

Тема 2.6.

1. Тема: **Безопасность жизнедеятельности в медицинских организациях Часть 1.**
2. Курс: II семестр : III
3. Продолжительность лекции: 2 академических часа
4. Контингент слушателей студенты лечебного факультета
5. Учебная цель: познакомить студентов с условиями труда медицинских работников и нормативно-правовой базой деятельности учреждений здравоохранения.
6. Иллюстративный материал и оснащение мультимедийный проектор,
7. Подробный план: 1. Вводная часть 5 мин.
2. Учебные вопросы
 - 1) Общие принципы деятельности учреждений здравоохранения 20 мин.
 - 2) Характеристика условий труда медицинских работников: возможность воздействия физических (радиация, ультразвук, лазерное излучение, СВЧ-излучения), химических, биологических, психологических факторов 40 мин.
 - 3) Нормативно-правовая база функционирования организаций здравоохранения 20 мин.

В соответствии с концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом президента РФ от 9 октября 2007 г. №1351, демографическая политика направлена на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, сохранение и укрепление здоровья населения, а также улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

В настоящее время приоритетной является проблема охраны и укрепления здоровья работающего населения с целью сохранения трудового потенциала и создания условий для экономического развития страны.

В здравоохранении Российской Федерации заняты более 3 млн. человек, среди них 85% женщины, большая часть находится в репродуктивном возрасте. Профессиональная заболеваемость в здравоохранении выше, чем в других отраслях экономики, и имеет тенденцию к росту с темпом на 8 – 9% в год. На диспансерном учете состоят 33% медицинских работников (Онищенко Г.Г. 2000).

Специфика трудовой деятельности медицинских работников связана с воздействием профессиональных факторов, способных вызывать заболевания, приводить к потере трудоспособности, инвалидности, а в ряде случаев быть непосредственной угрозой жизни (Измеров Н.Ф., 2005; Симонова Н.Н., 2006; Кайбышев В.Т., 2007).

7.1. Условия труда медицинских работников

Условия и характер труда разных категорий и профессиональных групп работников здравоохранения заслуживают пристального внимания в плане охраны их здоровья. Труд медицинских работников в современных условиях связан с выраженным умственным, нервно-эмоциональным напряжением, возможностью комплексного воздействия физических (радиация, ультразвук, лазерное излучение, СВЧ – излучение), химических, биологических факторов, сочетанное влияние которых может привести к развитию профессиональных заболеваний.

1

По данным Министерства труда с социального развития 80% рабочих мест в ЛПУ не отвечают требованиям безопасного труда (Г.Г.Онищенко//Здравоохранение Рос.Федерации.-2000.-№4-с.15-25). Ежегодно у медицинских работников учреждений здравоохранения регистрируется профессиональная патология. Профессиональная заболеваемость имеет большое социально-гигиеническое и социально-экономическое значение.

В настоящее время существует значительное число медицинских специальностей, которые имеют ряд особенностей, относящихся как к самому улучшению лечебной работы, так и к условиям, в которых она проходит. **На характер труда специалиста значительное влияние оказывает как тип медицинского учреждения, так и профиль отделения, его техническая оснащённость.** В специализированных и многопрофильных лечебно-профилактических учреждениях концентрируются сложные в лечебно-диагностическом плане больные, внедряются новейшие технологии. **Значительно выросла обеспеченность лечебных учреждений сложным рентгеновским, радиологическим, электронным, лазерным и компьютерным оборудованием. Ультразвуковыми и высокочастотными установками, барокамерами.** С одной стороны, это повышает качество и эффективность лечебно-диагностической помощи, с другой – формирует новые условия труда с малоизученным характером действия их на организм человека.

Анализ материалов санитарно-гигиенической паспортизации лечебно-профилактических учреждений, данных заболеваемости, условий труда и быта врачей показал неудовлетворительное их состояние, **дефицит производственных помещений и несоответствие санитарно-гигиеническим требованиям.** Наблюдается высокий процент совместительства в больницах, что приводит к повышению как психических, так и физических нагрузок на рабочих местах.

Производственный микроклимат лечебных учреждений существенно осложняет труд медицинского персонала. К примеру, в кабинетах водолечебных процедур относительная влажность увеличивается до 92%, температура воздуха повышается до 26°C. По данным литературы, температура 25-26°C вызывает напряжение системы терморегуляции в виде усиленного потоотделения и утомляемости.

На многих рабочих местах концентрации химических веществ значительно превышает допустимые уровни. Такая ситуация обусловлена высоким содержанием **газообразных анестетиков.** Концентрация анестезирующего средства фторотана в зоне дыхания членов **операционной бригады** за время операции в течение 4 часов увеличивается в 1.7 – 1.9 раза по сравнению с началом операции, несмотря на наличие обменной системы вентиляции в операционных залах.

Одним из ведущих способов лечения различных заболеваний является фармакотерапия, при этом, у медицинских сестер над влиянием биологически **высокоактивных лекарственных препаратов (антибиотиков, сульфаниламидов, витаминов, гормонов, анальгетиков)** могут возникать профессиональные заболевания. На частоту. Сроки возникновения и локализацию профессиональных патологических изменений в организме медицинских сестер большое влияние оказывает **способ введения в организм больного лекарственных препаратов (пероральный, ингаляционный, инъекционный),**

Наиболее опасен инъекционный метод, при котором лекарственный препарат может оказаться в виде аэрозоля в зоне дыхания медицинского персонала. В органы дыхания медиков препараты могут попадать при мытье и стерилизации медицинского инструментария. При раздаче таблеток и растворов могут загрязняться кожные покровы персонала, особенно опасен контакт с противоопухолевыми препаратами. Эти препараты являются высоко опасными веществами, оказывающими иммуносупрессивное, цитотоксическое и сенсibiliзирующее действие на организм. При изучении патогенного действия цитостатиков в условиях профессионального контакта с ними приоритетное значение уделяется группе противоопухолевых антибиотиков.

При исследовании воздуха рабочей зоны операционных в 62% проб установлено наличие мелкодисперсной пыли (размер частиц 5 мкм и менее). При изготовлении дезинфицирующих средств концентрации химических веществ (фенол, формальдегид, аммиак) в зоне дыхания превышают ПДК. В аптечных складских помещениях наблюдается повышенная температура воздуха, что может усиливать выделение химических веществ в окружающую среду и отрицательно влиять на персонал.

Медицинский персонал любого лечебного учреждения ежедневно контактирует с различными факторами инфекционной и неинфекционной природы, которые оказывают влияние на их здоровье и работоспособность. В воздухе врачебных кабинетов показатель общего количества микробных клеток почти в 3-4 раза выше по сравнению с процедурными помещениями; загрязнение гемолитическими микроорганизмами в 1,8 раза выше, чем в палатах. Среди врачей и средних медицинских работников терапевтического профиля, по сравнению с другим персоналом, установлена повышенная частота ОРЗ и гриппа, как следствие более тесного контакта с больными на амбулаторных приемах. В частности, медицинский персонал широко вовлекается в эпидемиологию вирусных гепатитов «В» и «С». По данным литературы, ежегодно один из 180 медицинских работников инфицируется вирусом. Поэтому госпитальные условия должны расцениваться как чрезвычайно агрессивная среда. Высокая агрессивность и мощность биологического фактора объясняет постоянную циркуляцию различных возбудителей в госпитальной среде, развития эпидемических процессов.

При изучении условий труда в родильных домах и отделениях выявлена тенденция в сторону увеличения процента необследованных лиц, поступающих в акушерский стационар. Пациенты, как правило, имеют в анамнезе 2-3 сопутствующих заболевания инфекционно-воспалительной этиологии, включая и венерические. Соотношение между плановыми и экстренными операциями изменилось в сторону увеличения экстренных оперативных вмешательств. Растет число родов у женщин с асоциальным поведением (в том числе с алкоголизмом и наркоманией) и нарушенной психикой. Большинство медиков, не владея достаточной информацией о качественной и количественной характеристике циркулирующей флоры. Не вполне осознают степень опасности для их здоровья, которая обусловлена возможностью инициирования при контакте с пациентами, биологическими образцами. Секретами и экскретами. Иногда хирурги оперируют пациентов с диагнозом гепатита «В» без специальных защитных приспособлений, а персонал прозектуры работает с инфицированным биологическим материалом без перчаток. Необходимо отметить жесткую необходимость инфекционного контроля среди рентгенологов, особенно рентген лаборантов, контактирующих со значительным

количеством различных пациентов, многие из которых имеют инфекционные заболевания.

Туберкулез является частым профессиональным заболеванием медицинских работников. Как правило, инфицирование медицинского персонала происходит не только во фтизиатрических учреждениях. Где проходят лечение больные с открытыми формами туберкулеза, но и при выполнении повседневных медицинских манипуляций (при экстренных хирургических вмешательствах, при осмотре поступивших пациентов по скорой медицинской помощи, в приемных отделениях стационаров. При проведении медицинских осмотров). Заболеваемость туберкулезом медицинских работников противотуберкулезных учреждений в 8-10 раз выше, чем всего населения.

С внедрением новых технологий и увеличением обеспеченности лечебных учреждений различным оборудованием (рентгенологическими, радиологическими, электронными, ядерными, компьютерными, ультразвуковыми и высокочастотными установками) встает вопрос о таких факторах производственной среды. Как шум, ультразвук, ЭМП. В условиях трудовой деятельности медицинский персонал ЛПУ встречается и с такими профессиональными факторами, как превышение параметров шума и вибрации. В ЛПУ большое количество медицинского оборудования является источниками шума. Это кондиционеры и сухожировые шкафы, турбины, бормашины, электроотсосы, дезинтеграторы, вентиляционные установки, холодильники и холодильные камеры, лифты и др. при объективных физиологических исследованиях выявляются неблагоприятные изменения у медицинских работников со стороны органов слуха. Центральной нервной системы, сердечно - сосудистой и других систем.

Установлено, что высокочастотные звуки (источник - стоматологическая аппаратура) субъективно более неприятны, чем низкочастотные и среднечастотные, а при объективных физиологических исследованиях выявляются неблагоприятные изменения не только со стороны органов слуха, но и центральной нервной системы, сердечно - сосудистой и других систем.

Некоторые медицинские работники подвергаются радиационной опасности. Анализ облучения персонала. Населения и факторов, оказывающих влияние на формирование дозовых нагрузок населения за счет медицинских рентгенологических процедур. Дает основание сделать следующие выводы: нужно аппаратное переоснащение рентгенодиагностики. Среди рентгенологов наиболее всего подвергаются воздействию профессионального облучения те специалисты, которые проводят рентген контрастную ангиографию, а также процедуры под рентгенологическим контролем. Это обусловлено необходимостью проведения рентгеноскопии в течение довольно продолжительного времени (от 5 до 180 минут на больного). Доказано. Что доза облучения хрусталика глаза на одну процедуру у рентгенолога составляет в среднем 0,4 мЗв. А кистей рук – до 0,7 мЗв. Дозовые пределы: эквивалентной дозы за год в хрусталике 150 мЗв, кистях 500 мЗв (НРБ-99). Исследуя здоровье детей врачей рентгенологов (преимущественно женщин), ученые Великобритании обнаружили повышенную частоту хромосомных аномалий.

В настоящее время широкое применение в медицине нашли лазеры. Имеются описания профессиональных заболеваний среди медицинских работников, вызванных

лазерным излучением. Ультразвуком и электромагнитными полями физиотерапевтической и диагностической аппаратуры. Органами – мишенями у специалистов, работающих с лазерами, являются орган зрения и кожа.

Рядом исследователей установлена зависимость между интенсивностью освещения и состоянием ряда функций зрения – устойчивостью ясного видения, контрастной чувствительностью, скоростью зрительного восприятия и др. В процессе выполнения оперативного вмешательства у хирурга развивается напряжение органа зрения в 10 раз превышающую обычную нагрузку. Что приводит к утомлению. Понижению общей работоспособности, повышению опасности травматизма. Низкая освещенность рабочих мест способствует развитию у медицинских работников близорукости, нистагма. Равномерное распределение яркости в поле зрения имеет значение для поддержания работоспособности медицинского персонала.

Применение люминесцентных ламп без учета спектра их освещенности мешает диагностической и лечебной работе вследствие искажения цветопередачи. У медицинских работников отмечается такой производственный фактор, как напряжение зрения при слежении за экраном, при установке в отделениях, операционных блоках персональных компьютеров. В лаборатории при работе с микроскопом. Создание оптимального светового режима позволяет ослабить зрительную нагрузку медиков.

Одним из неблагоприятных факторов трудового процесса является вынужденная рабочая поза. Высокой точности требует специальность хирурга, анестезиолога – реаниматолога, стоматолога, акушера – гинеколога, а также работа с использованием оптических приборов (микробиологи, Гистологи, лаборанты). Специфика такой работы заключается в минимальных размерах объекта и его труднодоступности. Исследование состояния органа зрения показало, что зубные техники испытывают напряжение зрительной функции и утомление к концу рабочего дня, проявляющееся астетическими жалобами. Проведенными в динамике рабочего дня и рабочей недели исследованиями состояния физиологических функций некоторых основных систем организма установлено наибольшее напряжение функций аккомодации и контрастной чувствительности глаза. Достоверно снижающееся от начала к концу смены.

Важным биомеханическим условием успешного осуществления рабочих движений (в основном у оперирующих хирургов) является правильная рабочая поза. В трудовых процессах медицинские работники большей частью используют две разновидности рабочей позы: «сидя» (терапевты, Педиатры), «стоя» (хирурги, Акушеры-гинекологи). Рабочая поза «стоя» у оперирующих хирургов более утомительна требует на 10% больше затрат энергии на свое поддержание, чем у медицинских работников других профессий. Поза «сидя» менее утомительна, потому что при переходе от позы «стоя» к сидячему положению площадь опоры изменяется сравнительно незначительно, а высота центра тяжести над площадью опоры резко уменьшается.

Продолжительное нахождение в одной и той же позе утомительно, так как при этом отдельные мышечные группы должны непрерывно поддерживать определенное напряжение. Такое состояние испытывают на себе хирурги при длительных оперативных вмешательствах (3-4 часа). Вместе с тем непрерывное сохранение неизменной позы может

стать с течением времени причиной некоторых профессиональных заболеваний. Одним из таких заболеваний является варикозное расширение вен нижних конечностей, вызванное нарушением кровообращения и застоем крови в венах. Другое заболевание. Связанное с непрерывным стоянием – плоская стопа. Любое длительное вынужденное положение тела при невыполнении соответствующих оздоровительно – профилактических мероприятий становятся профессиональной вредностью, так как может вызвать напряжение нервно – мышечного аппарата, деформацию скелета, тела и другие изменения. В вынужденной рабочей позе «боя» в течение длительного времени может претерпевать хирург. Как отмечают исследователи, рабочая поза оперирующего хирурга обеспечивается тоническим напряжением мышц. Поддержание такой позы осуществляется напряжением всей скелетной мускулатуры. Наиболее оптимальной является поза. При которой человек, в зависимости от вида выполняемой работы, осуществляет изменение положения тела, чередуя позу «стоя» с позой «сидя».

С гигиенической точки зрения, положение «сидя» при работе медицинского персонала более благоприятно, чем «стоя», однако, при неправильном согнутом положении тела, также возникает искривление позвоночника, кифозы или сколиозы. Кроме того, длительное сидячее положение ведет к застою крови в венах нижней половины тела и в брюшной полости, что предрасполагает к запорам и геморрою. Медики осуществляют работу «сидя – стоя», т. е. поочередно работают в обоих положениях (терапевты, педиатры, специалисты клинко-лабораторной диагностики).

При изучении стрессового фактора австрийскими исследователями была выявлена следующая закономерность: женщины в 2 раза чаще жаловались на усталость. Как признак стресса, в 4 раза чаще были подвержены депрессиям и в 3 раза чаще использовали прием пищи, как фактор релаксации, по сравнению с мужчинами. Также к формам снятия стресса чаще относили физические упражнения, употребление спиртных напитков и прием пищи. К концу рабочего дня 16,1% врачей ощущают резкое падение работоспособности, у 66,2% она снижается незначительно. Для поддержания надлежащего уровня работоспособности 74% врачей пьют чай или кофе. С целью поддержания работоспособности курят 26% врачей. Среди мужчин любителей курения несколько больше (33%), чем среди женщин (21,1%). Физические упражнения в качестве средства борьбы с усталостью выбирают *% человек.

В литературе приводятся многочисленные данные, указывающие на значительное напряжение центральной нервной системы у специалистов хирургического профиля (снижение активности. Проявление резкой асимметрии мощности и ритмов работы) в операционные дни по сравнению с не операционными. Об эмоциональном напряжении и утомлении свидетельствуют повышение уровня экскреции натрия в операционные дни в 2 раза. Увеличении числа ошибок и времени выполнения сложных задач, изменение артериального давления, увеличение частоты жалоб на утомляемость, головную боль, увеличение температуры кожи лба в предоперационный период во время операции.

Таким образом, профессиональная деятельность медицинских работников сопровождается влиянием не только химических веществ, биологического фактора, но и высокой эмоциональной напряженностью, неудобной рабочей позой, контактом с ионизирующими и неионизирующими излучениями, вибрацией, шумом в сочетании с

нерациональным режимом труда и отдыха. Нельзя забывать о наличии точных и суточных дежурств, вероятности вызова на работу в любое время и сверхурочная работа – все эти факторы способствуют ухудшению состояния здоровья занятых в учреждениях здравоохранения.

Охрана труда при обслуживании больных СПИД и ВИЧ-инфицированных

В соответствии со ст.22 Федерального закона Российской Федерации от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» работникам учреждений и организаций здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, выплачиваются надбавки к должностному окладу, устанавливается сокращенный рабочий день, предоставляется дополнительный отпуск за работу в особо опасных условиях труда.

В соответствии с Методическими указаниями по организации лечебно-диагностической помощи и диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией и СПИДом, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 16 августа 1994 г. № 170 и Методическими рекомендациями «Профилактика парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекций у медицинского персонала учреждений здравоохранения», ВИЧ-инфекция является инфекционным заболеванием с достаточно ограниченным числом возможных путей передачи, из знания которых и надо исходить при работе с больными.

При обычном физикальном осмотре никаких дополнительных мер защиты не требуется, если на коже рук нет повреждений. Если таковые имеются, их необходимо заклеить пластырем или надеть напальчники.

При работе с биологическими субстратами больных ВИЧ-инфекцией или проведении манипуляций необходимо применять соответствующие правила:

- медицинский работник должен использовать индивидуальные средства защиты (халат, шапочка, одноразовая маска, перчатки и др.), позволяющие избежать прямого контакта с ранами и тканями, кровью, спинномозговой жидкостью, секреторными и экскреторными выделениями пациентов или загрязненными этими биологическими жидкостями предметами окружающей среды;

- подразделение должно иметь аптечку «Анти-ВИЧ»;

- для защиты от возможного попадания вирусосодержащего материала во время работы рекомендуется использовать защитные очки, экраны или другие защитные средства, подвергающиеся дезинфекции;

- при выполнении медицинских манипуляций, во время которых может произойти образование брызг крови и других биологических жидкостей, персонал должен быть одет в одноразовые фартуки;

- доставка образцов крови осуществляется в емкостях с закрывающимися крышками, из материала, который не портится при дезинфекции. Не допускается перевозка материалов в сумках, портфелях и других предметах личного пользования.

Наиболее реальная опасность заражения возникает при разрывах и проколах перчаток, что может привести к попаданию зараженного материала на кожу, возможно имеющую микротравмы, и особенно при уколах и порезах. Для снижения вероятности заражения в таких случаях рекомендуется:

- при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией убедиться в целостности аварийной аптечки;

- выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;

- обработать кожу ногтевых фаланг йодом перед надеванием перчаток.

Считать аварийным случаем любое повреждение кожных покровов, а также попадание

крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз:

- при повреждении кожных покровов: необходимо обработать перчатки дезинфицирующим раствором и снять их. Выдавить кровь из раны, затем тщательно вымыть руки с мылом, обработать их 70% этиловым спиртом. Смазать рану 5% раствором йода, на место травмы наложить бактерицидный пластырь. Не тереть!

При попадании крови на слизистые глаз, ротоглотки, носа: слизистую глаз промыть дистиллированной водой и закапать 0,05% раствор марганцовокислого калия. Слизистые ротоглотки и носа обработать 0,05% раствором марганцовокислого калия. Рот и горло прополоскать 79% раствором этилового спирта или 0,05% раствором марганцовокислого калия.

Рекомендуется профилактический прием тимозида (АЗТ) 800 мг/сут в течение 3 дней.

За пострадавшим медицинским работником устанавливается медицинское наблюдение врачом-инфекционистом.

Охрана труда при эксплуатации операционных блоков

Требования безопасности при эксплуатации операционных блоков установлены РТМ 42-2-4-80 «Операционные блоки. Правила устройства, эксплуатации, техники безопасности и производственной санитарии».

К работе в операционном блоке допускается персонал в возрасте не моложе 18 лет, прошедший специальную подготовку, имеющий 1 группу по электробезопасности, не имеющий противопоказаний по состоянию здоровья.

Персонал операционного блока должен проходить обязательный медицинский осмотр при поступлении на работу и периодический медицинский осмотр в соответствии с требованиями санитарного режима.

При поступлении на работу и периодически не реже 1 раза в 12 месяцев должна проводиться проверка знаний персонала по вопросам безопасности труда по программе, утвержденной главным врачом.

Администрация обязана бесперебойно обеспечивать персонал спецодеждой, спецобувью, средствами индивидуальной защиты.

Персонал обязан владеть приемами оказания первой помощи при травмах.

В процессе работы на персонал оперблока возможно воздействие вредных и опасных производственных факторов.

К ним относятся:

- повышенные нервно-психические и физические нагрузки;
- неудобная рабочая поза;
- повышенный уровень опасности инфицирования при оперировании инфекционных больных;
- повышенная опасность взрыва при использовании ингаляционных веществ или воспламеняющих дезинфекционных средств;
- повышенный уровень загазованности воздуха рабочей зоны;
- повышенный уровень статического электричества;
- повышенное напряжение в электрической цепи, замыкание которой может пройти через тело человека.

Операционные системы должны быть оборудованы автоматическими системами пожаротушения.

При использовании взрывоопасных анестетиков у входа в операционную должен быть закреплен предупредительный знак: «ОСТОРОЖНО! ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВЗРЫВООПАСНЫЕ АНЕСТЕТИКИ!».

Во время операции должны быть исключены случайные контакты тела пациента с заземленными частями операционного стола и другим заземленным оборудованием.

8

протаргола; рот и горло прополаскивают 70%-ным спиртом или 1%-ным раствором перманганата калия

Общими правилами безопасности при работе с химическими средствами (дезинфицирующие средства, лекарственные препараты) также является обязательное использование спецодежды и перчаток; приготовление рабочих растворов дезинфицирующих средств необходимо производить в помещениях с приточно-вытяжной вентиляцией, в маске или респираторе, если дезинфектант раздражает дыхательные пути. Химические препараты, попавшие на кожу, нужно немедленно смыть проточной водой, а при попадании на одежду - сменить ее до того как химические вещества пропитают ткань и попадут на кожу.

От применения дезинфектантов, сенсibiliзирующих веществ (антибиотики), необходимости частого мытья рук и длительной работы в перчатках могут возникать профессиональные дерматиты. Профилактикой профессиональных дерматитов является применение средств защиты от дезинфектантов и сенсibiliзирующего действия антибиотиков. При чувствительности кожи к резиновым перчаткам нужно надевать латексные перчатки или перчатки из полихлорвинила (ПВХ) с подкладкой из хлопка. Работать с порошками нужно в хлопчатобумажных перчатках, с химическими жидкостями - в резиновых или из ПВХ. Защитные и увлажняющие кремы могут восстановить природный жировой слой кожи.

Меры предосторожности при работе с газообразными наркотическими веществами:

- при даче наркоза по полуоткрытому и полузакрытому контурам отходы анестезирующих газов должны отводиться за пределы операционной (на улицу);
- беременные врачи и медицинские сестры должны освобождаться от участия в даче наркоза газообразными наркотическими веществами и уходе за больными, перенесшими наркоз с использованием указанных препаратов;
- все процедуры, по уходу за пациентами, перенесшими наркоз газообразными наркотическими веществами, должны выполняться максимально быстро, не наклоняясь близко к лицу больного. Больной, перенесший операцию под наркозом газообразными наркотическими веществами является источником загрязнения ими палаты, т.к. выдыхает анестезирующие газы в течение 10 дней.

Меры по защите медработника от облучения в ЛПУ

- как можно дальше находиться от источника облучения, особенно если в палате производятся рентгенограммы передвижным рентгеновским аппаратом;
- в рентгеновском кабинете при участии в обследовании больного пользоваться средствами защиты (свинцовый фартук, передвижной экран);
- беременные не должны участвовать в обследованиях больных с использованием лучевой диагностики /ангиография, ретроградная холангиография и пр./;
- беременные должны освобождаться от ухода за пациентами, получающими внутривенную лучевую терапию.

Но угрозу здоровью и безопасности в ЛПУ несут не только физические факторы. Часто люди в больницах находятся под влиянием стресса, во власти негативных эмоций, вызванных как собственным болезненным состоянием так и агрессивной окружающей обстановкой, в которую они попали. Даже спокойные от природы люди могут потерять контроль над собой в наших больницах с их фантастической организацией, бесконечными очередями и вечной путаницей с медицинскими картами, не говоря уже о психологически неуравновешенных личностях. Такие люди могут нести прямую угрозу безопасности окружающим, в том числе медперсоналу ЛПУ.

8. Заключение

5 мин.

Итого:

90 мин.

10

Персонал должен следить за исправностью кабеля питания и проводов, не допуская их излома, оголения или деформации.

При проведении работ с электрохирургическим оборудованием запрещается:

- проверять работоспособность аппарата «на искру» путем прикосновения активным электродом к заземленным предметам;
- накладывать на пациента электрод меньшей площади, чем указано в техническом описании аппарата, максимальная удельная мощность аппарата не должна превышать $1,5 \text{ Вт/см}^2$;
- проводить какие-либо манипуляции внутри аппаратов, пользоваться проводами с изоляцией, имеющей дефекты.

Перевозочный материал и инструментарий, используемый в ходе операции, персонал должен собирать в специально отведенные емкости.

Отправку биопсий и препаратов, взятых во время операции, персонал должен осуществлять в закрытых емкостях.

В операционных и наркозных запрещается применение открытого пламени (спиртовки, газовые горелки, зажженные спички и др.) и электронагревательных приборов.

Ременные передачи оборудования не должны размещаться в зонах повышенной концентрации наркозных веществ. Запрещается смазка ремней канифолью, воском и другими веществами, увеличивающими поверхностное сопротивление.

Все трубопроводы для газов должны быть окрашены в цвет, соответствующий цвету баллонов для данного газа, трубопровод кислорода – в голубой, трубопровод закиси азота – в серый.

При эксплуатации трубопроводов медицинских газов запрещается подтягивать накидные гайки, ниппели. Болты фланцевых соединений, выплавлять трубы трубопроводов и т.п., когда трубопроводы находятся под давлением.

В операционной запрещается переливание газов из одного баллона в другой, содержащий сжатые газы. Переливание должно производиться в специально оборудованных помещениях обученным персоналом.

Персоналу оперблока запрещается работать на неисправных аппаратах, приборах, устройствах с неисправными приспособлениями, сигнализацией и т.д.

При обнаружении отклонений от нормальной работы или утечке медицинских газов следует закрыть запорный вентиль баллона или трубопровода подачи газа, выпустить газ из редуктора, демонтировать редуктор и передать его для устранения дефектов инженерно-техническому персоналу.

В случае взрыва или пожара в оперблоке необходимо:

- перекрыть системы подачи медицинских газов;
- удалить весь персонал и больного из опасной зоны. Обесточить сети электроснабжения помещения операционного блока;
- принять меры к тушению очага пожара, используя огнетушители углекислотные типа ОУ;
- оказать первую помощь пострадавшим.

Основными мерами предосторожности при работе с биологическими жидкостями является обязательное использование спецодежды и средств индивидуальной защиты (респиратор, резиновые перчатки, герметичные очки, непромокаемые фартуки). Все повреждения кожи на руках должны быть закрыты лейкопластырем. В случае загрязнения кожных покровов кровью или другими биологическими жидкостями следует немедленно обработать их в течение 2 минут тампоном, обильно смоченным 70%-ным спиртом, вымыть под проточной водой с мылом и вытереть индивидуальным тампоном. При подозрении на попадание крови на слизистые оболочки их немедленно обрабатывают струей воды, 1%-ным раствором борной кислоты или вводят несколько капель нитрата серебра; нос обрабатывают 1 %-ным раствором

1. Тема: **Безопасность жизнедеятельности в медицинских организациях** Часть 2.
2. Курс: II семестр : III
3. Продолжительность лекции: 2 академических часа
4. Контингент слушателей студенты лечебного факультета
5. Учебная цель: ознакомить студентов с основными положениями в вопросах предоставления медицинских услуг-характеристика угроз жизни и здоровья пациентов больницы; система обеспечения безопасности пациентов в медицинских организациях; эвакуация пациентов в чрезвычайных условиях.
6. Иллюстративный материал и оснащение мультимедийный проектор,
7. Подробный план:

1. Вводная часть	5 мин.
2. Учебные вопросы	
1) Безопасность медицинских услуг	15 мин.
2) Характеристика угроз здоровью больных	15 мин.
3) Система обеспечения безопасности пациентов в медицинских организациях	10 мин.
4) Лечебно-охранительный режим работы медицинских организаций	10 мин.
5) Санитарная обработка пациентов	15 мин.
6) Эвакуация пациентов в чрезвычайных ситуациях	15 мин.
8. Заключение	5 мин.
Итого:	90 мин.
Итого:	180 мин.

7.1. Безопасность медицинских услуг.

Стратегической задачей любой системы здравоохранения является обеспечение качества медицинской помощи и создание безопасной больничной среды. Остроту этой проблемы характеризует то, что при проведении медицинских вмешательств возможно заражение пациентов и персонала ЛПУ более чем 20 смертельными инфекциями, а экономические потери в России от внутрибольничных инфекций достигают 15 млрд. рублей в год. Согласно данным Роспотребнадзора, заболеваемость медицинских работников находится на 5 месте среди всех профессиональных групп, опережая этот показатель даже для работников химической промышленности, а смертность медицинского персонала на 30% выше средней смертности по стране.

Мировой опыт показывает, что решение данной проблемы может быть только комплексным. Например, в США настойчивые усилия в повышении безопасности медицинской помощи ознаменовались принятием в 2000 году Федерального закона по предотвращению уколов иглами и заражения в ЛПУ (Needlestick Safety and Prevention Act). Показательно, что уже в 2001 году за несоблюдение этого закона и отсутствие безопасных инструментов Федеральное агентство по охране труда и здоровья США оштрафовало американские больницы 134 раза на общую сумму более \$ 1 млн. В Европе директива 2010/32 обязывает все страны Евросоюза внедрить комплекс мероприятий по предотвращению заражения в ЛПУ, включая переход на безопасные медицинские инструменты, к 11 мая 2013 года. Эти меры позволили промышленным странам резко сократить частоту внутрибольничных инфекций и обеспечивать высочайший уровень безопасности, немислимый еще 15 лет назад.

Имеющиеся недостатки в обеспечении безопасности в российских ЛПУ имеют системную природу, а их эффективная коррекция может быть достигнута за счет комплекса организационных мероприятий, нормативно-правового регулирования и инновационных технических решений. В последние пару лет наметились некоторые позитивные сдвиги: безопасные технологии начинают внедряться в передовых отечественных ЛПУ, а безопасность медицинской помощи прямо упоминается в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Однако, это лишь первые шаги в нужном направлении.

«Для дальнейшего решения проблемы и обеспечения уровня безопасности медицинской помощи, сравнимого с тем, который достигнут в развитых индустриальных странах, нам необходимо объединить усилия организаторов здравоохранения, законодателей, представителей науки, медицинской индустрии и профессионального сообщества с целью всестороннего анализа проблемы, комплексного внедрения современных технических решений и формирования полноценной нормативной базы», - сказал Алексей Бобрик, глава представительства компании BD в России.

Реализация обязанности страховщика по контролю качества медицинской помощи в системе ОМС

В декабре 2006 г. Минздравсоцразвития России утвердило два административных регламента Росздравнадзора, касающихся экспертизы медицинской помощи. Приказом Минздравсоцразвития России от 31.12.06 № 900 утвержден административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за порядком производства медицинской экспертизы.

Медицинская экспертиза, контроль за порядком производства которой относится к полномочиям Росздравнадзора, включает в себя:

- 1) экспертизу временной нетрудоспособности, проводимую в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санитарно-курортным лечением и в иных случаях;
- 2) медико-социальную экспертизу, проводимую в целях установления инвалидности и определения ее причин;
- 3) судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизу, проводимую в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 4) независимую медицинскую экспертизу.

В целом при осуществлении контроля за порядком производства медицинской экспертизы к ней предъявляются следующие требования:

- по определению степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве;
- по направлению на консультацию к специалистам, на госпитализацию, по определению необходимости и сроков временного или постоянного перевода по состоянию здоровья на

другую работу, по направлению гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию;

-по обеспечению в ряде случаев независимости экспертизы.

Второй административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития касается исполнения государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи. Он утвержден приказом Минздравсопразвита России от 31.12.06 № 905. При этом особо подчеркивается следующее. Стандарты медицинской помощи утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Право установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже федеральных относится к полномочиям органов государственной власти субъектов РФ. Контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи осуществляется Росздравнадзором. В контроле за соблюдением стандартов медицинской помощи на конкретной территории также участвуют соответствующие органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.

В целях контроля за соблюдением в своей деятельности организациями здравоохранения стандартов медицинской помощи Росздравнадзор в ходе сбора и анализа сведений использует единую методологию оценки соответствия оказываемой медицинской помощи.

Медицинская помощь в РФ осуществляется в соответствии с законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 « О защите прав потребителей», методическими рекомендациями Федерального фонда ОМС: «Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования» (утв. Приказом ФОМС от 06.09.00 № 73) и Методическими рекомендациями для структурных подразделений по защите прав застрахованных территориальных фондов ОМС(СМО) по подготовке дел, связанных с защитой прав застрахованных, к судебному разбирательству (утв. Приказом ФОМС от 11.10.02 №48). Перечисленные методические помощи в системе обязательного медицинского страхования сделать шаг вперед.

Медицинская помощь (медицинская услуга) – любое медицинское вмешательство с целью диагностики, лечения или иной целью, имеющей профилактическую, диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность, выполняемое врачом либо другим медицинским работником.

Недостаток медицинской услуги – несоответствие услуги обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора, или целям, для которых услуга такого рода обычно оказывается, или целям, о которых исполнитель (медицинский работник) был поставлен в известность застрахованным (пациентом) при заключении договора, или описанию медицинской технологии оказания медицинской услуги, стандарту оказания медицинской услуги.

Безопасность медицинской услуги – безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества застрахованного (пациента) при обычных условиях ее оказания с учетом обоснованного риска, а также безопасность процесса оказания услуги.

Страховой случай – обращение застрахованного гражданина в учреждение здравоохранения, работающее в системе ОМС, за получением медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС.

Медицинская помощь надлежащего качества (качественная медицинская помощь)- медицинская помощь, оказываемая медицинским работником, исключающая негативные последствия:

-затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса;

- Дефект оказания медицинской помощи – действие (бездействие) медицинского персонала, при котором помощь (услуга) не соответствует обязательным требованиям, предусмотренным законом или условиям договора; нарушены требования нормативных актов уполномоченного федерального органа исполнительной власти (приказов, стандартов, правил, действующих инструкций, руководств, положений, наставлений и директив, утвержденных приказами); нарушены обычаи делового оборота и обычно предъявляемые требования в сфере здравоохранения; нарушены требования безопасности медицинской услуги; помощь (услуга) не соответствует целям, для которых данная медицинская помощь (услуга) обычно оказывается, что выразилось в причинении вреда жизни и здоровью застрахованных (пациентов).

При таких условиях (бездействии) могут быть также нарушены права застрахованных; нарушена технология оказания медицинских услуг - неправильная диагностика, неправильное оказание (неоказание) медицинской помощи; затруднение стабилизации имеющегося у пациента заболевания; создание условий и повышение риска для возникновения нового патологического процесса; неоптимальное использование ресурсов медицинского учреждения; а также нарушены правила оформления медицинской документации.

- Медицинская экспертиза в системе ОМС - оценка объема и (или) качества оказанной медицинской помощи (медицинской услуги) на любых этапах ее оказания и оформления документации об ее оказании. Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) методологически выполняется в виде целевой плановой экспертизы и плановой экспертизы качества медицинской помощи.

- Целевая ЭКМП - вариант медицинской экспертизы в системе ОМС. Ее цель - оценка оказания качества и объемов медицинской помощи застрахованному гражданину индивидуально. Предмет целевой ЭКМП - медицинская и иная документация, в которой отражены факты оказания застрахованному медицинской помощи.

-по факту повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение семи дней со дня завершения амбулаторно-поликлинического лечения (кроме хронических, рецидивирующих заболеваний);

-по факту внутрибольничного инфицирования и осложнений;

4

-по факту наличия в диагнозе признаков причинения вреда здоровью застрахованного при оказании ему медицинской помощи;

-по факту взаимного несоответствия различных данных реестра застрахованных.

Плановая ЭКМП - вариант медицинской экспертизы в системе ОМС. Ее цель - общая системная оценка оказания качества и объемов медицинской помощи отдельным группам застрахованных граждан по виду оказанной медицинской помощи, нозологической форме, возрасту, социальному положению, уровню учреждения здравоохранения и т.д. Предмет плановой ЭКМП - медицинская и иная документация, в которой отражены факты оказания застрахованному медицинской помощи. Плановая ЭКМП должна назначаться:

-по запросам и жалобам страхователя, связанным с оказанием медицинской помощи его работникам;

-по фактам отклонения в ту или иную сторону от сложившихся средних статистических показателей объемов оказания медицинской помощи;

-по фактам превышения контрольных сроков госпитализации по сравнению со сложившимися средними статистическими показателями (превышение срока госпитализации в 1,5 раза по сравнению с контрольным, установленным стандартом или средне сложившимся, для всех застрахованных в отчетном периоде);

-с целью изучения и экспертной оценки оказания медицинской помощи по отдельному подразделению, виду медицинской деятельности, нозологической форме, методу отдельной диагностики или технологии оказания медицинской помощи при отдельной нозологии;

-при наличии ранее выявленных дефектов оказания медицинской помощи.

Неадекватное качество оказанной медицинской помощи определяется наличием недостатка медицинской услуги, нарушением безопасности медицинской услуги, наличием конкретного дефекта оказания медицинской помощи.

Важнейший аспект организации экспертизы КМП - создание единого экспертного пространства на территории России, и главная роль в этом должна принадлежать утверждению Федерального перечня дефектов, предъявляемых страховой медицинской организацией (СМО) за нарушение договорных обязательств в системе ОМС к учреждениям здравоохранения, реализующим территориальную программу ОМС.

— К дефектам оформления первичной медицинской документации, приведшим к невозможности оценить динамику состояния больного, объем и характер медицинской помощи (п.3.2), относят нарушения требований нормативных документов, устанавливающих формы медицинской документации и правила ее оформления, в том числе:

1.Отсутствие обоснования предварительного диагноза (диагнозов), тактики ведения (наблюдения) больного.

2.Отсутствие обоснования клинического диагноза (по результатам дополнительного обследования) (формулировка диагноза должна соответствовать МКБ-10).

3. Отсутствие рубрификации заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов на три рубрики: основное заболевание (в патологоанатомическом диагнозе - первоначальная причина смерти); осложнения основного заболевания (включая смертельное осложнение - непосредственную причину смерти); сопутствующие заболевания.

Отдельной подрубрикой, с красной строки после перечисления всех осложнений в рубрике «Осложнения основного заболевания», указываются интенсивная терапия и реанимационные мероприятия (и их осложнения).

Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, так же как и патологоанатомический, не пригоден для кодирования и статистического анализа и независимо от своего содержания не подлежит сличению (сопоставлению), в связи с чем расценивается как неверно оформленный диагноз.

При отсутствии рубрификации заключительного клинического диагноза при его сличении с патологоанатомическим, независимо от результатов аутопсии, регистрируется расхождение диагнозов, которое относят ко II категории по субъективной причине - неверной формулировке (оформлению) клинического диагноза.

4. Отсутствие в заключительном клиническом и (или) патологоанатомическом диагнозе формулировки о нанесении вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи. Для кодирования случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин, используются соответствующие коды, входящие в блоки рубрик 19-го и 20-го классов МКБ-10: T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84.

При летальных исходах, связанных с терапевтическими, хирургическими и диагностическими вмешательствами, важно получить информацию об их отрицательных эффектах, поэтому в качестве истинных ятрогенных болезней, приведших к смерти больного (ятрогенных осложнений, возведенных в понятие основных заболеваний), указываются и кодируются:

- все непрофессионально выполненные диагностические, терапевтические и хирургические вмешательства и лечебные манипуляции;
- смертельные осложнения профилактических мероприятий, вакцинации;
- смертельные осложнения косметологических медицинских мероприятий;
- указания на совпадение или расхождение его с клиническим диагнозом, в последнем случае с указанием причины расхождения; для перинатальных - вскрытий с обоснованием связи болезни плода (новорожденного) с патологией родов и течением беременности матери;
- указания на выявленные недостатки в диагностике, лечении, обследовании умершего больного и в ведении медицинской карты стационарного больного или другой медицинской документации.

5. Отсутствие заключения клинко-патологоанатомической конференции учреждения здравоохранения о категории расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, т.е. о несовпадении любой нозологической единицы из рубрики основного заболевания по ее сущности и наличию (наличие в клиническом диагнозе иной нозологической формы гипердиагностика) или отсутствие данной нозологической формы (гиподиагностика)); по локализации (в т.ч. в пределах одного органа, такого как желудок,

кишечник, легкие, головной мозг, матка с ее шейкой, почки, поджелудочная железа, сердце и др.); по этиологии, характеру патологического процесса (например, по характеру инсульта - ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние).

I категория расхождения - заболевание не было на предыдущих этапах, а в данном лечебно-профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного, распространенности патологического процесса, кратковременности пребывания больного в данном учреждении.

II категория расхождения - заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, отсутствием необходимых и доступных исследований. При этом следует читать, что правильная диагностика необязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, но правильный диагноз мог бы быть поставлен;

III категория расхождения - неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

6. Отсутствие обоснования лечебно-диагностического плана ведения пациента.

7. Нарушения в ножеколичивании ведения больного (заполнение дневниковых записей): отсутствие необходимых результатов осмотра пациента, анализа результатов проведенных диагностических исследований, нарушения ведения дневниковых записей при плановом ведении больного (не реже одного раза в два дня); при динамическом наблюдении - не реже трех-четырёх раз в сутки (при интенсивном наблюдении каждые 2-4 ч).

8. Отсутствие результатов назначенного дополнительного обследования (лабораторного, рентгенологического, функционально-диагностического инструментального и т.д.) в соответствии с листом назначений.

9. Отсутствие (или небрежное заполнение) этапных эпикризов - реже одного раза в 10 дней, а также при превышении контрольных сроков госпитализации (без обоснования необходимости задержки пациента), отсутствие записей о результатах обходов и осмотров должностных лиц (заведующего отделением один раз в неделю), отсутствие анализа реализации лечебно-диагностического плана ведения пациента, отсутствие оценки эффективности предпринятых методов лечения и обоснования продолжения лечения или изменения его тактики.

10. Отсутствие (или небрежное заполнение) выписного эпикриза (без правильной рубрифицированной формулировки заключительного клинического диагноза, без описания результатов диагностического исследования, без перечисления применяемых методов лечения с указанием наименований и дозировок фармакологических препаратов, без описания динамики и итогового состояния больного, без оценки результата (исхода) лечения, без рекомендаций пациенту после выписки из учреждения здравоохранения).

11. Отсутствие (или небрежное заполнение) документов:

1) отсутствие предоперационного эпикриза либо отсутствие обоснования в нем показаний и предполагаемого объема оперативного вмешательства обоснования необходимости планового и экстренного оперативного вмешательства; отражения диагноза по основному и сопутствующим заболеваниям; степени выраженности функциональных нарушений; абсолютных или относительных противопоказаний к операции; адекватности

7

предоперационной подготовки плана операции; степени риска оперативного вмешательства;

2) отсутствие протокола операции либо отсутствие в протоколе операции: сведений о дате и продолжительности операции, фамилий членов операционной бригады, сведений о виде операции (наименование), виде обезболивания, описания операции (доступ, топография, размер, направление разреза, слой рассекаемых тканей), описания патологических изменений, обнаруженных при операции, операционного диагноза, подробного описания хода выполнения операции с описанием проведения гемостаза в ране, числа тампонов и дренажей, оставленных в ране, контрольного счета марли и инструментов; описания завершения операции (вид швов, повязка); описания удаленного макропрепарата подписи членов бригады;

3) отсутствие протокола предоперационного осмотра анестезиологом, протокола течения анестезии, реанимационной карты, протоколов переливания компонентов крови и кровезаменителей, а также протокола патологоанатомического исследования.

Безопасность медицинской помощи

Ответственность медицинских работников за причиненный вред

В соответствии Федеральным законом «О защите прав потребителей» потребитель имеет право на то, чтобы товар (работа, услуга) при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации был безопасен для жизни, здоровья потребителя, окружающей среды, а также не причинял вред имуществу потребителя. Требования, которые должны обеспечивать безопасность товара (работы, услуги) для жизни и здоровья потребителя, окружающей среды, а также предотвращение причинения вред имуществу потребителя, являются обязательными и устанавливаются законом или в установленном им порядке. Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу потребителя вследствие необеспечения безопасности товара (работы), подлежит возмещению в соответствии со статьей 14 Закона. Если для безопасного использования товара (работы, услуги), его хранения, транспортировки и утилизации необходимо соблюдать специальные правила (далее - правила), изготовитель (исполнитель) обязан указать эти правила в сопроводительной документации на товар (работу, услугу), на этикетке, маркировкой или иным способом, а продавец (исполнитель) обязан довести эти правила до сведения потребителя.

Убытки, причиненные потребителю в связи с отзывом товара (работы, услуги), подлежат возмещению изготовителем (исполнителем) в полном объеме.

В системе ОМС и ДМС также с юридической точки зрения причинения вреда (имущественного, морального, здоровью) недопустимо.

Основания возникновения гражданско-правовой ответственности медицинских организаций

В юридической литературе считается общепринятым, что для наступления гражданско-правовой ответственности вследствие вреда, необходимо наличие следующих юридических фактов:

причинения наличие

1. Наличие вреда.

2. Противоправные действия причинителя вреда

3. Причинная связь между вредом и противоправным поведением причинителя вреда

4. Вина.

Присутствие всех четырех фактов составляет в совокупности полный состав правонарушения и является необходимым условием возникновения обязательств по возмещению вреда. Отсутствие хотя бы одного из условий не позволяет привлечь причинителя вреда к гражданско-правовой ответственности.

Причинение вреда- (обязательное) условие возникновения ответственности.

При получении медицинской помощи пациенту может быть причинен:
имущественный вред (ущерб)
моральный вред (нравственные и физические страдания)
физический вред (вред здоровью).

Ст. 15 ГК РФ «(Лицо, право которого нарушено, может требовать полного возмещения причиненных ему убытков, если законом или договором не предусмотрено возмещение убытков в меньшем размере. Под убытками понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, утрата или повреждение его имущества (реальный ущерб), а также неполученные доходы, которые лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода).

В результате некачественной медицинской помощи пациент лишился возможности получить запланированные доходы, которые мог получить в условиях обычного гражданского оборота, если бы его имущественное положение не было нарушено. Основной целью возмещения имущественного вреда состоит в полной восстановлении имущественного состояния потерпевшего. Именно в интересах потерпевшего закон обязывает возместить ему вред в полном объеме. Кроме всего прочего пациент понес дополнительные расходы-незапланированные убытки, вследствие причиненного ему имущественного вреда. Отличительной чертой имущественного вреда является то, что он всегда может быть выражен конкретной денежной суммой. Для чего потерпевший производит полную калькуляцию понесенных им убытков, подтверждая их письменными и вещественными доказательствами. Чаще всего это бухгалтерские документы о средних доходах за прошедший период, чеки, товарные чеки на лекарственные средства, изделия медицинского назначения, квитанции об оплате медицинских услуг, санаторных путевок, договор неисполненной сделки и т.д. Убытки суммируются, в результате чего определяется конкретная денежная сумма, подлежащая возмещению или персонально медицинским работником или медицинской организацией, сотрудником которой является работник.

Некачественная медицинская помощь, как правило, сопровождается нравственными и физическими страданиями.

Под моральным 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 интеллектуальную деятельность) либо результаты 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.

К физическим страданиям могут быть причислены боли, связанные с воспалительными, инфекционными процессами в организме и другими осложнениями, ятрогенно обусловленные, т.е. вызванные неправильными, необоснованными, ненадлежаще выполненными действиями бездействием медицинского персонала например, болезненными медицинскими процедурами.

Психические переживания, отрицательно-эмоциональные представления в сознании человека, вызванные умалением его нематериальных благ, соответствуют нравственным страданиям, другой составной части морального вреда.

Уголовная ответственность медицинских работников.

Под преступлением в уголовном праве признается виновное совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом РФ (УК РФ) под угрозой наказания. Общественно опасным признается деяние, которое причиняет ущерб или создает опасность его причинения охраняемым уголовным законом интересам. Применительно к последствиям преступлений против жизни и здоровья, как уже указывалось, употребляется термин вреда, а к материальным последствиям ущерб. Малозначительность деяния не является преступлением ввиду отсутствия в нем общественной опасности свойства исключительно преступлений. Такие деяния формально содержат признаки какого-либо деяния, предусмотренного Уголовным Кодексом, но лишены общественной опасности ввиду непричинения вреда или создания угрозы его причинения личности, обществу, государству. Состав преступления- это совокупность установленных Уголовным Законом признаков, определяющих общественно опасное деяние, характеризуемое как преступление. Это значит, что отсутствие хотя бы одного из этих признаков не дает основание говорить о наличие состава, а следовательно, и самого преступления. Элементами состава преступления являются объект, объективная сторона, субъект и субъективная сторона преступления.

Объект это общественные отношения, охраняемые законом. Под объективной стороной преступления понимается упорядоченная система связей между людьми по поводу социальных ценностей. Преступное деяние может характеризоваться действием или бездействием. Причинная связь одна из форм объективной связи, при которой одно явление при определенных условиях вызывает другое. Это связующее звено между конкретным деянием и наступлением преступных последствий.

Субъектом преступления признается физическое вменяемое, достигшее предусмотренного законом возраста, лицо которое может нести ответственность по уголовному праву. Законодатель выделил понятие специального субъекта. Это лицо, обладающее конкретными особенностями (должностное лицо, военнослужащий, медицинский работник). Субъективная сторона преступления отражение в сознании субъекта объективных признаков содеянного и психическое отношение к ним виновного. В Уголовном Кодексе присутствует норма о невиновном причинении вреда (ст.28),

именуемая как случай или казус. В литературе указывается на 2 вида случаев, когда лицо не предвидит возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела и не должно и не могло предвидеть этого, и когда лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, но в силу экстремальных условий или нервно-психических перегрузок физически не могло их предвидеть. Именно невиновное причинение вреда, как юридическая категория, трактуется повсеместно медицинскими работниками как врачебная (медицинская ошибка), которая подверглась частичному анализу в предыдущих главах. Действительно, если сравнить определение врачебной ошибки напомним, данное еще в 1928 г., то выяснится идентичность этих определений с учетом специфики терминологии.

Итак, уголовная ответственность медицинских работников в области профессиональной деятельности возникает из обязательств, возникающих вследствие причинения вреда здоровью тяжёлой степени. При умышленном нанесении вреда даже легкой степени тяжести также предусмотрено привлечение виновного лица к уголовной ответственности (УК РФ, ст. 115). Напомним, легкий вред здоровью-кратковременное расстройство здоровья или незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом (врачом) своих профессиональных обязанностей наказывается ограничением свободы на срок до пяти 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 (УК РФ, ст.109).

Анализируя Уголовный Кодекс РФ, можно выделить те статьи, которые являются статьями прямого действия в отношении медицинских работников в связи с их профессиональными правонарушениями:

1. 1) невиновное причинение вреда, ст. 28
2. 2) лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью;
3. 3) убийство, ст. 105;
4. 4) причинение смерти по неосторожности, ст. 109;
5. 5) умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, ст. 111;
6. 6) умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, ст. 112;
7. 7) умышленное причинение легкого вреда здоровью, ст. 115.
8. 8) причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности, ст. 118;
9. 9) принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, ст.120
10. 10) заражение венерической болезнью, ст.121;
11. 11) заражение ВИЧ-инфекцией, ст. 122;
12. 12)незаконное производство аборта, ст. 123;
13. 13) неоказание помощи больному, ст. 124;
14. 14) незаконное помещение в психиатрический стационар, ст. 128;
15. 15) мошенничество, ст. 159;
16. 16) присвоение или растрата, ст.160;
17. 17) незаконное предпринимательство, ст. 171;
18. 18) обман потребителей, ст. 200;
19. 19) получение взятки, ст. 290,
20. 20) халатность, ст. 293;

8. Заключение

5 мин.

27

Итого: 90 мин.
Итого: 180 мин.

8. Литература:

Основная :

1. Левчук И.П., Третьяков Н.В. Медицина катастроф. Курс лекций: [учебное пособие для мед. вузов] – М.,: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – С. 224 -238.
2. П.И. Сидоров, И.Г. Мосягин, А.С. Сарычев Медицина катастроф Учебник. – М.: Издательский центр «Академия», 2010 – 319 с.
3. Организация медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях: учеб. пособие для студ. мед. вузов / В. И. Сахно, Г.И. Захаров, Н.Е. Карлин, Н.М. Пильник.- СПб.: Фолиант, 2003. – 248 с. – Библиогр.: с. 246-247.- ISBN 5-93929-064-7

Дополнительная:

1. Безопасность жизнедеятельности: Учебник для вузов / С.В. Белов, В.А. Девисилов, А.В. Ильницкая, и др.; Под редакцией С.В. Белова.- 8-е издание, стереотипное – М.: Высшая школа, 2009. – 616 с.: ил.
2. Акимов В.А. Безопасность жизнедеятельности. Безопасность в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера: Учебное пособие / В.А Акимов, Ю.Л. Воробьев, М.И. Фалеев и др. – М.: высшая школа, 2007. – 592 с
3. Кукин П.П. Человеческий фактор в обеспечении безопасности и охраны труда: Учебное пособие / П.П. Кукин, Н.Л. Пономарев, В.М. Попов, Н.И Сердюк. – М.: высшая школа, 2008. – 317 с.
4. Организация медицинской помощи населению в чрезвычайной ситуации [Электронный ресурс]: учебное пособие / Р.Р. Мурзин [и др.]; ГОУ ВПО БГМУ. – Уфа: Изд-во БГМУ, 2010. -265 с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А.Г. Хасанов, Н.Р. Кобзева, И. Ю. Гончарова. – Электрон. дан. – Уфа: БГМУ, 2009- 2012. – Режим доступа: <http://92.50.144.106/jirbis/>.