруженной сенсорными стимулами; необходимость принимать решения, касающиеся очередности оказания помощи; проблемы во взаимоотношениях с врачами.

Существуют факторы, влияющие на развитие выгорания вне зависимости от того, где работает медсестра. J. Meissner считает, что наихудший враг медсестры — другая медсестра. Медсестры совершают своего рода геноцид в отношении новых и/или молодых медсестер. Этот процесс можно рассматривать как своего рода «коварное людоедство», которое может уничтожить профессию до конца скорее, чем внешние силы. Как только в штате появляется новая медсестра, другие сотрудники забывают, как когда-то они тоже были «новенькими». Они предъявляют к новым сотрудникам нереалистичные требования. К сожалению, вновь поступившие на работу медсестры не осознают, что сотрудники их «сжигают».

L. Schwab считает ведущим фактором предотвращения выгорания индивидуальную выносливость (*hardiness*). Он замечает, что выносливость включает в себя 3 составляющие:

- умение держать ситуацию под контролем;
- умение сдерживаться;
- умение воспринимать происходящие изменения как требующую решения сложную задачу и возможность приобретения нового опыта.

Выносливость защищает от напряжения путем изменения восприятия стрессовой ситуации и путем использования эффективных копинг-механизмов (англ. *coping* — справиться, совладать).

Копинг-механизмы можно разделить на *адаптивные* и *неадаптивные* в зависимости от их способности уменьшать эмоциональные и физические эффекты стресса.

Адаптивные копинг-механизмы:

- обсуждение своих чувств с такими же медсестрами, а также со старшими медсестрами и консультантами;
- контроль чувств и эмоций;

- чувство ответственности за все ваши действия;
- самоуважение и уважение других, чувство собственного достоинства.

Неадаптивные копинг-механизмы: увеличение потребления кофеина, курение, переедание, прогулы, употребление алкоголя, наркотиков, лекарственных препаратов; а также любое другое действие, которое либо будет гасить отрицательные эмоции, либо будет направлено на уход от проблемы. Неадаптивные (неэкологичные) методы могут помочь снять напряжение на какое-то время, но могут обернуться новыми проблемами — болезнями, избыточной массой тела, выработкой зависимости и т.д.

Методики борьбы со стрессом

Стрессовое состояние человека можно разложить на следующие временные отрезки: «предстартовая лихорадка», во время которой мы думаем о предстоящем событии; сам стресс; постстресс. Психологи предлагают методы борьбы со стрессом на каждой стадии.

1. Методики ослабления «предстартовой лихорадки»

Методика рационализации предстоящего события. Следует максимально детально представить ситуацию, которая вас ожидает: где произойдет волнующее вас событие, во что вы будете одеты, что вы будете говорить, во что будет одет собеседник, что он будет говорить. В реальности детали могут быть не такими, но это неважно. В результате у вас снизится уровень неопределенности и как следствие ослабевает эмоции, мешающие работать.

Методика избирательной позитивной ретроспекции. Вспомните ситуацию, в которой вы успешно решили свою проблему. Запишите все комплименты, которые можете себе сделать. Теперь подумайте, что если вы раньше уже успешно решили подобную задачу, то есть все основания полагать, что и с предстоящим заданием вы справитесь так же успешно.

Методика избирательной негативной ретроспекции. Запишите все свои провалы и проанализируйте их причины: нехватка ресурсов (если да, то каких), недостаточное планирование и т.п. Постарайтесь учесть выявленные ошибки при планировании своих действий в будущем.

Методика зеркала. В момент волнения отметьте, в какой позе находится ваше тело. Придайте ему позу уверенности. Изменение позы вызовет изменения на физиологическом уровне (организм станет вырабатывать меньше адреналина), и ваши негативные эмоции исчезнут или ослабнут.

Методика детальной визуализации неудачного исхода ситуации. Представьте себе различные варианты исхода событий вплоть до самого неблагоприятного. Подумайте, что вы будете делать, если реализуется наихудший для вас вариант. Аналогичным образом спланируйте свои действия при других исходах. В результате вы снизите уровень неопределенности, который обычно провоцирует лишние эмоции.

2. Методика нормализации состояния в стрессовой ситуации
Следите за своим дыханием. Если вы хотите оставаться хладнокровным, то

длительность вашего выдоха должна быть больше, чем длительность вдоха.

3. Методики нормализации состояния в постстрессовой ситуации

Помимо предложенных выше путей выхода из стресса попробуйте мысленно поместить проблему, тревожащую вас, в темную картинку, под фонарь, а потом представьте, как падает снег и засыпает эту картинку хлопьями.

Пять стратегий поведения в конфликтной ситуации

Оказавшись в конфликтной ситуации, человек выбирает, часто неосознанно, одну из пяти стратегий поведения: избегание или уход; приспособление; соперничество или конкуренция; компромисс; сотрудничество.

Выбор часто происходит на основе прошлого опыта. Но опыт решения конфликтов в детстве не всегда подходит к новым ситуациям.

Если Вам в детстве, чтобы родители прислушивались к Вашему мнению, приходилось кричать или топтать ногами, то вряд ли это подойдет при споре с коллегами. А когда Вас ругали, Вы обиженно уходили в свою комнату или вступали в жаркий спор?

При встрече с раздраженным, агрессивно настроенным пациентом может сработать стереотип. Когда Вы находитесь в конфликтной ситуации, для эффективного решения проблемы необходимо сознательно выбирать стратегию поведения. При этом, конечно, следует учитывать свой собственный стиль, стратегию других, вовлеченных в конфликт людей, а также природу самого конфликта.

Избегание – это поведение в конфликтной ситуации, которое выражается самоустраниением, игнорированием или фактическим отрицанием конфликта.

Формы ухода могут быть разными: Вы молчите, выключаясь из обсуждения вопроса, демонстративно удаляетесь с переговоров или обиженно уходите с полным отказом от дальнейших дружеских и деловых сношений с конфликтующей стороной, язвительно отпуская замечания по поводу оппонентов за "их спиной".

Причиной выбора этой стратегии может являться: неуверенность в себе и своих силах, боязнь проиграть; неопределенность собственной позиции по данному конфликтному вопросу; стремление выиграть дополнительное время для серьезной подготовки к участию в конфликте; отсутствие полномочий, времени.

Если Вы выбрали избегание в качестве своей стратегии поведения, то Вы сэкономите время и "нервные клетки", но можете лишиться в дальнейшем влияния на ход событий. Конфликт либо решится без учета Ваших интересов, либо не решится и будет разрастаться и углубляться.

Однако в ситуации, не затрагивающей напрямую Ваших интересов, уход

может быть полезен. Вполне вероятно, что если Вы попытаетесь проигнорировать конфликт, не выражать своего отношения к нему, то проблема решится сама собой. Если нет, то Вы сможете заняться этим позже, когда будете готовы к этому.

Приспособление – это поведение, проявляющееся в изменении действий и установок под реальным или воображаемым давлением противоположной стороны, податливость чужому мнению в ущерб собственным интересам.

Выглядит это так. Вы делаете вид, что все в порядке, даже если что-то очень сильно задевает Вас, предпочитаете мириться с происходящим, чтобы не испортить отношения: сначала молча соглашаетесь, а потом вынашиваете план мести или стараетесь найти обходные пути, чтобы добиться своей цели.

К стратегии приспособления прибегают, если конфликтная ситуация не затрагивает жизненно-важных ценностей; сохранение отношений является более значимым, чем отстаивание своих интересов; осознание того, что правота на стороне оппонента; имеются более важные в данный момент интересы; у другого больше власти; полагают, что другой человек может извлечь из этой ситуации полезный урок; могут добиться цели обходным путем.

Приспособление, сглаживание конфликта может быть разумной тактикой, если спор по поводу незначительных разногласий может испортить взаимоотношения. Бывают случаи, когда конфликты сами разрешаются за счет того, что люди продолжают поддерживать дружеские отношения. Но в ситуации серьезного конфликта, стратегия приспособления мешает разрешению спорного вопроса, так как не разрешает ситуацию и не дает партнеру узнать подлинную причину вашего недовольства.

Этот стиль лучше использовать тогда, когда Вы чувствуете, что, немного уступая, Вы теряете мало. Если Вы считаете, что уступаете в чем-то важном для себя и чувствуете в связи с этим неудовлетворенность, то в этом случае стратегия приспособления неприемлема. Она также не подходит, если Вы видите, что другой человек не оценит сделанного Вами и не собирается в свою очередь поступиться чем-то.

Стратегия приспособления немного напоминает уход, поскольку может быть использована для отсрочки и разрешения проблемы. Основное отличие в том, что Вы действуете вместе с другим человеком, участвуете в ситуации и соглашаетесь делать то, что хочет другой.

Когда же Вы выбираете стратегию избегания, Вы не делаете ничего для удовлетворения интересов другого человека. Вы просто отталкиваете от себя проблему, уходите от нее.

Соперничество или конкуренция – отличается сильной личной вовлечённостью в борьбу, активизацией всех Ваших потенциальных возможностей при игнорировании интересов оппонента.

Основной принцип этой стратегии: « Чтобы я выиграл, ты должен проиграть ».

Соперничество проявляется тем, что Вы или Ваш партнер стремитесь во

что бы то ни стало доказать свою правоту, прибегаете к давлению на соперника, стараетесь переубедить его, перекричать, применить физическую силу, требуете безоговорочного согласия и послушания.

Причины выбора человеком этой стратегии могут быть самыми разными: потребность защитить свои интересы: жизнь, семью, благополучие, имидж и т.п.; желание установить приоритет в коллективе; стремление к лидерству; недоверие к людям вообще, в том числе к оппонентам; эгоцентризм, неумение взглянуть на проблему с другой точки зрения; критическая ситуация, которая требует немедленного решения.

Эта стратегия оправдана, если Вы берете контроль в свои руки для того, чтобы оградить людей от насилия или опрометчивых поступков. Это может быть эффективным, когда Вы обладаете определенной властью и знаете, что ваше решение в данной ситуации наиболее правильно и Вы имеете возможность настаивать на нём.

Когда Вы используете такой подход, Ваша популярность может упасть, но Вы завоеуете сторонников, если быстро получите положительный результат. Однако, эта стратегия редко приносит долгосрочные результаты – проигравшая сторона может не поддержать решение, принятое вопреки ее воле.

Компромисс – это разрешение конфликтной ситуации путём взаимных уступок. Каждая из сторон снижает уровень своих притязаний. Оба оппонента с самого начала ищут справедливого исхода конфликтной ситуации. Причинами выбора компромиссного решения обычно являются: стремление хотя бы к частичному выигрышу; признание ценностей и интересов других людей, как и своих собственных, желание быть объективным; когда переговоры зашли в тупик, и компромисс – единственный выход.

Выбор стратегии компромисса может оказаться полезным в ситуации, когда обе стороны обладают одинаковой властью и имеют взаимоисключающие интересы. Компромисс бывает иногда последней возможностью прийти к какому-то решению, которое позволит Вам сохранить взаимоотношения и получить хоть что-то.

Такой подход подразумевает, что каждый участник чего-то добился. Но если компромисс был достигнут без тщательного анализа других возможных вариантов решения или на недостаточно равноправных условиях, он будет не самым оптимальным исходом переговоров. Ни одна сторона не будет придерживаться решения, которое не удовлетворяет ее нужд.

Сотрудничество – это стратегия поведения, при которой на первое место ставится не решение конкретной конфликтной ситуации, а удовлетворение интересов всех её участников.

Стратегия сотрудничества будет наиболее эффективной, если: решение проблемы очень важно для обеих сторон, и никто не хочет полностью от него отстраниться; конфликтующие стороны имеют длительные и взаимозависящие отношения; есть время поработать над возникшей

проблемой; стороны способны изложить суть своих интересов и выслушать друг друга; участники конфликта обладают равной властью или хотят игнорировать разницу в положении для того, чтобы на равных искать решение проблемы.

Целью сотрудничества является выработка долгосрочного взаимовыгодного решения. Иногда внешне сотрудничество напоминает компромисс или приспособление. Это происходит, когда в результате обсуждения Вы изменяете первоначальную позицию и частично или полностью уступаете партнеру. Это происходит не потому, что он оказался сильнее Вас или более прав, а потому, что Вы нашли другое, более оптимальное для Вас решение своих проблем.

Сотрудничество не всегда приводит к успеху, но если Вы начнете решение конфликтной ситуации таким способом, то скорее всего, достигните большего.

КАКАЯ ЖЕ ПОЗИЦИЯ НАИБОЛЕЕ КОНСТРУКТИВНА?

Легче разрешить конфликтную ситуацию, чем конфликт. Если Вы начали действовать конструктивно до того, как разгорелись эмоции, а истинные противоречия скрылись за личными оскорблениями или прошлыми обидами – конфликта можно избежать.

Чтобы выбрать наиболее эффективную стратегию поведения, можно оценить плюсы и минусы каждой стратегии в данном конкретном случае.

Пример: Вы идете по коридору отделения и слышите во время "тихого часа" шумный разговор в одной из палат. Затянув в нее, Вы обнаруживаете, что они азартно играют в карты. Ваши действия?

Можно просто уйти, попросив быть чуточку потише. Конфликта не возникает, если не произойдет каких-либо негативных последствий.

Выбрав стратегию приспособления, Вы можете присоединиться к пациентам в палате, посидеть и посмотреть на их игру, помочь им с чайком, посидеть и послушать. Это поможет налаживанию более теплых, уверительных отношений, поможет Вам больше узнать о своих пациентах. Но: более близкие отношения могут повредить Вашему авторитету, могут повлечь за собой последующие нарушения дисциплины, а также этот поступок может быть негативно оценен Вашими коллегами.

Запретив же пациентам игру в карты, нарушающую больничный режим, Вы вступаете в соперничество со своими пациентами. Вы заботитесь о здоровье пациентов, обеспечиваете отдых соседям по палате. Вы подтвердите свой статус и избежите повторения нарушения дисциплины. Но, возможно, появится напряженность в отношениях, а нарушения будут продолжаться, только скрывать их будут тщательнее, а значит, сложнее будет проконтролировать их. Компромиссом будет договор с пациентами, при котором Вы ограничите время их "игры", а также проследите за тем, чтобы не было нарушения режима питания, процедур и т.п. Взамен Вы уделите им немного своего времени, помогая почувствовать, что болезнь не должна нарушать привычную жизнь.

Если Вы выберете путь сотрудничества, то, немного пообщавшись с играющими в палате, Вы объясните свою позицию медсестры и свое отношение к карточной игре во время "тихого часа". Высказав свои пожелания и опасения, Вы спросите их предложения по поводу выхода из этой ситуации и совместно выберете самые подходящие.

Как творчески (бесконфликтно) реагировать на замечания пациентов?

1. Метод «Да - но»

Выявление односторонности доводов оппонента.

2. Метод «кусков»

Расчленение высказываний оппонента таким образом, чтобы были явно различимы части верные и ошибочные.

3. Метод «бумеранга»

Использование «оружия» оппонента.

4. Метод «выведения»

Постепенное объективное изменение существа дела.

5. Метод Сократа

Сущность в том, чтобы в ходе рассуждений не дать собеседнику сказать «нет» и побудить его все время говорить «да».

6. Ссылка на авторитет

Умение своевременно защититься посредством обращения к чужому авторитетному опыту и высказываниям.

7. «Сжатие» нескольких замечаний

Ответ одной фразой сразу на несколько замечаний. Иногда ответ может выходить за пределы реальной ситуации, в которой было сделано замечание.

8. Психологическая пауза

Откладывание ответа на более благоприятное время, если он не может быть ни опровергнут (аргумент), ни принят.

9. Открытость высказывания

10. Метод видимой поддержки

После высказывания оппонента приводите новые доказательства в пользу его решения, а потом – свое решение и доводы в пользу своего решения, которые опровергают все, сказанное оппонентом.

11. Метод апелляции к сочувствию

12. Позитивное мышление как умение мыслить категориями успеха

13. Перефразирование

Повторение и одновременное смягчение замечаний, на которые мы можем дать ответ.

14. Метод «эластичной обороны»

Надо дать выговориться собеседнику, не перебивать и не отвечать на замечания, чтобы он еще раз вернулся к своим замечаниям.

15. Биномное высказывание

16. Техника анекдота

Попались на анекдот – смейтесь громче всех и дольше всех на одну секунду. Затем повторите всю аргументацию.

Примеры:

1. «Я тоже представляю себе все то, что Вы перечислили как недостатки, но Вы забыли упомянуть о ряде преимуществ лечения в стационаре» ".
2. «Это верно; а об этом существуют различные точки зрения; а вот это, на мой взгляд , является ошибочным.»
3. «Вы тратите слишком много времени, чтобы доказать мне это» – «Это оттого, что Вы делаете слишком много замечаний (задаете много интересных вопросов).
4. Вносить коррективы так, чтобы они были восприняты, как свои, собственные.
5. Обращаться к пациенту, предварительно выяснив для себя, что все ответы на вопросы могут быть только положительными:
 - Вас зовут Олег Николаевич ? - ДА
 - А фамилия ваша Иванов ? - ДА
 - А Вы уже позавтракали ? -ДА (выяснено предварительно, что пациент действительно завтракал)
 - Итак, Вы поступили к нам 2 дня назад на «скорой». Да? -ДА
 - Сегодня на обходе у Вас уже был доктор ДА? - ДА
 - Вы поступили с жалобами на боль в груди Да? - ДА
 - ЭКГ уже сделали да ? - ДА
6. Нет лучшего авторитета для собеседника, чем он сам. «Да Вы и сами говорили» или «Такой ученый еще тогда-то сказал то-то»...
7. « Спасибо. Вы были вежливы». При этом очень важно избежать издевки в своем голосе.
8. «Позвольте вернуться к этому интересному вопросу позднее. В дальнейших наших беседах мы снова коснемся с Вами этой проблемы, и я постараюсь дать ответ на Ваш вопрос».
9. «Меня поражает ваша осведомленность» или « Ваш вопрос пугает».
10. Пациент «У меня болит сердце. Я плохо сплю. Я очень беспокоюсь». Мне, наверное, уже не выздороветь» – « Да, с сердцем шутить нельзя. Плохой сон тоже может быть причиной беспокойства. Я понимаю Ваше беспокойство. Но, во-первых, Вы не курите, у Вас нет сахарного диабета, давление у Вас нормальное. Вы заболели недавно, стало быть, болезнь еще не запущена и органические изменения пока, наверное, невелики. Значит вполне можно рассчитывать на хорошие результаты, если будете аккуратно лечиться».
- 11.«Ты же все знаешь». «Ты же специалист, помоги мне».
- 12.«Спасибо за замечание! Ваша критика помогла мне своевременно увидеть свои недостатки. Это безусловно, поможет мне в будущем сделать мою точку зрения более убедительной»...

«Вы неряшливы!» «Как я Вас поняла, я не всегда бываю аккуратна. Не всегда хватает времени, а в результате – неряшливость».

13.«Я слышу, что Вам нужно позвонить, и хочу, чтобы Вы вовремя пришли на процедуру»

14.«Прекрасный анекдот, который только сближает наши позиции».