ШАДРИНСКИЙ ФИЛИАЛ

ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж»

**ОРГАНИЗАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

СБОРНИК ЛЕКЦИЙ

для студентов, обучающихся по специальности СПО «Лечебное дело»

Шадринск 2016

Организационно-аналитическая деятельность. Сборник лекций для студентов, обучающихся по специальности СПО «Лечебное дело» / авт.-сост. А.В.Бутакова, Э.Ш.Зымбрян, Е.Б.Стародумова – Шадринский филиал ГБПОУ «КбМК», Шадринск, 2016 – 73 с.

**Авторы – составители:**

Стародумова Елена Борисовна - Шадринский филиал ГБПОУ «КбМК», преподаватель высшей квалификационной категории.

Бутакова Алена Владимировна – Шадринский филиал ГБПОУ «КбМК», юрист, преподаватель первой квалификационной категории

Зымбрян Эльвира Шайнуровна – Шадринский филиал ГБПОУ «КбМК», преподаватель первой квалификационной категории

В сборнике представлены лекции по ПМ 06. «Организационно-аналитическая деятельность» для студентов 4 курса средних профессиональных образовательных учреждений, обучающихся по специальности «Лечебное дело».

В сборнике систематизируются сведения по экономическим, организационным, правовым основам и основам управления профессиональной деятельности, систематизирован материал по применению методов информационного обеспечения профессиональной деятельности. В сборник лекций включены вопросы и задания по отдельным темам курса.

|  |  |
| --- | --- |
| **СОДЕРЖАНИЕ** | |
| **ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ** | 4 |
| 1. Общественное здоровье населения как экономическая категория | 4 |
| 2. Основные понятия здоровья населения, факторы, определяющие здоровье | 8 |
| **ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ** | 12 |
| 1. Основы современного менеджмента | 13 |
| 2. Управление как реализация индивидуального стиля руководства | 19 |
| 3. Управление качеством медицинской помощи | 21 |
| **ИЗУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ** | 24 |
| 1. Нормативно-правовые основы и значение страховой медицины | 24 |
| 2. Виды медицинского страхования | 27 |
| **ИЗУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ** | 29 |
| 1. Анализ и прогнозирование показателей здоровья населения. | 29 |
| **ЗНАНИЕ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ** | 30 |
| 1. Нормативно-правовое регулирование отношений в сфере здравоохранения | 30 |
| 2. Понятие, цели, принципы медицинского права | 33 |
| 3. Трудовые отношения в здравоохранении. | 35 |
| 4. Права и обязанности лечебных учреждений и граждан при оказании медицинской помощи. | 38 |
| 5. Особенности правового регулирования отдельных видов медицинской деятельности | 42 |
| 6. Ответственность медицинских работников, учреждений, пациентов | 47 |
| **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ** | 51 |
| 1. Технологии поиска тематической информации в сети Internet | 51 |
| 2. Организация электронного документооборота | 60 |
| 3. Базы данных, справочно-правовые и экспертные системы | 67 |
| **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ** | 74 |

# 

**ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

# **Общественное здоровье населения как экономическая категория**

Охрана здоровья населения в каждой стране определяется положением и развитием общественного здоровья и здравоохранения как научной дисциплины. Конкретное содержание любого курса по «Общественному здоровью и здравоохранению» изменяется в зависимости от национальных условий и нужд, а также от дифференциации, достигнутой различными медицинскими науками. С точки зрения общей классификации наук «Общественное здоровье и здравоохранение» находится на грани между естествознанием и общественными науками. В соответствии с классификацией медицинских наук (о природе, восстановлении и укреплении здоровья человека, отдельных групп и общества) общественное здоровье стремится заполнить разрыв между двумя основными группами клинических (лечебных) и профилактических (гигиенических) наук, который сложился в результате развития медицины. Она играет важную роль, развивая объединяющие принципы мышления и исследования обоих направлений медицинской науки и практики. Общественное здоровье и здравоохранение дают обобщающую картину состояния и динамики здоровья, воспроизводства населения и определяющих факторов. Такую обобщающую картину не может дать ни одна клиническая или гигиеническая дисциплина. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, должна органически сочетать конкретный анализ практических проблем охраны здоровья с исследованиями закономерностей общественного развития, с проблемами народного хозяйства и культуры. Поэтому только в рамках дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» можно создать научную организацию и научное планирование охраны здоровья населения. «Общественное здоровье и здравоохранение», как предмет преподавания, способствует повышению качества подготовки специалистов с высшим медицинским образованием, формированию умений и навыков постановки диагноза, определению тактики лечения пациентов, организации деятельности по обеспечению высокого уровня медицинского обслуживания

Общественное здоровье — это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием биологических и социальных факторов окружающей среды при определяющем значении общественно-политического и экономического строя и зависящих от него условий жизни общества (труд, быт, характер питания, отдых, уровень образования и культуры, здравоохранение).

**Медико-социальные аспекты демографии**

В оценке общественного здоровья большое значение имеют показатели демографических процессов, которые изучаются демографией. **Демография** (от греч. «*demos*» - народ, «*grapho*» - писать) – это наука, изучающая воспроизводство населения как процесс непрерывного изменения его численности и структуры в ходе смены одного поколения другим. Одним из разделов этой науки является медицинская демография.

Медицинская демография изучает взаимосвязь воспроизводства населения с медико­социальными факторами и разрабатывает на этой основе меры медицинского, социального, правового характера, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения. Статистическое изучение воспроизводства населения ведется в двух направлениях:

* статика населения;
* динамика населения.

Статика населения изучается по следующим основным признакам: пол, возраст, социальные группы, профессия, брачное состояние, национальность, образование, гражданство, место жительства, плотность населения на определенный (критический) момент времени. Эти данные получают из переписей населения и специальных выборочных исследований. Они необходимы, прежде всего, для анализа и перспективного планирования социально-экономического развития страны.

Перепись населения - всеобщий (сплошной) учет населения, в процессе которого осуществляется сбор данных, характеризующих на определенный момент времени каждого жителя страны или административной территории.

Всего в России проводилось 8 переписей населения: первая перепись населения - в 1926 г., последняя - в 2002 г.

Динамика населения характеризуется изменением численности и структуры населения в силу следующих основных причин:

* механического движения населения (миграции);
* естественного движения населения.

**Механическое движение населения**

Среди процессов, характеризующих население, важное место отводится механическому движению населения (миграции). Под воздействием миграции меняется численность и возрастно-половой состав населения в отдельных административных территориях и населенных пунктах.

В зависимости от юридического статуса пересекаемых населением границ административных территорий различают:

* внешнюю миграцию населения;
* внутреннюю миграцию населения.

Внешнейназывается миграция, при которой пересекаются государственные границы.

К внутреннеймиграции относятся перемещения в пределах одной страны между административными или экономико-географическими районами, населенными пунктами и т.п.

По хронологическим признакам выделяют:

* постоянную (безвозвратную) миграцию;
* временную миграцию;
* сезонную миграцию;
* маятниковую миграцию.

Постоянная (безвозвратная) миграция - окончательная смена постоянного места жительства. Примером такой миграции может служить переезд на постоянное место жительства из села в город, из одного государства в другое.

Временная миграция предполагает временное переселение на какой-то достаточно длительный срок. Обычно это связано с работой вахтовым методом или по контракту (переселения рабочих из одной страны в другую, в удаленные и малообитаемые районы Севера и др.).

Сезонная миграция - перемещение людей в определенные периоды года, например к месту отдыха.

Маятниковая миграция - это регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего постоянного места проживания.

***Естественное движение населения***

Другая причина изменения численности и структуры населения в динамике - его естественное движение, которое рассматривают как совокупность процессов рождаемости, смертности и естественного прироста, обеспечивающих возобновление и смену поколения. Основные показатели естественного движения населения это:

1. рождаемость;
2. смертность;
3. естественный прирост населения;
4. средняя продолжительность предстоящей жизни.

Рождаемость - естественный процесс возобновления населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом деторождений в конкретной популяции за определенный период времени.

Статистический учет рождений

Согласно российскому законодательству все дети в течение месяца со дня рождения должны быть зарегистрированы в органах загса по месту их рождения или месту жительства родителей. Основным документом для регистрации ребенка в органах загса служит «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у-08). Оно выдается при выписке матери из стационара всеми учреждениями здравоохранения, в которых произошли роды, во всех случаях живорождения. В случае родов на дому «Медицинское свидетельство о рождении» выдает то учреждение, куда родильница доставляется после родов.

При многоплодных родах «Медицинское свидетельство о рождении» заполняется на каждого ребенка в отдельности.

В населенных пунктах и медицинских учреждениях, где работает врачебный персонал, «Медицинское свидетельство о рождении» составляется обязательно врачом. В сельской местности, в учреждениях здравоохранения, в которых нет врачей, оно может быть выдано акушеркой или фельдшером, принимавшими роды.

В случае мертворождения или смерти ребенка в родильном доме обязательно заполняется «Медицинское свидетельство о рождении», которое предоставляется вместе с «Медицинским свидетельством о перинатальной смерти» (ф. 106-2/у-08) в органы загса. Запись о выдаче «Медицинского свидетельства о рождении» с указанием его номера и даты выдачи должна быть сделана в «Истории развития новорожденного» (ф. 097/у), в случае мертворождения - в «Истории родов» (ф. 096/у). Для учета рождаемости, расчета ряда демографических показателей крайне важно определить, живым или мертвым родился ребенок, срок беременности, доношенность и т.д.

Статистика **живорожденности**

Учреждения здравоохранения осуществляют регистрацию в медицинской документации всех родившихся живыми и мертвыми, имеющих массу тела при рождении 500 г и более. В органах загса подлежат регистрации:

* родившиеся живыми с массой тела 1000 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, длиной тела 35 см и более, или сроком беременности 28 недель и более), включая новорожденных с массой тела 1000 г при многоплодных родах;
* родившиеся живыми с массой тела от 500 до 999 г в тех случаях, если они прожили более 168 ч после рождения, также подлежат регистрации в органах загса как живорожденные.

Недоношенными считаются дети, родившиеся при сроке беременности менее 37 недель и имеющие признаки недоношенности.

Доношенными считаются дети, родившиеся при сроке беременности от 37 до 40 недель. Переношенными считаются дети, родившиеся при сроке беременности от 41 до 43 недель и имеющие признаки перезрелости.

Кроме того, выделяется понятие пролонгированной или физиологически удлиненной беременности, которая продолжается более 42 недель и заканчивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка без признаков перезрелости.

Смертность населения - процесс вымирания населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени.

Организация учета случаев смерти

В соответствии с законодательством Российской Федерации, все случаи смерти подлежат регистрации в органах загса по месту жительства умершего или по месту наступления смерти. Для регистрации случаев смерти врачом или фельдшером заполняется «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. 106/у-08), без которого выдача трупа запрещается. «Медицинское свидетельство о смерти» выдается не позднее 3 суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа.

Статистические показатели смертности

Чтобы получить полное представление о состоянии смертности населения рассчитывают и анализируют следующие показатели:

* общий коэффициент смертности;
* коэффициент материнской смертности;
* показатели детской смертности;
* коэффициент перинатальной смертности;
* коэффициент мертворождаемости;
* показатель летальности.

На первом месте среди всех причин смертности - болезни системы кровообращения (56,8%), на втором - новообразования (13,7%), на третьем - внешние причины (11,8%). Эти заболевания составляют более 80% всех причин смертности населения Российской Федерации.

Наряду с общим коэффициентом смертности большое значение имеет учет и анализ материнской смертности. Из-за невысокого уровня она не оказывает заметного влияния на демографическую ситуацию в целом, однако представляет собой одну из основных характеристик в оценке организации работы службы родовспоможения.

Материнская смертность - это смерть женщины, наступившая в период беременности, независимо от ее продолжительности и локализации, или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или внезапно возникшей причины.

Детская смертность

Показатели детской смертностихарактеризуют не только состояние здоровья детского населения, но и уровень социально-экономического благополучия общества в целом. Правильный и своевременный анализ детской смертности позволяет разработать ряд конкретных мер по улучшению здоровья беременных и детей, оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий, работу местных органов управления здравоохранением по охране материнства и детства.

Коэффициент естественного прироста населения представляет собой наиболее общую характеристику демографической ситуации и исчисляется как разность между показателями рождаемости и смертности по следующей формуле:

***Коэффициент***

***естественного***

***прироста***

***Общий***

***коэффициент рождаемости***

***Общий***

***коэффициент***

***смертности***

***=***

***-***

*Рисунок 1. Формула вычисления коэффициента естественного прироста*

Отрицательный естественный прирост свидетельствует о явном неблагоплучии в обществе и его принято называть противоестественной убылью населения.Такая демографическая ситуация обычно характерна для периода войн, экономических кризисов и других потрясении.

Важнейшая задача общества - создать необходимые социально-экономические условия для воспроизводства населения, превышения уровня рождаемости над смертностью.

Одним из показателей, используемых для комплексной оценки общественного здоровья, является средняя продолжительность предстоящей жизни (СППЖ). Под этим показателем следует понимать гипотетическое число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся или числу живущих определенного возраста при условии, что на всем протяжении жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была в том году, для которого производилось исчисление. Этот показатель характеризует жизнеспособность населения в целом, он не зависит от особенностей возрастной структуры населения и пригоден для анализа в динамике и сравнения данных по разным административным территориям и странам. Его нельзя путать со средним возрастом умерших или средним возрастом населения.

С учетом этого Указом Президента РФ № 1351 от 9 октября 2007 г. утверждена «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», которая направлена на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, регулирование внутренней и внешней миграции, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

# **Основные понятия здоровья населения, факторы, определяющие здоровье**

В практической деятельности медицинский работник обычно оценивает здоровье отдельного человека, однако для принятия управленческих решений необходимо анализировать здоровье определенных, часто многочисленных групп людей. Правильно собранные и хорошо проанализированные статистические данные о здоровье населения служат основой для планирования оздоровительных мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения на государственном и муниципальном уровнях, разработки современных форм и методов работы организаций здравоохранения, контроля эффективности их деятельности.

**Основные понятия здоровья населения**

В современной литературе существует большое количество определений «здоровья», однако основным, признанным во всех странах, является определение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В принятом в 1948 г. Уставе ВОЗ записано: «Здоровье - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Исследованием здоровья населения занимается медицинская статистика - один из разделов биостатистики, она изучает основные закономерности и тенденции здоровья населения, здравоохранения с использованием методов математической статистики.

Для оценки здоровья определенной группы людей или населения в целом принято использовать следующие группы индикаторов:

* показатели медико-демографических процессов;
* показатели заболеваемости;
* показатели инвалидности;
* показатели физического здоровья.

Кроме того, для комплексной оценки здоровья отдельных пациентов населения в целом выделяют следующие пять групп здоровья:

* I группа - здоровые;
* II группа - здоровые лица, у которых отсутствует какая-либо хроническая болезнь, но имеются различные функциональные отклонения, снижение иммунологической резистентности, частые острые заболевания и др.;
* III группа - больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями при сохраненных в основном функциональных возможностях организма;
* IV группа - больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями со снижением функциональных возможностей организма;
* V группа - тяжелые больные, нуждающиеся в соблюдении постельного режима.

**Факторы, определяющие здоровье населения**

Здоровье населения обусловлено комплексным воздействием факторов, определяющих образ жизни человека, среду его обитания, наследственность и состояние системы здравоохранения. Общепринята следующая классификация факторов, определяющих состояние здоровья населения:

* социально-экономические (образ жизни, условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и т.д.)
* социально-биологические (возраст, пол, наследственность и т.д.)
* эколого-климатические (состояние воздуха, воды, почвы, уровень солнечной радиации)
* медико-организационные (качество, эффективность, доступность медико-социальной помощи ит.д.).

Факторы, потенциально опасные для здоровья человека, способствующие возникновению заболеваний, называются факторами риска. В отличие от непосредственных причин заболеваний (вирусы, бактерии и т.д.), факторы риска действуют опосредованно, создавая неблагоприятный фон для возникновения и развития болезней.

*Рисунок 2. Доля отдельных факторов риска в формировании здоровья населения (академик Ю.П. Лисицын)*

Таким образом, главная задача государства в целом и здравоохранения в частности состоит в разработке и реализации комплекса профилактических мероприятий по снижению воздействия факторов риска и усилению позитивных факторов, обусловливающих здоровье населения.

Заболеваемость

Заболеваемость населения - это важнейшая составляющая комплексной оценки здоровья населения. Учет заболеваемости ведется практически всеми медицинскими учреждениями. Анализ заболеваемости необходим для выработки управленческих решений как на федеральном, так на региональном и муниципальном уровнях управления системой здравоохранения. Только на ее основе возможны правильное планирование и прогнозирование развития сети учреждении здравоохранения, оценка потребности в различных видах ресурсов. Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинских учреждений, системы здравоохранения в целом.

Основные источники получения информации о заболеваемости населения следующие:

* регистрация случаев заболевания при обращении населения за медицинской помощью в организации здравоохранения;
* регистрация случаев заболевания при медицинских осмотрах;
* регистрация случаев заболеваний и причин смерти по данным патологоанатомических и судебно-медицинских исследований.

Учет заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью в организации здравоохранения ведется на основании разработки «Талона амбулаторного пациента» (ф. 025-6(7)/у-89; 025-10/у-97; 025-11/у-02; 025-12/у-04) или «Единого талона амбулаторного пациента» (ф. 025-8/у-95). Талоны заполняются на все заболевания и травмы (кроме острых инфекционных заболеваний), во всех поликлиниках, амбулаториях в городах и сельской местности.

В зависимости от поставленных задач и используемых организационных технологий медицинские осмотры подразделяют на:

* предварительные медицинские осмотры;
* периодические медицинские осмотры;
* целевые медицинские осмотры.

Предварительные медицинские осмотры проводят при поступлении на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы.

Цель периодических медицинских осмотров - динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей, своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными опасными веществами и производственными факторами.

Целевые медицинские осмотры проводятся, как правило, для обнаружения ранних форм социально-значимых заболеваний (злокачественные новообразования, туберкулез, сахарный диабет и другие) и охватывают различные группы организованного и неорганизованного населения.

Лучший способ массового медицинского осмотра с точки зрения качества - это проведение его бригадой специалистов. Однако такие осмотры связаны с необходимостью привлечения значительных кадровых, финансовых, материальных ресурсов.

Именно поэтому стремление охватить медицинскими осмотрами как можно большую часть населения с привлечением ограниченного объема ресурсов обусловило разработку и внедрение различных организационных форм обследования с использованием многообразных тестов. Эти организационные формы носят общее название «скрининг». Само понятие «скрининг» берет начало от английского слова «screening»,что в переводе означает просеивание, отсев, отбор. Скрининг - это массовое обследование населения и выявление лиц с заболеваниями или начальными признаками заболеваний. Основная цель скрининга - провести первичный отбор лиц, требующих углубленного обследования, консультации узких специалистов, формирования групп повышенного риска заболевания определенной патологией. Как правило, целевые (скрининговые) медицинские осмотры проводятся в несколько этапов.

В результате медицинских осмотров рассчитывается показатель патологической пораженности.

Основным нормативным документом, который используется во всех странах мира для изучения заболеваемости и причин смертности, служит Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). МКБ - это система группировки болезней и патологических состояний, которая пересматривается и утверждается ВОЗ примерно каждые 10 лет. В настоящее время у нас в стране, как и во всем мире, действует Международная классификация десятого пересмотра - МКБ-10 (табл. 1).

*Таблица 1.*

*Классы болезней (МКБ-10)*

|  |  |
| --- | --- |
| Классы | Наименование классов |
| I | Некоторые инфекционные и паразитарные болезни |
| II | Новообразования |
| Ш | Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения,  вовлекающие иммунный механизм |
| IV | Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения  обмена веществ |
| V | Психические расстройства и расстройства поведения |
| VI | Болезни нервной системы |
| VII | Болезни глаза и его придаточного аппарата |
| VIII | Болезни уха и сосцевидного отростка |
| IX | Болезни системы кровообращения |
| X | Болезни органов дыхания |
| XI | Болезни органов пищеварения |
| XII | Болезни кожи и подкожной клетчатки |
| XIII | Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани |
| XIV | Болезни мочеполовой системе |
| XV | Беременность, роды и послеродовой период |
| XVI | Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде |
| XVII | Врожденные аномалии (пороки развитии), деформации и хромо­сомные нарушения |
| XVIII | Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках |
| XIX | Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздей­ствия внешних причин |
| XX | Внешние причины заболеваемости и смертности |
| XXI | Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обраще­ния в учреждения здравоохранения |

**Качество жизни, связанное со здоровьем**

В последние годы для оценки уровня социально-экономического благополучия в обществе все чаще стали использовать понятие «качество **жизни**» как интегральную оценку индивидуумом своего положения в жизни общества, соотношения этого положения со своими целями и возможностями. Другими словами, качество жизни отражает уровень комфортности человека в обществе и базируется на следующих основных компонентах:

* условиях жизни - объективной, не зависящей от самого человека стороне его жизни (природная, социальная среда и др.);
* образе жизни - субъективной, создаваемой самим человеком стороне жизни (общественная, трудовая, физическая, интеллектуальная активность);
* удовлетворенности условиями и образом жизни.

Применительно к медицине используется оценка качество жизни, связанного со здоровьем, как интегральная характеристика физического, психологического и социального состояния больного, основанная на его субъективном восприятии действительности.

Исследования качества жизни, связанного со здоровьем, позволяют изучить влияние заболевания и результатов его лечения на показатели качества жизни больного человека в целом.

Самый эффективный метод оценки качества жизни - социологический опрос населения путем получения стандартных ответов на стандартные вопросы. Для этого применяют различные опросники (анкеты), которые бывают общие, применяемые для оценки качества жизни населения в целом, и специальные, используемые для оценки качества жизни при конкретных заболеваниях. Причем задача медицинской сестры (фельдшера, акушерки) научиться под руководством врача правильной организации заполнения этих анкет пациентами и интерпретация полученных данных.

При изучении качества жизни, связанного со здоровьем, необходимо учитывать то обстоятельство, что имеются значительные несоответствия между показателями качества жизни, оцененными самими пациентами и «сторонними наблюдателями», например родственниками, друзьями. В первом случае, когда родные и близкие излишне драматизируют ситуацию, срабатывает так называемый «синдром телохранителя». Во втором случае проявляется «синдром благодетеля», когда они завышают реальный уровень качества жизни у больного. Именно поэтому в большинстве случаев только сам пациент может определить, что хорошо, а что плохо в оценке своего состояния.

Распространенной ошибкой является отношение к качеству жизни, связанному со здоровьем, как к критерию оценки степени тяжести заболевания. Нельзя строить заключения о влиянии какого- либо метода лечения на качество жизни больного, основываясь на динамике клинических показателей. Важно помнить, что качество жизни отражает не тяжесть течения процесса, а то, как пациент воспринимает свое заболевание.

Таким образом, исследование качества жизни, связанного со здоровьем, оказывается достаточно эффективным инструментом оценки состояния больного, планирования его лечения.

# **ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ**

# **Основы современного менеджмента**

С переходом к рыночной экономике система здравоохранения, все больше требуется хорошо подготовленных руководителей на всех уровнях управления. От эффективности руководства будет зависеть успешная деятельность организации.

Это вызвано разными причинами: децентрализацией собственности, многоканальным финансированием медицины, новой системой оплаты медицинской помощи, сложностями при поиске и найме способных работников. Фельдшер, начавший работать на ФАПе или здравпункте, фактически становится руководителем, от Вас будет зависеть, сможете ли вы сформировать благоприятный психологический микроклимат в подчиненном коллективе, насколько будете справедливо и эффективно руководить. Чтобы справиться с этими проблемами, нужно овладевать новыми управленческими знаниями, научиться пользоваться ими на практике. Для этого и необходимо постижение науки и искусства менеджмента.

Понятие «менеджмент» и «управление»

Слово «менеджмент» к нам пришло около 10 лет назад и сегодня это английское слово стало известно практически каждому образованному человеку.

«Management» в переводе с английского языка - «управление»

Существует множественное определений менеджмента.

Менеджмент — это

* умение добиваться поставленных целей, используя труд, интеллект, мотивы поведения других людей;
* деятельность, направленная на управление ресурсами (трудовыми, финансовыми, материальными, информационными).

Менеджмент - это особый тип управления, предполагает управление рыночной организацией, цель которой получение прибыли.

Управление является более широким, обобщающим понятием, чем менеджмент.

Цель менеджмента в здравоохранении - снижение потерь общества от заболеваний, инвалидности и смертности населения при имеющихся ресурсах.

Задача менеджмента - это наиболее эффективное достижение цели путём повышения качества лечебных, диагностических и профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов здравоохранения.

Основные категории менеджмента

К основным категориям менеджмента относятся:

1. субъекты и объекты;
2. функции;
3. принципы;
4. методы;
5. виды.

Различают:

Генеральный менеджмент - управление лечебно-профилактическим учреждением в целом.

Функциональный менеджмент - управление определёнными сферами деятельности учреждения и его подразделениями:

* техническими операциями — диагностика, экспертиза, реабилитация, меры профилактики и др.
* коммерческими — для медицинских учреждений — это продажа отдельных видов медицинских услуг.
* финансовыми операциями — привлечение средств и распоряжение ими для осуществления
* деятельности.
* страховыми — страхование и охрана имущества и лиц.
* учетными — учет, статистика и др.
* административными — планирование, организация, координация, распорядительные функции и контроль.

Субъекты и объекты управления

Управление возникает тогда, когда происходит объединение людей для совместного выполнения какой-либо деятельности, т.е. формируется система.

В системе здравоохранения в управленческой деятельности имеются:

* cубъект управления - тот, кто управляет (руководители);
* oбъект управления - те, кем или чем управляют (трудовые, финансовые, материальные, информационные ресурсы).

Субъект управления в ЛПУ имеет 3 уровня

Стратегический (главный врач)

Задачи на стратегическом уровне:

* разработка новых целей с учётом возможности ЛПУ;
* обеспечение достижения поставленных целей в запланированных объемах и в определённый срок;
* совершенствование деятельности ЛПУ.

Тактический (заместители главного врача, главная медсестра)

Задачи на тактическом уровне:

* оптимальное распределение ресурсов;
* определяют цели и методы организации для подразделений;
* контроль достижения результатов.

Оперативный(заведующие отделений, старшие медицинские сёстра)

Задачи на оперативном уровне:

* оптимальное использование имеющихся ресурсов;
* обеспечение эффективного выполнения производственных процессов в подразделениях;
* контроль
* oбъекты управления:
* трудовые ресурсы (работники);
* производственные процессы (управление качеством медицинской помощи, услуг);
* материальные ресурсы;
* финансовые ресурсы;
* информационные ресурсы

Функции управления. Анри Файоль являлся основоположником функционального менеджмента. Он выделил 5 основных функций:

1. Планирование - определение целей, составление планов.
2. Организация - создание организационных структур, постановка заданий, которые должны быть выполнены. Распределение между подчинёнными так, чтобы обеспечить наиболее эффективное выполнение работы. Распределение ресурсов, полномочий и ответственности.
3. Координация- взаимная увязка действий людей и подразделений.
4. Мотивация - активизация работающих путём удовлетворения их потребностей.
5. Контроль- сопоставление результатов с планами, оценка и внесение корректив.

Перед руководителями среднего медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях стоит множество задач. Кроме подбора кадров и формирования коллектива необходимо вызвать у них желания качественно выполнять функциональные обязанности и работать на организацию.

Есть устоявшееся мнение, что достаточно материального вознаграждения, чтобы побудить человека качественно работать. Но бывает достаточно сложно выявить истинные побуждения, которые заставят отдавать работе максимум усилия. Руководитель должен обладать способностью быстро и адекватно оценивать реальные и потенциальные возможности людей, их потребности. Только через понимание мотивации работника можно эффективно ими управлять. Существует в современном менеджменте несколько определений понятия мотивации. Одно из них.

**Мотивация -** это совокупность внутренних и внешних движущих сил, которые побуждают человека к деятельности.

Основные понятия теории мотивации:

потребность - её испытывает человек, когда физиологически или психологически ощущает недостаток чего-либо;

мотив- это то, что побуждает человека действовать определённым образом;

стимулы - рычаги воздействия на человека, всегда должны носить характер вознаграждения;

вознаграждение- это всё то, что человек считает ценным для себя

* внутреннее вознаграждение - дает сама работа, чувство удовлетворения от достигнутых результатов;
* внешнее вознаграждение - дает организация.

Процесс мотивации

Процесс мотивации включает шесть этапов:

1. возникновение потребности, когда человек начинает ощущать, что ему чего-то не хватает;
2. возникновение мотивов, побуждающих человека к действию;
3. поиск наиболее эффективного для этих целей типа поведения и путей устранения потребности;
4. осуществление действий;
5. получение вознаграждения за осуществлённые действия;
6. устранение потребности, приводящее к усилению или ослаблению мотивации к действию.

Методы мотивации.

Самым первым из применяемых приёмов был метод кнута и пряника. При этом «пряник» представлял собой буквально плату, которой едва хватало, чтобы выжить. По мере улучшения жизни людей простой «пряник» не всегда заставляет человека трудиться усерднее. Мотивационные программы, которые Вы будете разрабатывать должны обязательно опираться на традиции, устои и возможности учреждения. В каждом конкретном случае мотивация должна быть ориентирована на ту сферу, которая имеет значение для самого человека. У каждого сотрудника имеются определенные надежды, связанные с работой. Недостаточное стимулирование персонала к деятельности приводит к снижению их работоспособности даже при наличии у них высокой профессиональной подготовки и навыков.

**Рекомендации по оценке личностных и профессиональных качеств персонала**

Мнение руководителя о сотрудниках складывается из собственных наблюдений за поведением подчиненного в различных ситуациях, отношением его к работе и др. Иногда эту информацию заносят в разработанную или типовую картотеку персонала, но чаще ее держат в памяти. Руководитель, исходя из собственных взглядов, отношений и поставленных целей, может выбрать из предлагаемого списка любой набор оцениваемых характеристик и каждую из них использовать для управления персоналом, и в частности мотивации:

* жизненные ценности и привычки;
* взгляды и их устойчивость;
* отношение к себе, к родным и близким, к начальству и коллегам, происходящим событиям;
* увлечения и всевозможныеумения;
* честолюбие;
* враждебность;
* уровень эмоциональности;
* поведение в группе, в экстремальной ситуации, при алкогольном опьянении и т. п.;
* странности;
* слабости и уязвимости;
* национализм;

Указанные качества необходимо оценивать как при поступлении нового сотрудника на работу, так и на протяжении всей его деятельности. Имея сведения о привычках сотрудника, его потребностях руководитель сможет использовать те или иные стимулы для эффективной работы конкретного подчинённого.

Материальные и моральные стимулы

Все виды стимулов, как рычагов управления можно разделить на две группы:

1. материальные;
2. нематериальные.

Материальные стимулы: *Денежные стимулы* (заработная плата, премия, установление коэффициентов трудового участия, участие в прибылях и т.д.).

Неденежные стимулы (организация рабочих мест, медицинские страховки, медицинское обслуживание, питание персонала за счёт учреждения, оплата за обучение, предоставление льготных путёвок, социального пакета и т.д.). Родоначальник теории материального стимулирования Фредерик Тейлор утверждал, что дополнительный заработок является хорошим стимулом для трудовых усилий. Однако длительные исследования и практика доказали, что использование данного метода эффективно только в тех случаях, когда потребность индивида связана с его существованием. Следует признать, что, как правило, руководители государственных лечебно-профилактических учреждений не имеют финансовых возможностей для применения материальных стимулов в полном объеме. Чаще всего ими используются разовые денежные вознаграждения в виде премий или материальной помощи в связи с определенными событиями.

Нематериальные (моральные) стимулы: *Признание успехов и ценности работника* (награда, благодарность, поощрение). Важно чтобы работники знали, за что они могут быть поощрены. Для этого необходимо:

* разработать критерии оценки для вознаграждения среди групп специалистов;
* разработать способы информирования всего персонала о лучших сотрудниках организации, в т. ч. и младшего медицинского персонала (например, на общеорганизационных собраниях);
* ввестисистемупоказныхпоощрений;
* внедрить традицию поздравлений работников на общеорганизационном собрании, совещаниях, планерках даже с самыми незначительными событиями (поступление ребенка в школу/институт или окончание учебных заведений, свадьба, рождение ребенка, внука и др.).

Раскрытие личных возможностей работника позволит эффективнее использовать его в производственном процессе и повысить его самооценку, что будет важным мотивирующим моментом.

Система обучения является сильным мотивирующим фактором, т. к. способствует осознанию каждым сотрудником своих перспектив в организации. Система обучения и развития персонала может включать внутренние тренинги, практические занятия, лекции, научно-практические конференции или направление в учебные заведения города, области. Необходимо помнить, что каждый сотрудник является собственником уникального капитала (знаний, навыков, умений, опыта), поэтому современному профессионалу необходимо повышение собственной, так называемой рыночной, стоимости.

**Возможность продвижения по службе**

В течение одного - двух лет молодой специалист приобретает навыки, опыт, знания. У него возникает потребность, расти, расширять область деятельности, зону ответственности, в противном случае организация его потеряет. Карьерный тупик не способствует закреплению кадров в учреждении. В тех случаях, когда специалист чувствует себя комфортно в роли наставника, целесообразно поручить ему опеку новичков и молодых сотрудников. Следует также делегировать часть своих обязанностей, давая ответственные поручения, своевременно контролируя их выполнение и не жалея похвал для сотрудника, если задание вы­полнено хорошо. Введение новых должностей (штатные или внештатные): заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, заведующего отделением сестринского ухода; медицинской сестры-консультанта, медицинской сестры-координатора и др. также будет стимулировать подчиненных к карьерному росту, что повлияет на их желание лучше трудиться.

**Четкое распределение функциональных обязанностей**

Исследования показывают, что для сотрудников дисциплина, а также четкая взаимосвязь рабочих процессов, ясность в содержании работы и критерии ее оценки являются сильным мотивирующим фактором.

**Благоприятный психологический микроклимат** *в трудовом* коллективе. Случается, что сотрудникам некомфортно работать, и никакие деньги не могут их удержать.

Формирование микроклимата климата в коллективе это очень важная и ответственная задача руководителя.

**Имидж учреждения, отделения**

Чтобы удержать сотрудников в организации и не вызвать разочарования, следует уделять внимание факторам, которые являются привлекательными и при найме — репутация, ясная перспектив, сильный состав сотрудников, привлекательная корпоративная культура. Яркое "раскрученное" имя организации тоже стимулирует сотрудников, причем иногда не меньше, чем хорошая зарплата. Этот фактор, как утверждают специалисты, является одним из сильнейших рычагов нематериальной мотивации. Работать в лечебном учреждении с мировым именем гораздо престижнее, чем в небольшой, пусть и стабильной, больнице, поэтому люди всегда стремятся попасть на работу в крупные известные учреждения.

**Ощущение стабильности и социальной защищенности** *будет* способствовать работе сотрудников с полной отдачей, не беспокоясь за завтрашний день. *Коллективные мероприятия,* на которых часто проявляются таланты, разнообразные возможности человека, дают человеку раскрыться с лучшей своей стороны, скрытой в процессе работы и сплачивают коллектив.

*Доска почета* не потеряла своей значимости и сегодня. Другие наглядные методы воздействия:

* стенды с иными названиями: "Лучшая медицинская сестра недели (месяца, года)", "По­бедительница конкурса", "Первая самостоятельная работа", "Освоение новой операции или технологии" и др.;
* фотография с комментариями и пожеланиями в комнате для персонала может сыграть не меньшую роль для сотрудника, чем денежное вознаграждение;
* наглядно представленные диплом, сертификат, выданные коллективу за определенные успехи, будут стимулировать работников к достижению новых целей;
* символические подарки к празднику свидетельствуют о том, что о сотруднике помнят, заботятся и желают продолжить с ним работу.

Проявление внимания к их детям, родителям, супругам для большинства женщин также будет мотивирующим фактором. Достаточно позаботиться о детских праздниках, путевках, консультациях у специалистов, обеспечить информацией о лекарствах или средствах ухода, разрешить временно использовать гибкий график работы, если это возможно (например, для беременных), — и сотрудник будет стараться максимально использовать свой потенциал на благо учреждения.

Эффективное общение руководителя и подчинённого является одним из важных инструментов мотивации. Постоянно повышенный голос, нечеткая формулировка требований, смена одного задания на другое, критика в присутствии других подчиненных, саркастические комментарии к предлагаемым идеям - такая форма общения создает нестабильную обстановку в коллективе и приводит к текучести кадров. Часто имеет место и другая ситуация. Как правило, в любом коллективе у руководителя есть как "свои люди", с которыми он нашел общий язык, так и постоянные "источники раздражения". "Свои" готовы задержаться после работы, информируют Вас как руководителя о новостях, советуются, вносят предложения.

"Источники раздражения" выполняют то, что должны, но ни каплей больше, ссылаясь на должностную инструкцию. Они не стремятся проявить инициативу, в штыки или с полным равнодушием воспринимают все Ваши начинания. Такое поведение сотрудников часто можно объяснить диагнозом; не мотивированы. Причиной таких ситуаций является неумение общаться, т. е. плохое межличностное взаимодействие "руководитель — подчиненный", которое наносит серьезный вред работе организации. У руководителей коллективов, как правило, имеются достаточные резервы для эффективной реализации этих направлений. При этом следует опираться на три основные составляющие:

1. доброжелательное отношение к сотрудникам;
2. готовность к общению со всеми сотрудниками, умение внимательно слушать и относиться к собеседнику с пониманием;
3. проницательность, позволяющую правильно оценивать и учитывать чувства, пожелания, физические, психоэмоциональные, интеллектуальные возможности и потребности конкретных работников.

Лучших результатов можно добиться в тех случаях, когда цели организации совпадают с интересами и возможностями подчиненного. Интересное и посильное задание наилучшим образом мотивирует его к эффективной работе.

Главное помнить: нет плохих работников, есть немотивированные работники.

# **Управление как реализация индивидуального стиля руководства**

С личностью руководителя во многом связан стиль управления как индивидуальный способ осуществления управленческой деятельности. Стиль управления во многом формируется под влиянием сложившихся отношений между руководителем и коллективом в процессе принятия и реализации управленческих решений.

Наиболее распространены следующие стили управления:

* авторитарный;
* либеральный;
* демократический;
* динамичный.

Авторитарный - это стиль руководства, абсолютизирующий власть в одних руках. Он предполагает полное отрицание коллегиальности в принятии решений. Авторитарный стиль руководства в повседневной деятельности не следует смешивать с административно-авторитарным стилем, эффективно используемым в экстремальных ситуациях. Для авторитарного стиля управления характерно преувеличение роли административно-командных форм руководства, централизация власти, единоличное принятие управленческих решений. Руководители такого стиля ориентируются, прежде всего, на дисциплину и жесткий контроль над деятельностью подчиненных, который основан преимущественно на силе власти (власти принуждения). Инициатива подчиненных не одобряется, не стимулируется и даже, в отдельных случаях, подавляется. Исключительное право на новые идеи, оценку результатов имеет только руководитель. Руководитель авторитарного стиля нередко резок, прямолинеен, властолюбив, подозрителен, болезненно реагирует на критику. Иногда под этой маской скрывается его некомпетентность и профессиональная несостоятельность.

Либеральный стиль управления еще называют анархическим, попустительствующим. Руководитель такого стиля стоит как бы в стороне от своего коллектива. Для него характерны минимальное вмешательство в работу подчиненных и коллектива в целом, низкий уровень требовательности как к сотрудникам, так и к себе. Он предпочитает нейтральные методы воздействия на подчиненных, чья инициатива хотя и не подавляется, но активно не поощряется. В такой ситуации властью, как правило, пользуются неформальные лидеры.

Для демократического стиля характерны децентрализация управления, коллегиальное принятие решений, инициатива подчиненных поддерживается и активно поощряется. Во взаимоотношениях руководителя с подчиненными отмечаются тактичность, выдержка, доброжелательность.

В современных условиях оптимальным для руководителя признан, по сути дела, совершенно новый стиль управления - динамичный. Такой стиль руководства отличается наличием четкой позиции по любым вопросам, творческого подхода к решению проблем, готовностью идти в разумных пределах на риск, деловитостью и предприимчивостью, непримиримостью к недостаткам, чуткое и внимательное отношение к людям, отсутствие субъективизма и формализма, опорой на коллективное мнение в решении поставленных задач.

Безусловно, представленное разделение руководителей по стилю их управления довольно условно, так как у одного и того же руководителя зачастую можно наблюдать одновременно черты, характерные для разных стилей руководств.

*Таблица.2*

*Сравнительная таблица характеристик стилей руководства*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Параметры взаимодействия с подчиненными | Стили руководства | | |
| Авторитарный | Демократический | Нейтральный |
| Принятие решений | Решения принимаются единолично | Решения принимаются после обсуждения в группе | Решения принимаются сами собой (кем – то в группе) или по указанию руководства |
| Способ доведения решения | Приказы, распоряжения, команды | Предложения, советы | Просьбы |
| Отношение к ответственности | Или берет полностью на себя или полностью перекладывает на подчиненных | Коллективная ответственность | Снимает с себя всякую ответственность |
| Отношение к инициативе | Подавляется | Поощряется | Отдается в руки подчиненных |
| Отношение к квалифицированным кадрам | Стремится задавить | Стремится максимально эффективно их использовать | Отпускает в «свободное плавание» |
| Отношение к недостаткам собственных знаний | Недостатков не и не может быть «по определению» | Постоянно повышает свою квалификацию | Нет «большого значения» |
| Стиль общения | «держит дистанцию» | Поддерживает дружеское общение | Избегает общения |
| Характер отношений с подчиненными | В зависимости от настроения | Манера поведения со всеми как с равными коллегами | Мягкая манера поведения |
| Отношения к дисциплине | Формализованная дисциплина | Дисциплина «разумной достаточности» | Попустительское отношение |
| Отношение к моральному воздействию на подчиненных | Наказание - основной метод стимулирования | Необходимо использовать различные методы поощрения и наказания | Безразличное |

При применении вышеуказанного деления стилей руководства, следует иметь в виду, что нельзя, как правило, конкретный стиль в конкретной организации причислить к определенному "академическому" стилю. Это связано с тем, что:

1. Нередки случаи, когда форма и содержание действий руководителя не совпадают между собой.
2. В чистом виде тот или иной стиль руководства в каждом конкретном эпизоде может себя и не обнаружить, что связанно с рядом социально - психологических факторов, которые с неизбежностью приходится учитывать руководителю:

* специфика данной ситуации,
* своеобразие решаемых задач,
* квалификация, сработанность, личные особенности членов коллектива и т.д.

1. Демократическое и авторитарное руководство имеют своим результатом, как правило, примерно равные показатели продуктивности.
2. Удовлетворенность трудом, преимущественно - за демократическим стилем руководства;
3. В ситуациях, близких к экстремальным, наибольшая удовлетворенность наблюдалась в группах с авторитарным руководством.
4. Для членов коллектива, при авторитарным стиле руководства, удовлетворенность групповым членством зависит:

* от личностных характеристик;
* от уровня культуры и менталитета.

Искусство управления предполагает гибкое применение того или иного стиля руководства, а взятие руководителем на вооружение одного из них должно быть связанно с групповой эффективностью применения конкретного стиля.

# **Управление качеством медицинской помощи**

Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки, технологиям и стандартам.

Выделяют следующие характеристики качества медицинской помощи:

* профессиональная компетенция;
* доступность;
* межличностные взаимоотношения;
* эффективность;
* непрерывность;
* безопасность;
* удобство;
* соответствие ожиданиям пациентов.

Профессиональная компетенция

Она подразумевает наличие теоретических знаний и практических навыков медицинских работников, вспомогательного персонала и то, как они используют их в своей работе, следуя клиническим руководствам, протоколам и стандартам.

Если говорить о компетенции руководителя, то это, прежде всего, профессиональные навыки в выработке и принятии управленческих решений. Для врачей это знания и навыки постановки диагноза и лечения больного. Набор необходимых навыков и знаний вспомогательного персонала зависит от конкретно занимаемой должности. Например, профессионально подготовленный регистратор в поликлинике должен дать необходимую информацию в ответ на любое обращение пациента. Недостаток профессиональной компетенции может выражаться как в небольших отклонениях от существующих стандартов, так и в грубых ошибках, снижающих результативность лечения или лаже ставящих под угрозу здоровье и жизнь пациента.

**Доступность медицинской помощи**

Эта характеристика означает, что медицинская помощь не должна зависеть от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием, временем в пути и другими обстоятельствами, которые могут препятствовать получению пациентом необходимой помощи. Экономическая доступность определяется возможностью получения необходимой помощи гарантированного объема и качества независимо от материального положения больного. Социальная, или культурная, доступность относится к восприятию медицинской помощи в свете культурных ценностей пациента, его вероисповедания.

Например, служба планирования семьи может быть не востребована пациентами, как противоречащая их нравственным ценностям и религии. Организационная доступность подразумевает оптимизацию в режиме работы отдельных медицинских служб. Например, расписание работы поликлиники должно предоставлять возможность обращения в удобное для пациентов время. Недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность для тех людей, которые работают в течение дня. Языковая доступность означает использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью, и т.д.

**Межличностные взаимоотношения**

Эта характеристика качества медицинской помощи относится к взаимоотношениям между работниками здравоохранения и пациентами, медицинским персоналом и их руководством, системой здравоохранения и населением в целом. Корректные взаимоотношения создают атмосферу психологического комфорта, конфиденциальности, взаимного уважения и доверия. Важные элементы этих взаимоотношений — искусство слушать и адекватно реагировать. Все это способствует формированию позитивной установки пациента на проводи мое лечение.

**Эффективность**

Эффективность следует рассматривать как отношение достигнутого экономического эффекта к затратам. Важность этой характеристики определяется тем, что ресурсы здравоохранения обычно ограничены.

При этом эффективно функционирующая система здравоохранения должна обеспечивать оптимальное качество медицинской помощи за счет рационального использованияимеющихся ресурсов

**Непрерывность**

Эта характеристика означает, что пациент получает всю необходимую медицинскую помощь без задержки, неоправданных перерывов или необоснованных повторов в процессе диагностики и лечения. Обычно соблюдение этого принципа обеспечивается тем, что пациента наблюдает один и тот же специалист, обеспечивая преемственность в работе с коллегами. Несоблюдение этого принципа негативно влияет на результативность, снижает эффективность и ухудшает межличностные взаимоотношения врача с пациентом.

**Безопасность**

Как одна из характеристик качества безопасность означает сведение к минимуму риска побочных эффектов диагностики, лечения и других проявлений ятрогении. Это относится как к медицинским работникам, так и к пациентам. Соблюдение мер безопасности очень важно при оказании не только специализированной, но и первичной медицинской помощи.

Например, во время ожидания приема врача пациенты могут быть инфицированы другими больными при несоблюдении необходимых противоэпидемических мер. При решении вопроса о выборе той или иной медицинской технологии ожидаемые результаты обязательно должны соизмеряться с потенциальным риском.

Удобство

Под этой характеристикой подразумевается система мер, направленных на создание оптимального лечебно-охранительного режима: обеспечение комфорта и чистоты в медицинских учреждениях, рациональное размещение палат и лечебно-диагностических подразделений, оснащение их современной функциональной медицинской мебелью, организация режима дня больного, устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды и др.

Соответствие ожиданиям пациентов

Для пациентов в конкретном медицинском учреждении качество медицинской помощи определяется тем, насколько она отвечает их потребностям, ожиданиям и оказывается своевременной. Пациенты чаще всего обращают внимание на удобство, результативность, доступность, непрерывность медицинской помощи, на взаимоотношения, между ними и медицинском персоналом. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью зависит от оценки качества жизни, связанного со здоровьем.

Качество медицинской помощи включает в себя три основных компонента, соответствующие по сути трем подходам к его обеспечению и оценке:

* качество структур (структурный подход к обеспечению и оценке);
* качество технологии (процессуальный подход к обеспечению и оценке);
* качество результата (результативный подход к обеспечению и оценке).

Качество структуры характеризует условия оказания медицинской помощи населению. Оно определяется по отношению к системе здравоохранения в целом, медицинскому учреждению, отдельному его структурному подразделению, конкретному медицинскому работнику в отдельности. Этот компонент качества характеризуют такие параметры, как санитарно-техническое состояние зданий и сооружений, в которых функционирует медицинское учреждение; обеспеченность кадрами и их квалификация; техническое состояние медицинского оборудования (его моральный и физический износ); соответствие уровня обеспеченности лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, лечебным питанием, установленным стандартам; уровень сервисных услуг и др.

При оценке качества по отношению к медицинскому работнику оцениваются их профессиональные характеристики, как сумма теоретических знаний и практических навыков для выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций.

Качество технологии характеризует все этапы процесса оказания медицинской помощи. Качество технологии дает представление о соблюдении стандартов медицинской помощи, правильности выбора тактики и о качестве выполненной работы. Оно характеризует, насколько Комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, соответствовал установленным стандартам медицинских технологий. Если на оказание медицинской помощи больному было затрачено средств больше, чем предусмотрено действующими медико-экономическими стандартами, — такая помощь не будет признана качественной даже в случае достижения ожидаемых результатов лечения.

Качество технологии оценивается только на одном уровне — по отношению к конкретному пациенту, с учетом клинического диагноза, сопутствующей патологии, возраста больного и других факторов. Одним из параметров, характеризующих качество технологии, может служить наличие или отсутствие врачебных ошибок.

Качество результата характеризует итог оказания медицинской помощи, т.е. позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют реально достижимым. Обычно качество результата оценивают на трех уровнях: по отношению к конкретному пациенту, всем больным в медицинском учреждении, к населению в целом. Анализ качества результата по отношению к конкретному пациенту дает возможность оценить, насколько достигнутые результаты лечения конкретного больного близки к ожидаемым с учетом клинического диагноза, возраста и других влияющих на исход заболевания факторов.

Например, для одного больного планируемым результатом лечения может быть его полное выздоровление с нормализацией всех данных клинико-биохимических, функциональных и других видов исследований. Для другого больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, осложненным влажной гангреной, планируемым результатомлечения может явиться ампутация нижней конечности.

При стационарном лечении ранее было принято выделять три исхода госпитализации: «выздоровление», «перевод», «смерть». В настоящее время стационары перешли к новой, более дифференцированной системе оценки исходов лечения, в которой выделяют: «выздоровление», «улучшение», «без перемен», «ухудшение», «перевод», «смерть». По завершении амбулаторно-поликлинического лечения больного возможными исходами могут быть: «выздоровление», «ремиссия», «госпитализация», «перевод в другое медицинское учреждение», «инвалидизация», «смерть». Качество результата по отношению ко всем больным в медицинском учреждении следует оценивать за какой-либо конкретный период времени (чаше за год).

В практике ЛПУ для оценки качества результата по отношению ко всем больным обычно используют различные качественные показатели: летальность, частоту послеоперационных осложнений, расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов, запущенность по онкологии, соотношение вылеченных и удаленных зубов и др. Качество результата по отношению к населению в целом характеризуют показатели общественного здоровья.

Все компоненты качества связаны между собой и оказывают друг на друга влияние. При низком уровне качества структуры довольно сложно обеспечить приемлемый уровень качества технологии. Нарушение технологии диагностики и лечения в большинстве случаев приводит к неблагоприятным результатам лечения. Вместе с тем высокий уровень качества структуры — только потенциальная, но не всегда реализуемая возможность иметь высокий уровень качества технологии и результата. Такую взаимозависимость часто определяют как «принцип негатива» — при плохом качестве негатива невозможно сделать хорошую фотографию, но плохой снимок может получиться и при качественном негативе.

# **ИЗУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ**

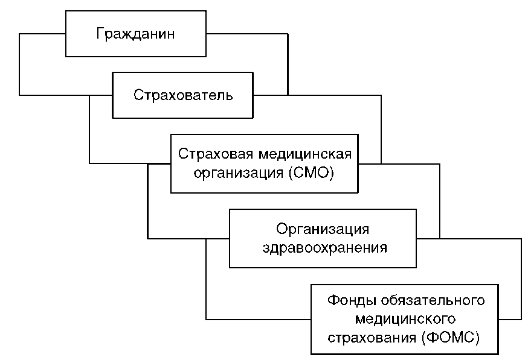
# **Нормативно-правовые основы и значение страховой медицины**

Первым нормативным актом, положившим начало медицинского страхования в современной России, явился Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который был принят в 1991 г. Позднее законодатель внес в него ряд существенных изменений, и с этого момента правовой основой развития медицинского страхования в нашем государстве стал Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Согласно Закону **медицинское страхование** представляет собой форму социальной защиты интересов населения в охране здоровья, цель которого - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. В широком смысле медицинское страхование - это новая форма экономических отношений в сфере здравоохранения, обеспечивающая восстановление здоровья населения в условиях рыночной экономики.

Медицинское страхование граждан в Российской Федерации осуществляется в двух видах:

* обязательное;
* добровольное.

В системе обязательного медицинского страхования объектом страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. При этом **страховой риск** - это предполагаемое, возможное событие, а **страховой случай** - уже совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (заболевание, травма, беременность, роды). Участниками (субъектами) обязательного медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация (СМО), организация здравоохранения (медицинское учреждение), фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС). Обязательное медицинское страхование осуществляется на основе договоров, заключаемых между субъектами медицинского страхования.



*Рисунок 3. Субъекты обязательного медицинского страхования*

**Страхователи** при обязательном медицинском страховании для неработающего населения - органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации; для работающего населения - предприятия, учреждения, организации, то есть работодатели. Лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, а также лица свободных профессий (лица творческих профессий, не объединенных в творческие союзы) сами являются страхователями. Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор обязательного медицинского страхования или который самостоятельно заключил такой договор, получает страховой медицинский полис, имеющий одинаковую силу на всей территории Российской Федерации. Граждане Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования имеют право на:

* выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения и врача;
* получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;
* получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
* предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба.

Наряду с гражданами РФ такие же права в системе обязательного медицинского страхования имеют находящиеся на территории России лица, не имеющие гражданства, и постоянно проживающие в России иностранные граждане.

Функции страховщиков в обязательном медицинском страховании выполняют **страховые медицинские организации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС).**

|  |
| --- |
|  |

В обязательном медицинском страховании граждан могут участвовать страховые медицинские организации с любой формой собственности, имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Основная задача страховой медицинской организации - осуществление обязательного медицинского страхования путем оплаты медицинской помощи, предоставляемой гражданам в соответствии с **территориальной программой обязательного медицинского страхования.** Страховые медицинские организации осуществляют контроль объема и качества медицинских услуг, а также обеспечивают защиту прав застрахованных, вплоть до предъявления в судебном порядке исков медицинскому учреждению или медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине. Финансовые средства системы обязательного медицинского страхования (ОМС) формируются за счет отчислений страхователей на всех работающих и неработающих граждан. Размер страхового взноса на работающее население устанавливается Федеральным Законом как процентная ставка к начисленной оплате труда каждого работника в составе единого социального налога. Размер страхового взноса на неработающих граждан ежегодно устанавливается органами государственной власти субъекта РФ при утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи за счет средств, предусмотренных на эти цели в бюджете субъекта РФ. Эти взносы аккумулируются в Федеральном и территориальных фондах ОМС.

Финансирование страховых медицинских организаций осуществляют территориальные фонды ОМС на основе дифференцированных подушевых нормативов и числа застрахованных граждан. Финансовые отношения между страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС регулируются договором о финансировании обязательного медицинского страхования и территориальными правилами ОМС, которые утверждаются соответствующими органами государственной власти субъекта Российской Федерации.

|  |
| --- |
|  |

Важную роль по защите интересов граждан при получении медицинской помощи выполняют эксперты страховых медицинских организаций, которые осуществляют контроль объема, сроков и качества оказания медицинской помощи (медицинских услуг) при возникновении страхового случая.

Федеральный и территориальные фонды ОМС являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями, реализующими государственную политику в области обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд ОМС создается высшим органом законодательной власти России и Правительством РФ. Территориальные фонды ОМС создаются соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов РФ. Фонды ОМС являются юридическими лицами, и их средства отделены от средств государственного бюджета. Фонды ОМС предназначены для накопления финансовых средств, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение. Медицинскую помощь в системе ОМС оказывают организации здравоохранения с любой формой собственности, лицензированные в установленном порядке. Последние годы стало практикой допускать организации здравоохранения частных форм собственности к участию в реализации территориальных программ ОМС на конкурсной основе. Это способствует созданию конкурентной среды и служит фактором повышения качества и снижения затрат на оказание медицинской помощи застрахованным. Медицинские учреждения финансируются страховыми медицинскими организациями на основании предъявляемых счетов. Оплата счетов осуществляется по тарифам в соответствии с объемом медицинской помощи, оказанной учреждением. Для амбулаторно-поликлинических учреждений единица помощи - **врачебное посещение,** для стационарных - **законченный случай госпитализации.**

|  |
| --- |
|  |

Медицинское страхование, представляя собой составную часть государственного социального страхования, носит выраженный социальный характер. Его основные принципы:

1. **всеобщий и обязательный характер:** все граждане Российской Федерации независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в базовую и территориальные программы ОМС;
2. **государственный характер обязательного медицинского страхования:** реализацию государственной финансовой политики в области охраны здоровья граждан обеспечивают Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации. Все средства ОМС находятся в государственной собственности;
3. **общественная солидарность и социальная справедливость:** страховые взносы и платежи перечисляются за всех граждан, но расходование этих средств осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью (принцип «здоровый платит за больного»); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (принцип «богатый платит за бедного»). Несмотря на то, что расходы на оказание медицинской помощи гражданам в старших возрастах больше, чем в молодом возрасте, страховые взносы и платежи перечисляются в одинаковом размере за всех граждан, независимо от возраста (принцип «молодой платит за старого»).

# **Виды медицинского страхования**

Медицинское страхование граждан в Российской Федерации осуществляется в двух видах:

* обязательное
* добровольное

**Обязательное медицинское страхование**

В системе обязательного медицинского страхования объектом страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. При этом страховой риск - это предполагаемое, возможное событие, а страховой случай - уже совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (заболевание, травма, беременность, роды).

**Добровольное медицинское страхование**

В отличие от обязательного медицинского страхования, как части системы социального страхования, добровольное медицинское страхование (ДМС) является частью личного страхования и видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Добровольное медицинское страхование призвано обеспечить более высокий уровень оказания отдельных медицинских услуг дополнительно к программе обязательного медицинского страхования. Оно реализуется за счет собственных средств, полученных непосредственно от граждан или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников. Размеры страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию устанавливаются страховыми медицинскими организациями самостоятельно и зависят от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных и т.п. Добровольное страхование осуществляется на основе договора между страхователем (работодателем), страховщиком и организацией здравоохранения. Правила добровольного страхования, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Развитие медицинского страхования предполагает сотрудничество государственной системы здравоохранения и системы добровольного медицинского страхования. Определяющими условиями такого взаимодействия являются в первую очередь расширение рынка платных медицинских услуг и активизация в связи с этим деятельности компаний, работающих по программам ДМС, а также желание страховых компаний участвовать в финансировании региональных целевых медико-социальных программ. В этом случае реализуются интересы всех участников медицинского страхования. Для организаций здравоохранения это получение дополнительного финансирования по целевым медико-социальным программам, возможность повышения качества медицинской помощи и развития сервисных услуг. Для территориальных фондов ОМС - возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение тем самым практики «двойной оплаты» одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения. Для страховых компаний это возможность увеличения числа страхователей и застрахованных. Для предприятий - получение дополнительных медицинских услуг высокого качества, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

*Таблица3*

*Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования*

|  |  |
| --- | --- |
| **Обязательное медицинское страхование** | **Добровольное медицинское страхование** |
| Некоммерческое | Коммерческое |
| Один из видов социального страхования | Один из видов личного страхования |
| Всеобщее массовое | Индивидуальное или групповое |
| Регламентируется Законом РФ «О медицинском страховании граждан» | Регламентируется Законами РФ «Об организации страхового дела в РФ» |
| Правила страхования определяются государством | Правила страхования определяются страховыми организациями |
| Страхователи – работодатели, органы государственной власти | Страхователи – юридические и физические лица |
| Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета | Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей |
| Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти | Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя |
| Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике | Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем |
| Система контроля качества устанавливается государственными органами | Система контроля качества устанавливается договором страхования |
| Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности обязательного медицинского страхования | Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности |
| При наступлении страхового случая – субсидарная ответственность | При наступлении страхового случая – возмещение суммы страхового взноса |

# **ИЗУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ**

# **Анализ и прогнозирование показателей здоровья населения**

Одна из важнейших проблем социального прогнозирования – прогноз качества здоровья населения, так как без информации об ожидаемом уровне здоровья всего населения и отдельных его групп весьма сложно проводить целенаправленную социальную политику и развивать социально ориентированную экономику.

**Прогнозирование здоровья** - предвидение, предсказание состояния здоровья населения в будущем по данным информации, которая имеется в настоящее время. Имеет большое значение для практики здравоохранения, расчетов потребности населения в различных видах медицинской помощи, для планирования сети лечебно-профилактических учреждений, подготовки кадров медработников, оценки эффективности мер санитарно-профилактического характера, планирования профилактических мероприятий, диспансеризации населения. Прогноз качества здоровья является обычно прогнозом – предупреждением. Благодаря такому прогнозу в реальном будущем возможно исследовать или исключить такие ситуации, которые крайне нежелательны или вообще недопустимы. На основе прогноза – предупреждения создаются программы действий и системы мероприятий для предотвращения возникновения негативных ситуаций при формировании в будущем общественного здоровья.

В основе работы над прогнозом здоровья населения лежат следующие принципы:

1. конструктивность;
2. многовариантность;
3. регионализация;
4. учет социальной стратификации общества;
5. использование результатов других прогнозов (экономического, демографического, экологического, технологического и др.);
6. оценка ретроспективной и современной ситуации в стране и в отдельных ее регионах.

Качество общественного здоровья непосредственно зависит от социально-экономических условий. Можно с полной уверенностью утверждать, что уровень здоровья населения служит самым точным, адекватным отражением качества жизни. Любые заметные изменения условий жизни очень быстро отражаются на качестве здоровья. Многие негативные проблемы общественного здоровья связаны преимущественно с социально-бытовыми и производственными факторами (низкие доходы населения, плохое качество питания и питьевой воды, недостаточная обеспеченность жильем, плохие условия труда, неудовлетворительная сфера обслуживания и организации досуга населения, алкоголизм, наркомания, деградация нравственных принципов, постоянный психоэмоциональный стресс и пр.)

Выделяют 4 основные группы критериев, по которым оценивается состояние здоровья населения:

1. показатели естественного движения населения (рождаемость, смертность общая и детская, средняя продолжительность жизни);
2. показатели распространенности и частоты возникновения отдельных заболеваний (инфекционных, неинфекционных, профессиональных, с временной утратой трудоспособности);
3. показатели стойкой утраты трудоспособности или инвалидности,
4. показатели физического развития (рост, масса тела, окружности грудной клетки и др.).

Прогнозирование здоровья человека чаще всего ведется по 4 основным направлениям:

1. прогноз состояния здоровья практически здоровых людей перед воздействием на них неблагоприятных факторов (иногда экстремальных), что особенно актуально для авиационной, спортивной, космической медицины, а также медицинского обслуживания во вновь осваиваемых природных регионах;
2. прогноз возможности (риска) заболевания связанный с учетом воздействия вредных бытовых и производственных факторов с индивидуальными особенностями организма;
3. прогноз течения заболевания, включающий прогноз болезни вообще (как формы) и прогноз больного, т.е. течение болезни с учетом его индивидуальных особенностей;
4. прогноз исхода болезни, зависящий от правильности диагноза, раскрывающего сущность заболевания и позволяющего проводить обоснованное лечение.

**Основные показатели здоровья населения.** Показатели здоровья населения включают: демографические, заболеваемости и самооценку здоровья населением. Основными из них для измерения уровня здоровья являются демографические показатели, такие, как: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (всего, в том числе для мужчин и женщин); коэффициенты общей, повозрастной, в том числе младенческой, смертности (всего, в том числе для мужчин и женщин); показатели смертности, ее причины (всего и по половозрастным группам). Возрастные коэффициенты смертности рассчитываются раздельно для мужского и женского полов и являются наилучшими для анализа состояния и тенденций уровня смертности. Они рассчитываются по однолетним или пятилетним возрастным группам. Важным индикатором уровня развития страны и здоровья населения выступает материнская смертность. Коэффициент материнской смертности рассчитывается как число умерших беременных женщин и рожениц на 100 тыс. живорожденных детей. Все показатели должны рассматриваться в динамике за длительный промежуток времени, чтобы можно было уловить изменение тенденций, выявить устойчивые характеристики динамики последних лет, выбрать период прогноза и метод расчета показателей. Изучение структуры уровня смертности по причинам смерти – необходимое условие в исследовании факторов смертности. Причины смерти связаны с условиями жизни и труда людей, с их образом жизни. Изучая структуру смертности по причинам смерти можно установить роль тех или иных природных и социальных факторов, объективных и субъективных, зависящих и не зависящих от воли отдельного человека.

# **ЗНАНИЕ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

# **Нормативно-правовое регулирование отношений в сфере здравоохранения**

Законодательные аспекты государственного управления сферой охраны здоровья. Классификация нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения РФ. Распределение полномочий в здравоохранении и организационные формы управления.

**С древних времен** профессия врачевания считалась одной из самых важных. В разное время в обществе существовали различные, писанные и неписанные законы, затрагивающие деятельность медицинских работников и пациентов.

Первый дошедший до нас свод законов вавилонского царя Хаммурапи (XVIII век до нашей эры) определяет ответственность врачей: за операцию, сохранившую жизнь человеку - денежное вознаграждение в виде серебра; за операцию, приведшую к смерти человека - отсечение рук врачевателю.

В Древнем Египте при лечении руководствовались правилами «Священной книги». Если врач полностью соответствовал её требованиям, то независимо от результата лечения он освобождался от ответственности.

В Древнем Риме профессия врача высоко почиталась, Гомер поспел в «Илиаде»: «Стоит многих воителей смелых один врачеватель искусный». Юлий Цезарь предоставлял римское гражданство всем изучающим медицину. К ответственности привлекались врачи за продажу ядов, за аборты, кастрацию.

Гиппократ (V век до н. э.) в работе «О враче» писал, что врач должен выглядеть здоровым, иначе он не сможет правильно заботиться о других. В «Клятве» он впервые определил обязательства, которые берет на себя человек, посвятивший себя медицине. В своих сочинениях Гиппократ сравнивает врача с богом. Врачу свойственно презрение к деньгам, совестливость, скромность, простота мыслей, знание.

В России после принятия христианства зарождалось врачевание в виде народной, в основном языческой и церковной медицине. Вред, причиненный лечением, влек за собой ответственность как за умышленное преступление. При монастырях создавались больницы. В городах врачеванием занимались лекари. В «Русской правде» (X век) повреждения делились на легкие и тяжкие, и в зависимости от этого устанавливалось наказание.

Аптекарский приказ ведал (XVI-XVII вв.) врачебными делами и аптеками, в том числе выдача разрешения на медицинскую деятельность, военно-врачебная экспертиза. В конце XVII века в одном из царских указов упоминается, что смерть, наступившая в результате лечения, влечет за собой смертную казнь. Позднее за смерть от неправильного лечения виновный предавался церковному покаянию. Если же лекарь допускал незначительные ошибки в лечении, то его лишали права вести практическую деятельность до тех пор, пока он не пройдет вновь испытания и не получит свидетельства.

При Петре I врачебная деятельность подвергалась более подробной регламентации. В 1721 году принят Указ о создании Медицинской коллегии, а затем Медицинской канцелярии для управления медицинским делом, надзор за деятельностью госпиталей, учреждение аптек и снабжение медикаментами. Подготовленные за рубежом – доктора; с отечественным дипломом – лекари; фельдшера – подлекари. Впервые открываются госпитали с моргами. Указы Екатерины II об организации медико-хирургических академий в Москве и Санкт-Петербурге, в которых трудились Сеченов, Боткин, Павлов, Пирогов.

Единый врачебный закон появился в 1857 году, просуществовал до 1917 года.

В 1927 году сформирован Народный комиссариат здравоохранения РСФСР, который утвердил такие принципы здравоохранения, как: общедоступность, бесплатность, профилактическая направленность и народное просвещение.

В 1946 году сформировано Министерство здравоохранения СССР. В 1945 году была создана ООН, Устав которой закрепил основополагающие принципы в области прав человека и гражданина. В 1948 году Генеральной ассамблеей ООН была принята Всеобщая декларация прав человека, которая закрепила личные, политические и социально-экономические права и свободы человека.

До начала 90-х годов правовые акты, регламентирующие деятельность медицинских работников, определялись нормами социалистического законодательства: Основы законодательства СССР от 1961 года, закон РСФСР «О здравоохранении» от 1971 года.

В 1993 году принимается ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», который определил

* основные принципы охраны здоровья граждан;
* ответственность за причинение вреда здоровья и другие положения.

В 2011 году был принят один из основных нормативных актов, регулирующих в настоящее время отношения в сфере здравоохранения, это Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Данный нормативный акт определил правовой статус пациента, медицинского работника, охрану здоровья граждан, определил понятия врачебной тайны, лечащего врача и др.

В настоящее время используется следующая классификация нормативно-правовых актов по юридической силе в сфере здравоохранения РФ:

1. Конституция РФ от 12.12.1993 г.
2. Федеральные конституционные и федеральные законы. Например: ФКЗ «О чрезвычайном положении», ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» от 2011 г., ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 2010 года, Закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 1992 года и др.
3. Подзаконные нормативно-правовые акты: Постановления Правительства РФ. Например: ПП РФ «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» от 6.02.2012 г. Указы Президента РФ, Приказы Министерства здравоохранения РФ.
4. Локальные НПА (в том числе региональные нормативно-правовые акты). Например: Постановления Правительства Курганской области, приказы по медицинскому учреждению.
5. Международные нормативно-правовые акты: международные договоры, конвенции, декларации международных организации, ратифицированные РФ.

В основу ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» положено понятие **охраны здоровья граждан** – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, медицинского характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство гарантирует охрану здоровья в соответствии с федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан» и принципами международного права:

1. бесплатность медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в пределах, установленных действующим законодательством;
2. соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья;
3. приоритет профилактических мер;
4. доступность медицинской помощи;
5. социальная защищенность;
6. ответственность органов государственной власти, предприятий и учреждений за обеспечение прав в области охраны здоровья.

Согласно статье 72 Конституции РФ общие вопросы здравоохранения относятся к совместному ведению органов власти РФ и её субъектов.

С организационной точки зрения в РФ можно выделить следующую систему здравоохранения:

1. Государственная: Министерство здравоохранения РФ; органы управления здравоохранения субъектов РФ; лечебно-профилактические учреждения, находящиеся в государственной собственности; медицинские, фармацевтические и аптечные предприятия, подведомственные органы государственной власти РФ и органы власти субъектов РФ, органы надзора в сфере здравоохранения, Российская академия медицинских наук.
2. Муниципальная: муниципальные органы управления здравоохранения; лечебно-профилактические муниципальные учреждения.
3. Частная: медицинские, фармацевтические организации, находящиеся в частной собственности (общества с ограниченной ответственностью, акционерные общества, индивидуальные предприниматели).

**Вопросы и задания:**

1. Опираясь на лекционный материал, укажите, в какой период отечественной истории правовое регулирование отношений в России в области оказания медицинской помощи получило наибольшее развитие. Как вы думаете, с какими событиями это было связано?
2. Перечислите принципы охраны здоровья, закрепленные в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».
3. Опираясь на лекцию, приведите примеры государственных, муниципальных и частных учреждений здравоохранения в РФ.

# **Понятие, цели, принципы медицинского права**

Понятие, цели, принципы медицинского права. Правовые основы медицинского права. Законодательные основы организации медицинской помощи. Виды, формы, условия оказания медицинской помощи.

**Медицинское право** – это комплексная отрасль права, которая включает в себя совокупность правовых норм, медицинских взглядов и представлений, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности.

Комплексность медицинского права предполагает регулирование правовых отношений не только нормами охраны здоровья и медицинской помощи, но и применением норм административного, и других отраслей права.

Появление отрасли медицинского права обусловлено необходимостью регулирования отношений в сфере медицинской деятельности: частная медицина, правовой статус медицинского работника и т.д. Медицинское право в целом призвано эффективно и непротиворечиво урегулировать наиболее важные, значимые вопросы в сфере охраны здоровья населения, здравоохранения и медицинской помощи.

Медицинское право представляет собой совокупность нормативно-правовых актов, регулирующих общественные отношения в области здравоохранения, определяющих: организационные, правовые, имущественные и личные неимущественные отношения, которые возникают при оказании лечебно-профилактической помощи. К медицинскому праву примыкают этические нормы и нормы морали (медицинская этика).

*Предмет медицинского права* – это лечебно-профилактическая, санитарно-гигиеническая деятельность, акты, определяющие правовой статус участников отношений в сфере медицинского права.

*Система медицинского права* имеет три направления: комплексная часть права, часть медицинской и правовой науки, учебная дисциплина.

*Принципы медицинского права:*

1. соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
2. приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
3. приоритет охраны здоровья детей;
4. социальная защищенность граждан в случае утрат здоровья;
5. ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
6. доступность и качество медицинской помощи;
7. недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
8. приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
9. соблюдение врачебной тайны.

**Источники медицинского права** – это система определенных внешних форм, содержащих нормы, регулирующие общественные отношения в сфере оказания медицинской помощи населению, охраны здоровья граждан.

*Источники медицинского права (классификация по юридической силе):*

1) Конституция РФ от 12.12.1993 г.

2) Федеральные конституционные и федеральные законы. Например: ФКЗ «О чрезвычайном положении», ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» от 2011 г., ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 2010 года, Закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 1992 года и др.

3) Подзаконные нормативно-правовые акты: Постановления Правительства РФ. Например: ПП РФ «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» от 6.02.2012 г. Указы Президента РФ, Приказы Министерства здравоохранения РФ.

4) Локальные НПА (в том числе региональные нормативно-правовые акты). Например: Постановления Правительства Курганской области, приказы по медицинскому учреждению.

5) Международные нормативно-правовые акты: международные договоры, конвенции, декларации международных организации, ратифицированные РФ.

Указанные акты расположены в иерархическом порядке, не должны противоречить друг другу.

В РФ здоровье людей здоровье людей охраняется Конституцией РФ (статья 7). Статья 41 Конституции РФ гласит: «Каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и оказание медицинской помощи». Охрана здоровья является важнейшей задачей государства как политической организации.

Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» следующие виды медицинской помощи:

* первичная медико-санитарная помощь, предполагает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;
* специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию; высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;
* скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
* паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

1. экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
2. неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
3. плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Условия оказания медицинской помощи:

1. вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
2. амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
3. в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
4. стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

**Вопросы и задания:**

1. В чем выражается комплексность медицинского права? С какими, по вашему мнению, отраслями права тесно взаимосвязано медицинское право? Приведите несколько примеров.
2. Как Вы думаете, почему определение медицинского права помимо норм медицинского права включает в себя медицинские взгляды и представления?
3. Укажите, какие нормативно-правовые акты, являющиеся источниками медицинского права, обладают наибольшей юридической силой, а какие наименьшей? Могут ли данные нормативно-правовые акты вступать в противоречия друг с другом?
4. Какой из принципов охраны здоровья граждан Вам кажется наиболее важным? Свой ответ аргументируйте.
5. Определите, к какому элементу системы здравоохранения РФ относятся следующие учреждения: Департамент здравоохранения Курганской области, Бронницкая городская муниципальная больница, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение РАМН «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», ООО «Офтальмо».

# **Трудовые отношения в здравоохранении**

Понятие, источники трудового права. Особенности трудовых отношений медицинских работников. Права и обязанности работника и работодателя. Дисциплина труда. Трудовой договор.

**Трудовое право** – это отрасль права, регулирующая отношения, возникающие между работником и работодателем независимо от их организационно-правовых форм деятельности.

Регулируемые трудовым правом отношения основаны на соглашении между работником и работодателем о личном выполнении работником за определенную плату трудовой функции, в подчинении работника правилам внутреннего трудового распорядка при обеспечении работодателем условий труда.

*Предметом трудового права* являются трудовые отношения и отношения, тесно с ними связанные: организация труда и его управление, профессиональная подготовка, рассмотрение трудовых споров, ответственность работников и работодателей, контроль за соблюдением трудового законодательства.

Участниками трудовых правоотношений выступают работник и работодатель. Согласно статье 20 Трудового кодекса РФ, **работник** – это физическое лицо, которое вступает в трудовые отношения с работодателем. **Работодатель** – это физическое или юридическое лицо, вступившее в трудовые отношения с работником.

**Медицинский работник** – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Не стоит путать участников трудовых отношений и субъекты трудовых правоотношений. Поскольку субъектами трудовых отношений могут выступать кроме работников и работодателей профсоюзы, органы по рассмотрению трудовых споров и др. субъекты.

*Признаки трудовых правоотношений:*

* трудовые отношения осуществляются на основе правил внутреннего трудового распорядка;
* работник работает в коллективе конкретной организации;
* работник приступает к работе в соответствии с особым юридическим документом – трудовым договором;
* работник выполняет определенную работу в соответствии со своей специальностью или должностью;
* работодатель обеспечивает определенные условия труда.

*Источники трудового права:*

1. Конституция РФ от 12.12.1993 года.
2. ФКЗ и ФЗ РФ, содержащие в себе нормы трудового права (ФЗ «О системе государственной службы в РФ», ФЗ «Об основах охраны труда в РФ» и др.). Трудовой кодекс РФ от 30.12.2001 г.
3. Законы субъектов РФ.
4. Подзаконные акты РФ: Постановления Правительства РФ, Указы Президента РФ, Приказы Министерства здравоохранения РФ, Министерства труда РФ.
5. Локальные НПА, к которым относятся коллективные договоры, правила внутреннего трудового распорядка, приказу по учреждению и др.акты.
6. Международные акты.

*Права работника:*

* право на труд и на вознаграждение за него;
* право на отдых;
* право на участие в управлении организацией и на объединение для защиты своих прав;
* право на социальное страхование и на возмещение вреда.

*Обязанности работника:*

* добросовестно исполнять свои трудовые обязанности, возложенные на него трудовым договором;
* соблюдать правила внутреннего трудового распорядка и трудовую дисциплину;
* выполнять установленные нормы труда;
* соблюдать требования по охране труда и обеспечению безопасности труда;
* бережно относиться к имуществу работодателя и других работников;
* незамедлительно сообщать работодателю либо непосредственному руководителю о возникновении ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровья людей.

*Права работодателя:*

* права на законное урегулирование трудовых правоотношений (заключать, изменять и расторгать трудовые договоры с работниками в порядке, установленном законодательством, вести коллективные переговоры и заключать коллективные договоры, принимать локальные нормативные акты, создавать объединения работодателей в целях представительства и защиты своих интересов и вступать в них);
* права на поощрение и наказание (поощрять работников, требовать от работников исполнения ими трудовых обязанностей, привлекать работников к дисциплинарной и материальной ответственности).

*Обязанности работодателя:*

* соблюдение законов и обеспечение условий труда;
* ведение коллективных переговоров и допуск контроля за соблюдением трудовых правоотношений;
* возмещение вреда.

Особенности трудовых отношений медицинских работников заключаются в следующем. Для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю. В зависимости от должности и специальности продолжительность рабочего времени определяется Правительством РФ. Право на осуществление медицинской деятельности имеют лица, получившие медицинское и иное образование в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами. Медицинская деятельность осуществляется в соответствии с лицензией, выдаваемой на конкретный вид деятельности. Помимо этого необходимо чтобы лицо, осуществляемое медицинскую деятельность имело свидетельство об аккредитации специалиста.

**Трудовой договор** – это соглашение между работником и работодателем, в соответствии с которым работодатель предоставляет работу и своевременно оплачивает труд, а работник обязуется лично выполнять определенную трудовую функцию соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, действующие у данного работодателя.

Трудовой договор может заключаться на определенный срок (бессрочный) и на определенный срок (срочный), не более 5 лет.

В трудовом договоре указываются следующие условия:

* место работы с указанием места нахождения;
* трудовая функция (работа по должности;
* режим времени работы и отдыха и др.

Кроме этого в договоре должны указываться ФИО работника, наименование работодателя, сведения о документах, удостоверяющих личность работника и работодателя, ИНН того и другого налогоплательщика.

Трудовой договор вступает в силу со дня его подписания, либо со дня, когда работник приступил фактически к работе с ведома работодателя.

При заключении трудового договора в него может быть внесено условие об испытании работника в целях проверки его соответствия поручаемой работе (по соглашению сторон). При этом срок испытания обязательно оплачивается. Максимально испытательный срок может длиться 3 месяца. Испытание при приеме на работу не устанавливается для лиц, избранных по конкурсу, для беременных женщин и женщин, имеющих малолетних детей, для несовершеннолетних, для тех, с кем договор заключается на срок до 2х месяцев.

Расторжение трудового договора может производиться при инициативе работника и при инициативе работодателя.

Трудовой договор может быть расторгнут по инициативе работодателя в следующих случаях:

* ликвидация предприятия;
* сокращение штата работников;
* несоответствие работника занимаемой должности;
* неоднократного неисполнения работником без уважительной причины своих трудовых обязанностей;
* однократное грубое нарушение работником трудовой дисциплины и др.

В случае нарушения трудовой дисциплины работник несет дисциплинарную ответственность за совершение **дисциплинарного проступка**– неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей. До применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника объяснение в письменной форме. Работодатель вправе применить следующие взыскания: замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям.

**Вопросы и задания:**

1. Как Вы думаете, кто является участниками трудовых отношений? Самостоятельно приведите несколько примеров участников трудовых отношений.
2. Определите, как отражается комплексность медицинского права как отрасли во взаимосвязи медицинского права и трудового права.
3. Укажите, по каким признакам можно отличить трудовые правоотношения от других видов правоотношений?
4. Какие, по Вашему мнению, условия трудового договора обязательно должны быть включены в структуру трудового договора?
5. Проанализируйте ситуацию и ответьте на поставленный вопрос. Работник при поступлении на новое место работы по семейным обстоятельствам на неделю уехать из города. В связи с этим работник заявил, что за него это время поработает его друг. Оцените ситуацию. Возможно ли то с правовой точки зрения?

# **Права и обязанности лечебных учреждений и граждан при оказании медицинской помощи**

Правовой статус пациента и отдельных групп населения при оказании им медицинской помощи. Оказание медицинской помощи иностранцам. Правовой статус фельдшера. Право на занятие медицинской деятельностью. Социальная поддержка и правовая защита.

Лечебные учреждения оказывают квалифицированную скорую и специализированную медицинскую помощь в рамках своей компетенции и в соответствии с лицензией, полученной данным лечебным учреждением. Лечебные учреждения могут относиться к государственным, муниципальным и частным организациям (стационары, больницы, диспансеры, СЭСы, станции скорой медицинской помощи и т.д.).

Лечебные учреждения (медицинские организации) обязаны проводить санитарно-эпидемиологические, профилактические, санитарно-гигиенические мероприятия, оказывать качественную медицинскую помощь, оказывать помощь в планировании семьи и регулировании репродуктивной функции человека.

Медицинская организация имеет право:

1. *участвовать в оказании гражданам Российской Федерации медицинской помощи*в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя базовую программу *обязательного медицинского страхования*;
2. *выдавать рецепты на лекарственные препараты, справки, медицинские заключения и листки нетрудоспособности* в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
3. *осуществлять научную и (или) научно-исследовательскую деятельность*, в том числе проводить фундаментальные и прикладные научные исследования;
4. *создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах*, *с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны*.

Медицинская организация обязана:

1. *оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной* форме;
2. *осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации,* в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;
3. *информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи* и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
4. *соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных,* используемых в медицинских информационных системах;
5. *обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств*;
6. *предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях*;
7. *информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети "Интернет*", об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации;
8. *обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников* в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
9. *информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий;*
10. *вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечивать её хранение* и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
11. *обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление*;
12. *проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения* и другие обязанности.

Медицинская организация обязана обеспечивать реализацию установленного законодательством запрета на осуществление эвтаназии. Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействиями) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента. За осуществление эвтаназии предусмотрена уголовная ответственность по статье 105 УК РФ «Убийство».

На   должность фельдшерав медицинской организации назначается лицо, имеющее среднее медицинское образование по специальности "Лечебное  дело" и  имеющее определенную квалификационную категорию.

Назначениена должностьфельдшера и освобождение от неепроизводитсяприказомруководителяучреждения.

Фельдшер должен знать:

* законы Российской Федерации и иные нормативные правовые акты повопросам здравоохранения;
* структуру, основныеаспекты деятельностилечебно- исанитарно-профилактических учреждений;
* организациюмедицинской, медико-социальной помощи населению,основы геронтологии и гериатрии; и другие основы медицинской деятельности.

Фельдшер непосредственно подчиняется руководителю учреждения руководителю отделения.

Фельдшер осуществляет   прием   пациентов,   знакомит   их  с  правилами  
внутреннего распорядка и назначенного режима в отделении  и  контролируетих выполнение,обеспечиваетинфекционнуюбезопасность (соблюдает   правиласанитарно-гигиеническогои противоэпидемического режима, асептики,правильнохранит, обрабатывает, стерилизует и использует изделиямедицинского назначения) для пациента и медицинского персонала, осуществляет иные манипуляции, предусмотренные его должностной инструкцией.

*Граждане РФ имеют право на охрану здоровья.* Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья.

Иностранцам гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами РФ. Лица без гражданства и беженцы, постоянно проживающие на территории РФ, имеют право пользоваться правом на оказание медицинской помощи наравне гражданами РФ, если иное не предусмотрено международным договором РФ.

*Граждане РФ имеют право на получение достоверной и своевременной информации о своем состоянии здоровья и о факторах,* которые оказывают на него отрицательное воздействие и способствуют его улучшению.

*Граждане РФ имеют право на бесплатную медицинскую помощь на основании законов РФ и её субъектов.* Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи оказывается в соответствии и обязательным медицинским страхованием. Дополнительные медицинские услуги оказываются в рамках добровольного медицинского страхования, а также за свой личный счет, или счет организации и учреждений.

*Граждане РФ имеют право на льготное обеспечение протезами, слуховыми аппаратами, и другими специальными средствами.*

*Граждане РФ имеют право на медицинскую экспертизу по заявлению в специализированных заведениях.*

*Граждане РФ имеют право на пособие по временной нетрудоспособности при карантине, в случае отстранения от работы вследствие заразного заболевания лиц, окружавших его.*

**Пациент** – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь, или который обратился за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания.

Пациент имеет право на:

1. выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
2. профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
3. получение консультаций врачей-специалистов;
4. облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
5. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
6. получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
7. защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
8. отказ от медицинского вмешательства;
9. возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
10. допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
11. допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

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.

*Обязанности гражданина (пациента):*

Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

*Права отдельных категорий граждан.* Гражданин РФ имеет право на бесплатные консультации по планированию семьи, наличия социально значимых заболеваний по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на обследование в государственных или муниципальных учреждениях.

Семья по общей договоренности имеет право выбирать семейного врача (врача общей практики).

Каждая женщина обеспечивается в период беременности специализированной медицинской помощью в учреждениях государственного и муниципального здравоохранения.

Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в законном порядке.

Одному из родителей или законному представителю предоставляется право в интересах ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении независимо от возраста ребенка.

Несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи для освидетельствования, угроза жизни, пресечение преступных действий.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1. лица, не достигшего возраста - совершеннолетия для донорства органов, лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
2. несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев (экспертиза, в отношении лица, совершившего преступление, психическое расстройство).

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

**Вопросы и задания:**

1. Проанализируйте права медицинской организации. Какие из перечисленных прав непосредственно связаны с оказанием медицинской помощи пациентам?
2. Сравните права гражданина и пациента. Какие права граждан РФ в области оказания медицинской помощи предполагают аналогичные права пациента при оказании медицинской помощи?
3. Определите, в каком порядке реализуется право несовершеннолетнего на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него.
4. В правовой системе «Консультант Плюс» открыть ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ознакомиться со статьями, определяющими права военнослужащих и лиц, находящихся в местах лишения свободы.

# **Особенности правового регулирования отдельных видов медицинской деятельности**

Правовая основа оказания психиатрической помощи. Правовое обеспечение проведения трансплантации органов и тканей. Правовое регулирование репродуктивной деятельности. Медицинское страхование. Права отдельных категорий граждан. Медицинская экспертиза.

**Репродуктивное здоровье** – это состояние физического, духовного и социального благосостояния, а не просто отсутствие заболевания и немощи во всем, что касается репродуктивной системы организма и её нормального функционирования.

*Источники:*

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 г.
2. Семейный кодекс РФ, Гражданский кодекс РФ.
3. Федеральный закон «О временном запрете на клонирование человека» от 20.05.2002 г.
4. Подзаконные нормативно-правовые акты: Постановление Правительства РФ, Указы Президента РФ, Приказы министерств и т.д.

В практическом плане реализация права на репродуктивное здоровье предполагает:

* безопасное и эффективное предохранение от нежелательной беременности (в том числе возможность выбора средств контрацепции);
* безопасное прерывание беременности;
* безопасную беременность, роды, уход до родов, в период родов и после родов (ч.2 статьи 52 ФЗ «ОБ основах охраны здоровья граждан в РФ»);
* лечение бесплодия;
* лечение заболевания репродуктивно системы;
* лечение ЗППП (заболеваний, передающихся половым путем).

**ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии)** – это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбриона осуществляются вне организма. (Приказ Министерства здравоохранения России от 26.02.2003 г. «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия»).

ВРТ включают в себя: ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) и перенос эмбрионов в полость матки, донорство спермы, донорство ооцитов, суррогатное материнство и т.д.

Согласно ст.51 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений.

Различают искусственное прерывание беременности:

* по желанию женщины (на сроке до 12 недель беременности);
* независимо, либо вопреки желанию: по социальным показаниям (беременность наступила в результате изнасилования (статья 131 УК РФ) и по медицинским показаниям (независимо от срока беременности, перечень случаев устанавливается Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3.12.2007 г. № 736).

**Медицинская стерилизация** – это разновидность медицинского вмешательства, целью которого является лишение способности человека к воспроизведению потомства.

Медицинская стерилизация проводится:

* по желанию лица (рассматривается как один из методов контрацепции);
* по медицинским показаниям.

Помимо этого, можно различать стерилизацию необратимую: перевязка труб, рассечение труб и т.д.) и обратимую (временную): наложение клипс и т.д.

Стерилизация проводится по письменному заявлению гражданина при наличии одного из следующих условий: возраст 35 и старше лет; наличие не менее двух детей; наличие медицинских показаний для стерилизации. Кроме того, по заявлению законного представителя совершеннолетнего лица, признанного недееспособным, если такое лицо не может самостоятельно изъявить свою волю, медицинская стерилизация возможна по решению суда.

Источники правового регулирования донорства крови и её компонентов:

1. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 г.
2. Закон «О донорстве крови и её компонентов» от 9.06.1993 г.
3. Подзаконные нормативно-правовые акты: ПП РФ, Указы Президента, Приказы Минздрава РФ и др. Например: Приказ Минздрава РФ от 14.09.2001 г. «Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и её компонентов».

**Донор крови** – это дееспособный гражданин, достигший возраста 18 лет, прошедший медицинское обследование, сдающий кровь или её компоненты. При этом взятие крови и её компонентов допускается при условии, что не будет причинен вред здоровью донора.

Права донора крови:

1. право на охрану здоровья и социальную поддержку;
2. право на информацию о донорстве крови;
3. право на бесплатное медицинское обследование перед сдачей крови и выдачу справок о состоянии здоровья;
4. право на страхование здоровья на случай заражением инфекционным заболеванием при донорстве;
5. право на возмещение вреда, причиненного здоровью в результате осуществления донорской функции, включаю расходы на лечение, медицинскую экспертизу, реабилитацию.

Объектами донорства могут быть: кровь, её компоненты: плазма, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты и др.

В качестве меры социальной поддержки законодатель предусматривает обеспечение донора бесплатным питанием в день сдачи крови, за счет бюджета, осуществляющего финансирование. Донору, сдавшему в течении года крови или ее компонентов в суммарном количестве равном двум допустимым дозам, предоставляется первоочередное выделение санаторно-курортных путевок по месту работы или учебы.

Граждане, сдавшие кровь 40 и более раз или плазму 60 и более раз награждаются нагрудным знаком «Почетный донор России».

Права почетного донора:

* внеочередное лечение в государственных и муниципальных организациях здравоохранения в рамках ОМС;
* первоочередное приобретение льготных санаторно-курортных путевок по месту работы или учебы;
* предоставление ежегодного оплачиваемого отпуска в удобное время;
* ежегодная денежная выплата в размере 12 000 тыс. рублей.

**Трансплантология** – это раздел медицины, изучающий проблемы трансплантации, то есть проблемы пересадки органов и тканей.

В зависимости от периода изъятия органов различают прижизненное и посмертное донорство.

Источники нормативно-правового регулирования:

1. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г.
2. Закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 22.12.1992 г.
3. Подзаконные нормативно-правовые акты: ПП РФ, Указы Президента, Приказы Минздрава РФ и др.

**Донор** – это физическое лицо, дееспособное, достигшее возраста 18 лет (за исключением пересадки костного мозга), прошедшее медицинское обследование, дающее какой-нибудь орган или ткань другому лицу.

**Реципиент** – это физическое лицо, нуждающееся по жизненным показаниям а трансплантации органов и (или) тканей человека от живого донора или трупа.

В соответствии с Законом «О трансплантации органов и (или) тканей человека» в качестве трансплантантов - органов, тканей, используемых для трансплантации, указаны сердце, почки, печень, легкое, костный мозг, а также другие органы и ткани, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения и социального развития и Российской академией медицинских наук.

Трансплантация органов у живого донора осуществляется с согласия донора и реципиента, которые информируются о возможных последствиях оперативного вмешательства. Принуждение к изъятию влечет уголовную ответственность. Решение вопроса о необходимости трансплантации принимается консилиумом врачей, которые дают медицинское заключение.

Донор вправе: получать информацию о возможных осложнениях и о состоянии здоровья в связи с осуществлением донорства; получать бесплатное лечение в связи с проведенной операцией.

Изъятие органов у трупа. Согласно закону «О трансплантации» действует презумпция согласия донорства, то есть допускается изъятие органов у трупа, если на момент изъятия органов учреждение здравоохранения не было поставлено в известность о несогласии лица или его законных представителей о несогласии изъятия органов или тканей.

**Психиатрическая помощь** включает в себя обследование психического здоровья граждан, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

Источники нормативно-правового регулирования:

1. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г.
2. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» от 2.07.1992 г.
3. Подзаконные нормативно-правовые акты: ПП РФ, Указы Президента, Приказы Минздрава РФ и др.

Действующее законодательство предусматривает следующие виды психиатрической помощи:

* психиатрическое освидетельствование;
* амбулаторная психиатрическая помощь (консультативно-лечебная помощь и диспансерное наблюдение);
* стационарная психиатрическая помощь.

***Психиатрическое освидетельствование*** предполагает совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на определения наличия или отсутствия у обследуемого психического расстройства, и решения вопроса об оказании психиатрической помощи.

Освидетельствование проводится с согласия обследуемого; в отношении лиц, до 15 лет – по просьбе или с согласия родителей или законных представителей; в отношении недееспособного – по просьбе или с согласия законного представителя. Освидетельствование может быть произведено без согласия в случае, если лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

* непосредственную опасность для себя и для окружающих;
* беспомощность лица, то есть невозможность самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности;
* существенный вред здоровью лица вследствие ухудшения психического состояния лица, если лицу не будет оказана психиатрическая помощь.

Решение об освидетельствовании без согласия может принимается психиатром с санкции суда в случае: беспомощность лица, то есть невозможность самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности; возможности существенного вреда здоровью лица вследствие ухудшения психического состояния лица, если лицу не будет оказана психиатрическая помощь.

***Амбулаторная психиатрическая помощь. Консультативно-лечебная помощь*** оказывается психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия.

***Диспансерное наблюдение*** имеет ряд особенностей:

* устанавливается только в случаях, предусмотренных законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» и в отношении лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми и обостряющимися болезненными проявлениями;
* может устанавливаться без согласия лица, его законного представителя;
* решение о необходимости диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается консилиумом врачей-психиатров;
* предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров психиатром и оказания необходимой помощи.

***Стационарная психиатрическая помощь***. Основанием госпитализации является наличие у лица психического расстройства и решение психиатра о проведении обследования или лечения в стационаре либо постановление судьи. Также основанием для помещения в стационар является необходимость проведения экспертизы.

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано с его согласия, либо без такового, если обследование или лечение возможно только в стационаре, а расстройство является тяжелым и обусловлено следующими факторами:

* непосредственная опасность для себя и для окружающих;
* беспомощность лица, то есть невозможность самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности;
* существенный вред здоровью лица вследствие ухудшения психического состояния лица, если лицу не будет оказана психиатрическая помощь.

Права лиц, страдающих психическими расстройствами, закреплены в статье 5 закона «О психиатрической помощи». Права пациентов, находящихся в стационарных условиях отражены в статье 37 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**Медицинское страхование** – это система экономических и правовых отношений по защите имущественных интересов пациентов при оказании ему медицинской помощи.

Устанавливается два вида медицинского страхования: обязательное и добровольное.

Основными правовыми источниками медицинского страхования является ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.2010 года. Закон регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

*Объектом медицинского страхования* является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

**Страховой риск** – это предполагаемое событие.

**Страховой случай** – совершившееся событие (заболевание, травма и т.д.).

Медицинское страхование осуществляется путем заключения договора между субъектами медицинского страхования (страхователь и страховая организация).

Медицинское страхование – форма социальной защиты интересов населения по охране здоровья, цель которого

* гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных финансовых средств;
* финансировать профилактические мероприятия.

**Обязательное медицинское страхование** - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим ФЗ случаях в пределах базовой программы ОМС.

Законодательство об обязательном медицинском страховании:

* + - 1. от 21 ноября 2011 года ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",
      2. от 16 июля 1999 года ФЗ "Об основах обязательного социального страхования",
      3. ФЗ «Об ОМС» от 29.11.2010 г. и других федеральных законов, законов субъектов Российской Федерации.

Субъектами ОМС являются:

1. застрахованные лица;
2. страхователи;
3. Федеральный фонд.

Участниками обязательного медицинского страхования являются:

1. территориальные фонды;
2. страховые медицинские организации;
3. медицинские организации.

Страхователями для работающих граждан являются:

1. лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам,
2. организации;
3. индивидуальные предприниматели;
4. физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Страховщиком (страховая медицинская организация) по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации ОМС.

**Добровольное медицинское страхование** — вид личного страхования. Оно, в частности, позволяет получать помощь в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), не работающих по программе ОМС.

Добровольное медицинское страхование принято подразделять на индивидуальное (учитывающее сложность конкретного заболевания конкретного лица) и на коллективное (учитывающее риск возникновения определённых заболеваний у группы лиц).

Страхователями выступают физические лица (как правило по индивидуальным программам — беременность, клещевой энцефалит и т. п.) и работодатели (как правило по коллективным программам —амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарное лечение, стоматология).

Застрахованными выступают физические лица.

Выгодоприобретателями являются лечебно-профилактические учреждения.

Застрахованные получают бесплатно медицинскую помощь в учреждениях-выгодоприобретателях. Страховщик компенсирует выгодоприобретателю понесенные затраты.

**Медицинская экспертиза** – проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

*Виды медицинских экспертиз* (в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»):

* экспертиза временной нетрудоспособности;
* медико-социальная экспертиза;
* военно-врачебная экспертиза;
* судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;
* экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;
* экспертиза качества медицинской помощи.

**Вопросы и задания:**

1. Какие правомочия граждан РФ реализуются на практике в рамках права на репродуктивное здоровье?
2. Перечислите права донора крови РФ, Почетного донора РФ.
3. Опираясь на закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и на учебник «Правовые основы медицинской деятельности» Леонтьева, параграф 7.2, рассмотрите порядок изъятия органов у трупа для трансплантации.
4. Какие виды психиатрической помощи Вы знаете? В каких случаях психиатрическая помощь оказывается без согласия лица, страдающего психологическим расстройством?
5. Перечислите участников и субъектов медицинского страхования.
6. Между кем заключается договор ОМС?
7. Дайте определение медицинской экспертизы, перечислите виды медицинских экспертиз.

# **Ответственность медицинских работников, учреждений, пациентов**

Понятие юридической ответственности медицинского работника. Уголовная ответственность, виды преступлений, связанных с деятельностью медицинских работников. Административная ответственность медицинских работников. Дисциплинарная ответственность медицинских работников. Гражданско-правовая ответственность медицинских учреждений и работников.

Основанием юридической ответственности медицинских учреждений, работников является правонарушение, выражающееся в неисполнении, ненадлежащем исполнении своих обязанностей по профилактике, диагностике, лечению заболеваний лиц, обратившихся за медицинской помощью (пациентов). Поскольку права граждан в области охраны здоровья и, в частности, права при оказании медицинской помощи (собственно права пациента), являются достаточно разнообразными, нарушения таких прав могут носить различный характер.

***Нарушения права на доступную медицинскую помощь***. В эту группу правомерно включить взимание платы за оказание тех видов медицинской помощи, которые предусмотрены Программой государственных гарантий, либо требование такой платы; отказ от оказания медицинской помощи независимо от мотива.

***Нарушения права на медицинскую помощь***. К этим нарушениям можно отнести низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие ее качества и объема установленным стандартам, повлекшие причинение вреда здоровью застрахованного либо не повлекшие таких последствий.

***Нарушение права пациента на самоопределение***, т. е. оказание медицинской помощи без согласия гражданина (кроме случаев, указанных в законе) либо без надлежащего его оформления, а также нарушение права пациента на отказ от медицинской помощи.

***Нарушения информационных прав пациента.*** К этой группе можно отнести отказ в предоставлении информации о диагнозе, возможном риске, последствиях и результатах лечения либо предоставление недостоверной, искаженной информации; разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. В эту же группу можно включить неправильное, нечеткое оформление медицинской документации либо ее отсутствие, потому что гражданин вправе непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на ее основании консультации у других специалистов (ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

***Нарушение права пациента на достоинство,*** например, неприменение обезболивания, неуважительное отношение к больному и т. д.

Независимо от того, в какой форме выразилось нарушение прав пациента и какие именно права были нарушены, юридическая ответственность медицинского учреждения или работника, а также пациента, наступает лишь при наличии совокупности обстоятельств, которые принято именовать ее условиями. В теории права выделяют четыре условия, которые делают возможным привлечение к юридической ответственности:

* противоправное поведение (действие или бездействие) лица;
* наличие вредных последствий;
* причинная связь между противоправным поведением и вредным результатом;
* вина причинителя вреда.

Противоправность означает, что, действуя определенным образом или, напротив, воздерживаясь от действий, субъект нарушает норму закона, иного нормативного акта или субъективное право лица. Существуют обстоятельства, ***исключающие противоправность деяния***. К ним в рассматриваемом контексте может быть отнесена **крайняя необходимость** (статья 39 УК РФ), под которой понимается причинение меньшего вреда в целях предотвращения большего. Важно и то, что в случае причинения вреда при проведении операции в целях спасения жизни пациента ответственность возможна. Исключение составляют несчастные случаи, когда медицинский персонал не мог и не должен был предвидеть возможность вредных последствий своих действий с учетом анатомических особенностей организма пациента либо атипичного течения болезни. Также ***обстоятельством, исключающим преступность*** деяния является невиновное причинение вреда. Деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть – **невиновное причинение вреда** (статья 28 УК РФ). В то же время проведение операции для спасения жизни человека, находившегося в. бессознательном состоянии, не может расцениваться как причинение вреда здоровью, поскольку врач, даже не обладая согласием пациента на такое медицинское вмешательство, путем причинения меньшего вреда (применение общего наркоза, послеоперационные рубцы, более или менее длительный период реабилитации и т. д.) стремился предотвратить несоизмеримо больший (смерть).

***Исключается противоправность*** деяний, за которые может наступать уголовная или дисциплинарная ответственность, если они охватываются понятием «обоснованный риск». **Обоснованный риск** предполагает общественно полезную цель, которая не могла быть достигнута иными методами, не связанными с риском (статья 41 Уголовного Кодекса РФ). При этом лицо предпринимает достаточные с профессиональной точки зрения меры предосторожности, а его действия не сопряжены с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия. Уголовно-правовое значение обоснованного риска заключается в том, что лицо, действующее в условиях правомерного риска, не подлежит уголовной ответственности за причиненный вред.

**Медицинский риск** является разновидностью обоснованного риска, он возможен при оперативных вмешательствах, терапевтическом лечении, при проведении различных биомедицинских экспериментов. Применительно к медицинскому риску уголовно-правовые условия его правомерности конкретизированы.

Для медицинских работников к таким ситуациям следует относить прежде всего клинические испытания новых лекарственных средств и методов лечения. При этом должны быть соблюдены следующие условия. Он допускается только для достижения общественно полезной цели. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием). Лицо, допустившее риск, должно предпринять достаточные меры для предотвращения вреда. Риск не признается обоснованным, если он заведомо сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия.

Некоторые проступки, связанные с неблагоприятным исходом лечения больных, более трудны для понимания и оценки и поэтому нуждаются в специальном рассмотрении. Среди них наиболее частыми и разнообразными по своему существу и причинам являются врачебные ошибки.

**Врачебная ошибка** — добросовестное заблуждение врача в диагнозе, методах лечения, выполнении операций и так далее, возникшее вследствие объективных и субъективных причин: несовершенства медицинских знаний, техники, недостаточности знаний в связи с недостаточным опытом работы (ответственность не наступает).

**Несчастный случай** — неблагоприятный исход такого врачебного вмешательства, в результате которого не удается предвидеть, а следовательно, и предотвратить его из-за объективно складывающихся случайных обстоятельств, хотя врач действует в полном соответствии с принятыми в медицине правилами и методами лечения (ответственность не наступает).

Вредные последствия противоправного поведения медицинского персонала могут выражаться в ухудшении состояния здоровья пациента либо его смерти; утраченном заработке или ином трудовом доходе пациента; необходимости для пациента или его близких нести дополнительные расходы, связанные с лечением или реабилитацией, и т. д. Вред может выражаться, кроме того, в физических и нравственных страданиях пациента и его родственников, в частности, связанных с несоблюдением конфиденциальности информации о диагнозе, методах лечения болезни, о самом факте обращения за медицинской помощью. В этом случае речь идет о моральном вреде, который компенсируется на основании судебного решения.

При привлечении медицинских учреждений и работников к ответственности за вред, причиненный пациенту, учитывается также и вина последнего. Так, согласно ст. 1083 ГК РФ, вред, возникший вследствие умысла потерпевшего, возмещению не подлежит. Если возникновению или увеличению вреда способствовала грубая неосторожность потерпевшего, размер возмещения вреда должен быть уменьшен в зависимости от степени вины потерпевшего и причинителя вреда. При грубой неосторожности потерпевшего и отсутствии вины причинителя вреда в случаях, когда его ответственность наступает независимо от вины, размер возмещения должен быть уменьшен или в возмещении может быть отказано, если законом не предусмотрено иное, однако при причинении вреда жизни и здоровью гражданина отказ в возмещении вреда не допускается. Вина потерпевшего не учитывается при возмещении дополнительных расходов, при возмещении вреда, причиненного смертью кормильца, а также при возмещении расходов на погребение.

Основными критериями юридической оценки являются установление противоправности действий (бездействия) медицинских работников и установление виновности конкретных лиц в неблагоприятном исходе лечения.

Противоправность нарушений медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей может проявляться в двух формах: прямой и условной. Прямая форма противоправности заключается в нарушении медиками специально предусмотренных законом обязанностей по оказанию помощи больным. Этот вид противоправности относительно легко устанавливается, так как прямо вытекает из закона, предусматривающего уголовную ответственность врачей за неоказание медицинской помощи.

Значительно сложнее установить так называемую условную противоправность действий медицинских работников, связанную с недостаточным качеством медицинской помощи. Этот вид противоправности менее очевиден и более труден для оценки, поскольку уголовное законодательство не содержит специальных норм, запрещающих подобные действия. Кроме того, специфика медицинской деятельности, как уже указывалось выше, не позволяет любой неблагоприятный исход всегда связывать с неправильными действиями (бездействием) медицинских работников. Вот почему ухудшение состояния здоровья или смерть больного даже при наличии причинной связи этих последствий с действиями (бездействием) медицинских работников не всегда дает основание дляих оценки как противоправных. Для этого необходимо еще и третье условие — правильность самих медицинских действий, устанавливаемая обычно судебно-медицинской экспертизой.

Следовательно, условно противоправными можно рассматривать лишь такие действия медицинских работников, которые не отвечают существующим в медицинской науке и лечебной практике правилам и методам лечения, и находятся в причинно-следственной связи с наступившими для больного неблагоприятными последствиями, повлекшими за собой смерть или ухудшение состояния здоровья.

Юридическая оценка неблагоприятных исходов в медицинской практике затрудняется еще и тем, что такая оценка должна строго соответствовать правовым нормам, далеко не всегда совпадающим с житейскими понятиями и нравственными нормами.

Юридически **правонарушение** представляет собой умышленное или неосторожное противоправное (противозаконное) действие совершеннолетнего и психически здорового человека, за совершение которого наступает юридическая ответственность.

**По основным качественным свойствам правонарушения медицинских работников можно подразделить на проступки (правонарушения) и преступления.**

С юридической точки зрения **проступком** называется неправильное (противоправное) деяние, которое лишено характера общественно опасного действия и поэтому прямо не предусмотрено уголовным законодательством.

Проступки медицинских работников, как и вообще все проступки, делятся на гражданские, административные и дисциплинарные. Кратко остановимся на ответственности медицинских работников за совершенные ими проступки.

**Юридическая ответственность** –  это применение мер государственного принуждения к нарушителю за совершение противоправного деяния.

*Гражданская ответственность медицинских работников* заключается в применении имущественных санкций (например, возмещение убытков за порчу больничного оборудования, за потерю нетрудоспособности больного в связи с неправильным лечением) и осуществляется как в судебном (гражданский иск), так и административном порядке.

*Административная ответственность применительно к медицинским работникам* состоит в наложении штрафа, конфискации вещей (инструменты, препараты), временном отстранении от должности и т.д. за совершенное административное правонарушение, предусмотренное Кодексом об административных правонарушениях РФ.

*Дисциплинарная ответственность медицинских работников* выражается в применении к виновным в совершении дисциплинарного проступка (нарушения трудовой дисциплины) дисциплинарных взысканий (замечание, выговор, строгий выговор, перевод на низшую должность, увольнение с работы и т. п.). Дисциплинарная ответственность наступает в соответствии с Трудовым кодексом РФ.

*Уголовная ответственность* возникает при совершении **преступления** – это виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное уголовным законом под угрозой наказания (статья 14 УК РФ).

**Вопросы и задания:**

1. Приведите примеры нарушений прав пациента в сфере охраны здоровья.
2. Перечислите обстоятельства, исключающие противоправность деяния. К каким из этих обстоятельств относится медицинский риск?
3. Определите, какие виды юридической ответственности предусмотрены законодательством РФ?
4. Чем отличается правонарушение от преступления?

# **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

# **Технологии поиска тематической информации в сети Internet**

**Представление о контекстном поиске**

**Контекстный поиск** - поиск по текстам документов (комментариев). Производится при выборе условия поиска «Поиск по тексту».

При вводе поисковой фразы система дает предупреждение о «шумовых словах», используемых в запросе. Такие слова выделяются цветом, появляется предупреждающее сообщение, и при поиске они будут отброшены. Кроме этого при вводе запроса автоматически подключается словарь (тезаурус) словоформ, что, с одной стороны, позволяет упростить процесс составления (ввода) поисковой фразы (пользователь выбирает предлагаемые системой слова, заведомо содержащиеся в базе данных), а с другой стороны, система сразу выделит во введенной поисковой фразе слова, которых нет в текстах базы данных. Существует несколько видов контекстного поиска (Рисунок 4)

**Алгоритм контекстного поиска**

Алгоритм контекстного поиска следующий:

* в слове (словах поисковой цепочки) выделяется основа (в каждом слове отбрасываются окончания);
* порядок слов в поисковой фразе не важен, слова фразы объединяются по принципу логического “И”;
* система воспринимает группу слов, заключенных в кавычки, как задание найти тексты, в которых искомые слова находятся рядом (составляют фразу);
* в поисковой фразе не пропускаются “шумовые слова”. В поисковой фразе контекстного поиска возможно использование чисел и буквенно-цифровых последовательностей (номера документов, химические формулы и т.п.). Допустимыми символами для таких последователь­ностей являются буквы русского и латинского языка, дефис, наклонная и обратная черта (“\” и “/”).

**ВИДЫ КОНТЕКСТНОГО ПОИСКА**

**ПОИСК ИЗОБРАЖЕНИЙ**

**ПОЛНОТЕКСТОВЫЙ ПОИСК**

**ПОИСК ПО МЕТАДАННЫМ**

ПОИСК ПО ВСЕМУ СОДЕРЖИМОМУ ДОКУМЕНТА,

для ускорения поиска используются предварительно построенные индексы

ПОИСК ПО НЕКИМ АТРИБУТАМ ДОКУМЕНТА,

поддерживаемым системой (название, дата создания, размер, автор)

ПОИСК ПО СОДЕРЖАНИЮ ИЗОБРАЖЕНИЯ,

после распознавания содержания фотографии и поиска пользователь получает похожие изображения

*Рисунок 4. Виды контекстного поиска*

**Запросы и их виды**

Как говорят, сколько людей, столько и мнений. Кому то интересна одна тематика, кому-то другая – один ищет одни ответы на свои вопросы, второй на другие. У каждого пользователя поисковой системы свои задачи, которые он хочет решить. Для этого он набирает свой запрос. Он может отличаться от запросов других людей по количеству слов, по смыслу, по популярности, с привязкой на определенную местность и т.д. Поэтому в поисковом продвижении всевозможные слова четко классифицированы.

Знание классификации поисковых запросов крайне важно для успешного создания семантического ядра. Поэтому рассмотрим виды запросов.

Длина

Бывают однословные, двусловные, трехсловные и многословные. Стоп-слова (местоимения, предлоги, союзы и междометия) не учитываются при подсчете. Чем больше слов в запросе, тем он точнее, соответственно проще пользователю поисковой системы найти необходимую информацию. Например: мебель, мягкая мебель, мебель для детской комнаты, интернет магазин мебели в Шадринске.

Четкость

Здесь все поисковые фразы делятся на четкие и нечеткие. Конкретный запрос подразумевает конкретный ответ. Если вопрос расплывчатый, поисковая система выдаст пространственный ответ на похожие темы запроса. Например, запросы “фильмы Октябрь” и “фильмы в кинотеатре Октябрь” отличаются только одним словом, но именно это слово в корне меняет смысл вопроса. Пользователь получит на них совершенно разную выдачу.

В первом случае появятся ссылки на все киноленты, которые показывались (или будут показываться) в октябре месяце или будут в своем названии содержать слово “октябрь”.

Во втором случае выйдет список на документы о кинолентах в кинотеатре Октябрь.

Частотность

Это число, которое показывает сколько раз эту поисковую фразу спрашивали пользователи поисковых систем в течение месяца. Соответственно, чем оно больше, тем популярней тема вопроса. Различают высоко- средне- и низкочастотные запросы. Для каждой тематики эти показатели очень разные и зависят от ее конкурентности и популярности. Например, для популярной тематики “вязание спицами” высокочастотные слова начинаются с 10000, а низкочастотные доходят до 2500.

Конкурентность

Этот параметр показывает популярность тематики и коренным образом влияет на сложность продвижения целевой страницы по этому запросу. Чем важней тема вопроса, тем больше средств необходимо вложить для продвижения целевой страницы в топ-10. Это обычно ключевые слова, которые относятся к товарам и услугам. Различаются на высоко- средне- и низкоконкурентные запросы. Но их градация не такая же, как в параметре частотности. Высококонкурентное слово может быть как высокочастотным, так и средне- и низкочастотным. Но далеко не всегда низкочастотное слово может быть высоко- и средне-конкурентным. Обычно, в 85% оно низкоконкурентное.

Зависимость от географии

Существуют геозависимые и геонезависимые поисковые фразы. Если запрос включает в себя точное местонахождение (обычно это город в Рунете) или сам запрос не требует указания местонахождения, то такой вопрос является геонезависимым. Если же запрос подразумевает уточнение пункта местности, то он является геозависимым. Например, ключевой запрос “заказ пиццы в Шадринске” геонезависимый, потому что он указывает местность. “Рецепт пиццы” тоже не зависит от точного пункта назначения, потому что пользователю поисковой системы не важно, в каком городе делается пицца – в каждом городе эти рецепты одни и те же. А вот запрос “заказ пиццы” является геозависимым, потому что подразумевает задание конкретного адреса.

Целевая составляющая

Это самый важный параметр, который показывает принадлежность запроса к определенному виду цели, которую хочет достичь пользователь поисковой системы. Бывают информационными, навигационными, транзакционными, мультимедийными, общими и служебными.

* *навигационный запрос* показывает пользователю информацию о конкретном месте в сети Интернет. Например, это может быть веб-ресурс какой-то компании или ссылка на известный сайт или географический документ. Например, “город Москва” или “официальный сайт компании Sony”;
* *информационный запрос* необходим тогда, когда пользователь желает найти конкретную информацию или сведения в Интернете. Почти всегда пользователь не знает, где именно искать, но зато точно понимает, что именно он хочет увидеть. Именно по таким запросам продвигаются различные информационные порталы и большинство блогов;
* *транзакционный запрос* подразумевает под собой определенное действие, которое хочет совершить пользователь поисковой системы. Такие поисковые запросы, как “заказать книгу” или “купить детскую кровать” показывают желание человека сделать транзакцию;
* *мультимедийный запрос* говорит о том, что пользователь поисковика ищет аудио, видео или графический файл в Интернете. Раньше такой запрос просто входил в группу транзакционных, но в последнее время с увеличением мультимедийного контента он стал входить в отдельную группу.
* *общий запрос* получается у пользователей, которые не выражают какую-либо конкретику, когда запрашивают у поиска необходимую информацию. Обычно такой запрос отражает общее понятие  и часто состоит из одного или двух слов;
* *служебный запрос* часто используют специалисты и профессионалы определенных видов деятельности. Из-за своей специфичности их используют только для продвижения сайтов узконаправленной тематики.

Подразделение по стадии поиска

Есть еще важная градация запросов, которые используются для продвижения продающих страниц. Эти страницы содержат в себе контент конкретной услуги или товара. Для успешной реализации покупателя ведут по 4-м стадиям продаж: сначала посетителю рисуют проблему, потом находят решение этой задачи, выбирают вариант ее решения и в конце приводят к форме подписки, покупки и т.д., где он выполняет конечную транзакцию. Соответственно по всем этим стадиям пользователь поисковой системы задает конкретный запрос.

Сезонность

Очень важный момент, который необходим для правильного продвижения информационных сайтов многих  тематик. Дело в том, что есть такие ключевые слова, которые актуальны только в определенное время года (дни, недели или месяцы).

**Поиск методом исключений**

Поисковая система реализует возможность задания сложных поисковых запросов, позволяющих находить сообщения по содержащимся в них словам или фразам, а также по значению определенных свойств, таких, как источник, сайт, домен, страна, язык, сюжет, категория, дата публикации или обнаружения. Выражение формируется из операторов, принадлежащих трем классам: [базовые](http://www.newsfiber.com/p/h/s#BASE_OPS), [логические](http://www.newsfiber.com/p/h/s#LOGIC_OPS) и [ограничивающие](http://www.newsfiber.com/p/h/s#RESTRICTING_OPS).

*Базовые операторы* возвращают списки сообщений по определенным ключам, таким, как слово, источник или сайт. Набор базовых операторов продиктован внутренней структурой хранения информации в системе.

*Логические операторы* позволяют комбинировать выражения, объединяя, пересекая результаты поиска, либо исключая один результат из другого.

*Ограничивающие операторы* сужают результат поиска, фильтруя найденные сообщения по указанным критериям.

Синтаксис поискового запроса:

Обычно запрос представляет из себя просто одно или несколько слов, например, *контактная информация*. По такому запросу будут найдены страницы, на которых встречаются оба слова запроса.

Логические операторы (Табл.7) позволяют строить более сложные запросы, например: *контактная информация или телефон*. По такому запросу будут найдены страницы, на *которых* встречаются либо слова "контактная" и "информация", либо слово "телефон".

По запросу *контактная информация не телефон*  будут найдены страницы, на которых встречаются либо слова "контактная" и "информация", но не встречается слово "телефон".Вы можете использовать скобки для построения более сложных запросов.

*Таблица* [*4*](http://www.sealyham.ru/dog/2135/4/?partnerid=4306&ilevel=5)

*Логические операторы*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Оператор | Синонимы | Описание |
| И | and, &, + | Оператор логическое "и" подразумевается, его можно опускать: запрос "контактная информация" полностью эквивалентен запросу "контактная и информация". |
| или | or, | | Оператор логическое "или" позволяет искать товары, содержащие хотя бы один из операндов. |
| Не | not, ~ | Оператор логическое "не" ограничивает поиск страниц, не содержащих слово, указанное после оператора. |
| ( ) |  | Круглые скобки задают порядок действия логических операторов. |

**Поисковые системы русскоязычного пространства Интернета и глобальные (англоязычные поисковые) системы**

Rambler

Поисковая система Rambler - сервер компании <Стек> из города Пущино (автор - Дмитрий Крюков). Она является одной из наиболее популярных и мощнейших систем и содержит данные о сотнях тысяч документов. Поиск осуществляется на страницах серверов сети Internet в пределах бывшего СССР. Rambler производит сканирование и индексацию страниц серверов, накапливает данные и позволяет осуществлять поиск в своей базе данных через Web-интерфейс. При организации запросов могут быть использованы как русские так и английские слова и словосочетания. Осуществляя запрос пользователь может применять операторы И (&) и ИЛИ (|), а также символы \*, ? и () для группы слов. Также эта поисковая система предоставляет возможность поиска в телеконференциях relcom.

Адрес системы: [http://www.rambler.ru](http://www.rambler.ru/)

Апорт!

Система <Апорт!> разработана компанией <Агама>. Она выполняет поиск по серверу <Агама> и по другим российским серверам. Эта поисковая система предоставляет самые широкие возможности при организации запросов и позволяет задавать слова для поиска в любой грамматической форме. При осуществлении запроса допускается использование операторов Ии ИЛИ, символа \*, двойные кавычки для поиска по целой фразе, а также фигурные и квадратные скобки, задающие длину контекста в предложениях и в словах соответственно. Также возможен автоматический перевод запроса с русского на английский язык (и наоборот) и поиск документов с искомыми словами на двух языках одновременно.

Адрес системы: <http://russia.agama.com/aport/>

Русская машина поиска

Поисковая система <Русская машина поиска> разработана российской компанией RusInfOil. Она выполняет поиск русскоязычных материалов по ключевым словам на страницах WWW-серверов России, стран бывшего СССР и ориентированных на Россию зарубежных сайтов. К основным инструментам составления запроса относятся: операторы Ии ИЛИ, возможность ограничения поиска и возможность задания вероятного числа ошибок.

Адрес системы: [http://search.interrussia.com](http://search.interrussia.com/)

TELA

Разработанная петербургским провайдером <Дукс> поисковая система TELA позволяет производить поиск по ключевым словам русскоязычных страниц в WWW и англоязычных страниц на российских серверах. Сбор страниц осуществляет подсистема-робот, созданная на базе MOMspider (MultiownerMaintenanceSpider, UniversityofCalifornia), а поисковая часть сервера выполнена на базе системы поиска freeWAIS-sf (UniversityofDortmund). Система TELA предоставляет возможность задавать слова для поиска в произвольной форме благодаря применению русской версии системы поддержки морфологии языка ILIAS.

Адрес системы: [http://tela.dux.ru](http://tela.dux.ru/)

UnicorHarvest

Поисковая система UnicorHarvest корпорации <УНИКОР> создана на основе системы Harvest и осуществляет поиск по WWW-серверам университетов-участников корпорации <УНИКОР>, а также некоторым другим научным и образовательным российским серверам.

Адрес системы: <http://www.unicor.ac.ru/search.ru.html>

Система поиска в телеконференциях relcom

Система поиска в телеконференциях relcom является сервером петербургской компании <Дукс>. Эта страница значительно облегчает задачу поиска той или иной информации в русскоязычных телеконференциях. Данное поисковое средство предоставляет возможность поиска по ключевым словам статей по всем конференциям иерархии relcom.\* или relcom.commerce.\*, по отдельным коммерческим конференциям сети Relcom, а также по петербургским конференциям группы spb.\*.

Адрес системы: <http://www.dux.ru/news.html>

RussianInternetSearch

Система RussianInternetSearch создана и поддерживается в рамках проекта RussianExpress и индексирует не только информацию на российских серверах (России и стран бывшего СССР), но также и все русскоязычные ресурсы, сосредоточенные в зарубежных странах. Поиск информации осуществляется как на серверах, так и на частных Web-страницах. Также возможен поиск по русскоязычным телеконференциям.

Адрес системы: [http://www.search.ru](http://www.search.ru/)

Конечно же, все существующие русскоязычные поисковые серверы обладают как своими достоинствами так и своими недостатками. Несмотря на значительные достижения российских программистов в области разработки средств, позволяющих быстро отыскать необходимую информацию в базе данных, созданные ими продукты в целом все еще отстают от своих зарубежных аналогов (Altavista, Yahoo, Lycos, Excite, Infoseek и т.д.).

**Рекомендации по правильному формированию запросов.**

1. Ключевые слова в запросе следует писать строчными (малень­кими) буквами. Это обеспечит поиск всех ключевых слов, а не только тех, которые начинаются с прописной буквы.
2. При поиске учитываются все формы слова по правилам рус­ского языка, независимо от формы слова в запросе. Напри­мер, если в запросе было указано слово «знаю», то условию поиска будут удовлетворять и слова «знаем», «знаете» и т. п.
3. Для поиска устойчивого словосочетания следует заключить слова в кавычки, например «фарфоровая посуда».
4. Для поиска по точной словоформе перед словом надо поста­вить восклицательный знак. Например, для поиска слова «сен­тябрь» в родительном падеже следует написать «Сентября».
5. Для поиска внутри одного предложения слова в запросе раз­деляют пробелом или знаком &: «приключенческий роман» или «приключенческий&роман». Несколько набранных в за­просе слов, разделенных пробелами, означают, что все они должны входить в одно предложение искомого документа.
6. Если вы хотите, чтобы были отобраны только те документы, в которых встретилось каждое слово, указанное в запросе, поставьте перед каждым из них знак плюс « + ». Если вы, на­оборот, хотите исключить какие-либо слова из результата по­иска, поставьте перед этим словом минус «-». Знаки « + » и «-» надо писать через пробел от предыдущего и слитно со сле­дующим словом. Например, по запросу «Волга -автомобиль» будут найдены документы,  в которых есть слово  «Волга» и нет слова «автомобиль».
7. При поиске синонимов или близких по значению слов между словами можно поставить вертикальную черту «|». Например, по запросу «ребенок | малыш | младенец» будут найдены доку­менты с любым из этих слов.
8. Вместо одного слова в запросе можно подставить целое выра­жение. Для этого его надо взять в скобки, например «(ребе­нок | малыш | дети | младенец) +(уход | воспитание)».
9. Знак «~» (тильда) позволяет найти документы с предложением, содержащим первое слово, но не содержащим второе. Напри­мер, по запросу «книги - магазин» будут найдены все доку­менты, содержащие слово «книги», рядом с которым (в преде­лах предложения) нет слова «магазин».
10. Если оператор повторяется один раз (например, & или ~), по­иск производится в пределах предложения. Двойной оператор (&&, —) задает поиск в пределах документа. Например, по за­просу «рак — астрология» будут найдены документы со сло­вом «рак», не относящиеся к астрологии.
11. Имея определенный набор наиболее употребительных терми­нов в нужной области, можно использовать расширенный поиск. В этом режиме возможности языка запросов реали­зованы в виде формы. Подобный сервис, включающий словарные фильтры, предлагается почти всеми поисковыми системами.

**Электронная почта, принципы ее организации и работы**

Электронная почта – один из важнейших информационных ресурсов Internet. Она является самым массовым средством электронных коммуникаций. Любой из пользователей Internet имеет свой почтовый ящик в сети. Если учесть, что через Internet можно принять или послать сообщения еще в два десятка международных компьютерных сетей, некоторые из которых не имеют on-line сервиса вовсе, то становится понятным, что почта предоставляет возможности в некотором смысле даже более широкие, чем просто информационный сервис Internet. Через почту можно получить доступ к информационным ресурсам других сетей.

Как уже многим известно, в основу  работы нынешней электронной почты ныне была положена современная технология сервер-клиент. Наверное, все знают, что электронные сообщения можно отправлять несколькими способами, то есть при помощи браузера или же определенного приложения, такого как [почта mailru](http://softbesplatno.net/internet/538-foxmail-70182.html). Используются и другие программы: FoxMail, популярная TheBat! И другие. Так, к примеру, во многих системах имеется диспетчер сообщений для их просмотра непосредственно на самом сервере.

Сервер – это приложение, которое способно организовывать почтовые ящики, то есть выделяет определенное место на диске для сохранения уведомлений, а также способно обеспечивать доступ клиенту к данной информации.

Кроме того,  по запросам таковых клиентов на сервере происходит следующее:

* производится проверка авторизации.
* осуществляется возможность просмотров ящика клиента с дальнейшей передачей нужной информации на его ПК.
* разрешает управлять данными (уничтожать, перенаправлять, перегруппировывать и так далее) и отсылать снова созданное уведомление.

Работа такой почты описывается так: пользователь при помощи специального приложения-клиента самостоятельно создает письмо и далее направляет его тому серверу, где зарегистрирован получатель. Такой сервер обеспечивает сохранение входящих уведомлений получателя. После чего, абонент, какому было адресовано данное сообщение, при помощи специальной утилиты в удобное время может забрать его с сервера, ответить на него или же просто прочитать.

Утилита-сервер, которая предназначена для принятия уведомлений от отправителя также и пересылает их остальным серверам. Другими словами такие утилиты называют серверами исходящей почты.  Система работает в соответствии с таким протоколом как SMTP. Далее система, которая занимается обеспечением сохранности поступивших сообщений и предоставляет ее адресату – сервером входящих сообщений. Зачастую она работает в соответствии с таким протоколом, как POP3.

Для конкретных пользователей выше описанные опции может выполнять как несколько разнообразных систем, так и одна единственная, имеющая в собственном составе определенные программные модули.

Сама корреспонденция помещается в ящик пользователя – специально отведенный раздел на жестком диске такой системы. Доступ клиента к нему осуществляется  при помощи клиентского приложения (PegasusMail, OutlookExpress, Pine, или какой-нибудь иной).

Сегодня, стало бурно развиваться предоставление подобных услуг разнообразными фирмами провайдерами, причем бесплатно. Эти услуги заключаются в том, что человек при помощи простого браузера посещает их ресурс, регистрируется, получает собственный ящик вместе с возможностью  доступа туда при помощи современного браузера. Такую услугу принято называть web-mail.

**Правила ведения переписки с использованием электронной почты**

Тот, кто в деловых кругах стремится выглядеть достойно, всегда использует правила переписки по электронной почте. И всегда помнит главное – электронное письмо не должно запятнать ни адресата, ни репутацию компании, представителем которой он является, ни деловой имидж. Способность корректно и грамотно вести деловую электронную переписку – главная составляющая имиджа современного менеджера. Это и признак общего культурного уровня, и показатель личного профессионализма. В соответствие с тем как человек способен свои мысли сформулировать и оформить их, можно уверенно судить о его отношении к окружающим и к себе лично. Электронное письмо, небрежно написанное, легко может испортить в глазах партнеров и коллег, деловую репутацию автора.

Правила деловой переписки по электронной почте:

1. Только в служебных целях используйте рабочий электронный адрес. Если вы, с рабочего сервера находясь на работе, отправляете письмо, то оно сохраняется, как исходящая, так и входящая почта. В любой момент ваш работодатель письмо может прочитать. Лишь только деловую переписку ведите в стенах офиса.
2. Четко понимайте, кому ваше сообщение адресовано и кому изложенная в нем информация может быть полезна. Кому ваше письмо адресовано? Клиенту? Партнеру? Коллеге? Подчиненному? Начальнику? Адресат указывается в графе «кому», заинтересованные – «копия». Никогда лишние копии не отправляете, в особенности начальнику. Если в электронном письме затрагиваются третьи лица, то их тоже, как правило, вносят в графу «копия».
3. Для себя сформулируйте цель послания. Какую вы перед собой ставите цель: чего стремитесь добиться от читателя вашего письма? Какую ожидаете реакцию? Адресат, прочитав ваше сообщение, должен понять сразу, что от него вам требуется. Правила ведения электронной переписки:

* если вы на события желаете привнести индивидуальный взгляд – от первого лица (мы, я)
* если ваше сообщение носит запросный или инструктивный характер – от 2 лица (вы, ты)
* если вы пишете письмо как сторонний наблюдатель и хотите о свершившихся фактах или событиях проинформировать адресата – от 3 лица (они, она, он).

1. Поле «тема» не оставляйте пустым. Большинство тех, кто получают электронное письмо, изучение корреспонденции начинают с просмотра поля «тема». Решение о прочтении письма человек принимает за несколько секунд, поэтому содержание письма должно отражаться в теме. Тема должна быть краткой, конкретной и информативной.
2. Соблюдайте четкое содержание: обращение и приветствие, главная часть, итог, подпись, контакты. В любом письме должен присутствовать этикет электронной переписки. Не ленитесь и не пропускайте ни одну из частей принятого содержания, оформленное корректно письмо – показатель вашего профессионализма.
3. Обращение и приветствие к адресату – показатель вашего уважения к нему. Каждое письмо по возможности начинайте с персонального обращения и приветствия. Проявлением вежливости является обращение к собеседнику по имени. После обращения ставьте запятую, если хотите посланию придать будничный характер. А если хотите подчеркнуть официальность и значимость – то восклицательный знак, даже если это письмо адресовано коллеге, с которым вы часто общаетесь.
4. Придерживайтесь принципа: коротко и ясно (КиЯ). Одно из главных правил деловой электронной переписки – «минимум слов – максимум информации». Свои мысли излагайте конкретно (четко), последовательно, конспективно и для понимания доступно. Предложения должны быть короткими, так легче адресату донести необходимую информацию. Существует одно «золотое» правило электронных писем – порционность, одна тема – одно письмо. Лучше отправить несколько писем ( в каждом по одной теме), чем одно большое сообщение с несколькими идеями, несвязанными между собой.
5. Не делайте из неформального общения деловую переписку. В электронном письме никаких эмоций! Если вы положения, изложенные в вашем электронном сообщении, хотите подчеркнуть эмоционально, эмоциональный подтекст необходимо скрывать за нейтральным, внешним спокойным и корректным тоном изложения. Он достигается содержанием, а не языком.
6. Придерживайтесь четкого строения построения главного текста письма. Чаще всего письмо состоит из трех частей:
   * причина для написания письма (повод, основания). Эта часть, как правило, максимально краткая;
   * последовательное изложение сути вопроса;
   * решения, просьбы, предложения, выводы.
7. Внешний вид сообщения должен быть предельно удобен для восприятия. Текст разделяйте на абзацы, в которых должно быть не более пяти-шести строк. Абзацы друг от друга лучше отделять пустой строкой. Выбирайте один цвет и один шрифт, так текст будет лучше восприниматься. Лучше не использовать без особой необходимости восклицательные знаки, смайлы, сокращения, элементы скорописи.
8. Пишите грамотно. Безграмотное письмо свидетельствует о том, что автор недостаточно образован. Вашу деловую репутацию дискредитирует опечатки и наличие в тексте ошибок. Прежде чем отправить письмо, этикет электронной переписки рекомендует внимательно перечитать письмо. Многие почтовые программы и текстовые редакторы умеют проверять пунктуацию и орфографию, а при нахождении ошибок предлагают варианты исправлений. Для написания электронных писем этот сервис необходим.
9. Продумайте, какую документацию необходимо перенести во вложения. В текст письма не стоит включать подробную информацию, лучше отправлять ее отдельным файлом. В теме письма обязательно укажите, какой вы файл вставляете, в противном случае получатель может расценить это как вирус. Все файлы перед отправкой необходимо проверить антивирусным ПО.

**Меры предосторожности при работе с электронной почтой**

Проблемы, возникающие при использовании обычной почты, также применимы и к сообщениям, передаваемым с помощью электронной почты. Например, отправитель письма может быть не тем, за кого он себя выдает. Если вы не используете специальные программы для обеспечения безопасности электронной почты, может оказаться очень трудным определение того, кто же на самом деле послал письмо. Это означает, что электронная почта не подходящий способ ведения коммерческой деятельности. Очень легко подделать сообщение электронной почты, чтобы оно казалось пришедшим от какого-то другого лица.

Другой проблемой, возникающей при использовании электронной почты, является конфиденциальность писем. Электронные письма передаются через Интернет между компьютерами. При передаче письма между компьютерами, а также при нахождении его в почтовом ящике на сервере в ожидании обращения пользователя к почтовому серверу электронное письмо доступно для прочтения другими людьми. Поэтому желательно дважды подумать перед тем, как посылать конфиденциальную или очень личную информацию с помощью электронной почты. Вы никогда не должны посылать номера кредитных карт и другие важные данные с помощью незащищенных электронных писем. Для решения этой проблемы имеются специальные программы (например, PGP); часть из них интегрирована прямо в программы электронной почты. Одним из удобных средств, которые обеспечивает электронная почта, является пересылка писем (forward) с одного адреса на другой. Эта возможность должна использоваться крайне осторожно. Представьте себе следующий сценарий: Пользователь имеет учетную запись у Интернет-провайдера и хочет получать с его помощью всю электронную почту. Она конфигурирует почтовую программу на своем рабочем месте так, что все приходящие письма будут пересылаться на ее личный почтовый адрес. Теперь все письма, которые она должна получить на работе, передаются по Интернет в ее личный почтовый ящик. Но при такой передаче ее электронные письма уязвимы к перехвату кем-либо. Конфиденциальное электронное письмо, посланное ей кем-либо из ее начальников, может быть прочитано хакером, установившим сетевой анализатор в одном из большого числа каналов, через которые передается письмо по Интернет. Отметим, что письмо, отправленное с рабочего места или полученное на рабочем месте, может не быть частным. Спросите свое начальство о том, могут ли другие сотрудники (в тех или иных случаях) читать или использовать ваши письма на законном основании. Статус конфиденциальности электронных писем зависит от законодательства конкретной страны.

Многие почтовые программы позволяют включать в письма файлы-5приложения. Файлы, пришедшие с электронным письмом - такие же файлы, как и все другие. Любой способ, посредством которого файл попадает на компьютер, потенциально опасен. Если файл-приложение - это просто текстовое сообщение, то ничего страшного в нем нет. Но этот файл может быть не только текстовым сообщением! Если этот файл - программа или выполняемый скрипт, требуется предпринять меры предосторожности перед тем, как запустить его.

Помните, что сохраненными электронными письмами нужно обращаться осторожно. Копии посланных или полученных писем у Интернет-провайдера могут быть уязвимы. Риск заключается в том, что кто-то может получить доступ к вашей учетной записи и прочитать ваши старые письма. Держите файлы с письмами, которые на самом деле являются важной информацией, у себя на машине.

**Вопросы для повторения:**

1. Представление о контекстном поиске.
2. Принципы контекстного поиска.
3. Запросы и их виды.
4. Логические связи и выражения. Поиск методом исключений.
5. Поисковые системы русскоязычного пространства. Интернета. Глобальные (англоязычные поисковые) системы.
6. Рекомендации по правильному формированию запросов.
7. Электронная почта, принципы ее организации и работы.
8. Правила ведения переписки с использованием электронной почты.
9. Меры предосторожности при работе с электронной почтой.

# **Организация электронного документооборота**

# 

**Понятие электронного документооборота**

Система электронного документооборота — организационно-техническая система, обеспечивающая процесс создания, управления доступом и распространения электронных документов в компьютерных сетях, а также обеспечивающая контроль над потоками документов в организации.

Документооборот — комплекс работ с документами: прием, регистрация, рассылка, контроль исполнения, формирование дел, хранение и повторное использование документации, справочная работа.

Электронный документооборот (ЭДО) — единый механизм по работе с документами, представленными в электронном виде, с реализацией концепции «безбумажного делопроизводства».

Машиночитаемый документ — документ, пригодный для автоматического считывания содержащейся в нём информации, записанный на магнитных и оптических и других носителях информации.

Электронный документ (ЭД) — документ, созданный с помощью средств компьютерной обработки информации, подписанный электронной цифровой подписью (ЭЦП) и сохранённый на машинном носителе в виде файла соответствующего формата.

Электронная цифровая подпись (ЭЦП) — аналог собственноручной подписи, являющийся средством защиты информации, обеспечивающим возможность контроля целостности и подтверждения подлинности электронных документов.

**Цели, задачи и принципы электронного документооборота.**

Цели электронного документооборота:

* aвтоматизация процесса разработки и согласования документов;
* aвтоматизация процесса согласования и ознакомления с внутренними документами (Служебные записки, Приказы, Протоколы совещаний, Докладные);
* aвтоматизация регистрации и обработка Входящей/Исходящей корреспонденции;
* cоздание хранилища корпоративных документов и обеспечение коллективной работы над документами;
* обеспечение управления и контроля доступа к служебным и коммерческим документам
* учет и контроль рабочего времени сотрудников;
* контроль поручений и задач;
* управление проектами, планирование и контроль работ.

Системы электронного документооборота обеспечивают комплексное решение задачи автоматизации учета документов, взаимодействия сотрудников, контроля и анализа исполнительской дисциплины:

* централизованное безопасное хранение документов;
* оперативный доступ к документам с учетом прав;
* регистрация входящих и исходящих документов;
* просмотр и редактированиедокументов;
* контроль версий документов;
* работа с документами любых типов: офисными, текстами, изображениями, аудио- и видео файлами, документами систем проектирования, приложениями и т.д.;
* полнотекстовыйпоискпосодержанию;
* коллективная работа пользователей с возможностью согласования, утверждения и контроля исполнения документов;
* маршрутизация документов, настраиваемая по каждому виду документов в отдельности;
* автоматизированная загрузка документов из электронной почты и со сканера;
* учет и контроль рабочего времени сотрудников.

Системы электронного документооборота обеспечивают комплексное решение задачи автоматизации учета документов, взаимодействия сотрудников, контроля и анализа исполнительской дисциплины:

* централизованное безопасное хранение документов;
* оперативный доступ к документам с учетом прав;
* регистрация входящих и исходящих документов;
* просмотр и редактирование документов;
* контроль версий документов;
* работа с документами любых типов: офисными, текстами, изображениями, аудио- и видео файлами, документами систем проектирования, приложениями и т.д.;
* полнотекстовый поиск по содержанию;
* коллективная работа пользователей с возможностью согласования, утверждения и контроля исполнения документов;
* маршрутизация документов, настраиваемая по каждому виду документов в отдельности;
* автоматизированная загрузка документов из электронной почты и со сканера;
* учет и контроль рабочего времени сотрудников.

Принципы электронного документооборота:

* однократная регистрация документа;
* возможность параллельного выполнения различных операций с целью сокращения времени движения документов и повышения оперативности их исполнения;
* непрерывность движения документа;
* единая база документной информации для централизованного хранения документов и исключения возможности дублирования документов;
* эффективно организованная система поиска документа;
* развитая система отчётности по различным статусам и атрибутам документов, позволяющая контролировать движение документов по процессам документооборота.

**Технология перевода документов в электронную форму**

В отличие от бумажных документов, электронные могут обрабатываться более эффективно (тиражироваться, рассылаться, храниться и т.п.). В настоящее время активно развиваются технологии перевода бумажных документов в электронную форму с целью реализацииэлектронного документооборота. Остановимся подробнее на применяемых технологиях и используемой терминологии.

На первом этапе перевода документа в электронную форму производится его сканирование и создается электронная копия документа в виде изображения. Изображение, полученное в результате сканирования, также называют образом документа. Сканирование является начальным этапом любой системы автоматизированного ввода документов.

В процессе сканирования может выполняться программная обработка изображения, а также производится визуальный контроль качества.

**Сканирование**

**Распознавание текста документа**

Бумажныйдокумент **форма**

Образ документа

Документ в котором можно редактиро-вать текст

*Рисунок 5. Технология перевода документов в электронную форму*

Если речь идет о промышленном вводе документов, то сканеры обычно предоставляют ряд дополнительных функций, например возможность подачи разноформатных документов.

Обычно процесс сканирования - это промежуточная стадия получения электронного документа. Очевидно, что с электронным изображением документа гораздо удобнее работать, чем с бумажным (его можно копировать, отправлять по сети и т.д.).

Однако в большинстве случаев само по себе изображение (образ документа) дает мало преимуществ. Для того чтобы можно было редактировать документ, осуществлять поиск по нему или использовать его фрагменты при подготовке новых документов и т.д., необходимо перевести полученный образ в текстовый документ, понятный офисным программам. Поэтому следующая задача заключается в распознавании отсканированных документов.

Для этого необходим специальный инструмент, способный перевести изображение в текстовый редактируемый электронный документ. Такие инструменты существуют, их общее название - программы оптического распознавания символов (optical character recognition, OCR). C помощью OCR-программы компьютер сможет "прочесть" на отсканированной странице текст, отделив его от иллюстраций и прочих элементов оформления, найти таблицы и "разобраться" в их содержимом. А затем скомпоновать все это заново, воссоздав внешний вид страницы.

С точки зрения перевода документов в электронный вид (ввода документов в компьютер) их условно делят на формализованные, неформализованные и специальные.(Рисунок 5)

ДОКУМЕНТЫ

НЕФОРМАЛИЗОВАННЫЕ

(письма, договоры…)

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ

(фотографии, карты, отпечатки пальцев…)

ФОРМАЛИЗОВАННЫЕ

(бланки, анкеты…)

*Рисунок 6. Виды документов*

Формализованные документы - это документы, в которых заранее определена форма: расположение обязательных полей, в которые заносятся данные. Например, бланки, накладные, анкеты, картотеки и т.д. Неформализованные документы - это документы произвольной формы: договоры, письма и т.д. К специализированным относятся такие документы как, например, карты и отпечатки пальцев.

Перевод каждого из перечисленных видов документов имеет свою специфику. Если вводятся фотографии, то достаточно электронного изображения, если документ содержит текст, его необходимо распознать, если это форматированный текст с рисунками, то нужно не только распознать текст, но и восстановить формат документа, а если это анкета, то, скорее всего, сам документ вообще не нужен, важна только содержащаяся в нем информация. Например, при обработке листов для голосования обычно не требуется изображения самого документа, достаточно информации о том, за кого отдан голос.

Ввод формализованных документов

Чтобы пояснить, какие задачи возникают при вводе формализованных документов, рассмотрим конкретный пример.

Например, при выписке из профилактория пациентам предлагается заполнить анкету с целью оценки уровня обслуживания.

Если за месяц накапливается несколько сотен таких анкет, то их обработка представляет собой непростую задачу. Очевидно, что получение образов (электронных изображений) этих анкет хоть и облегчает задачу их хранения, однако не позволяет использовать компьютер для обработки информации.

Чаще всего задача ввода форм (в данном случае анкеты) состоит в превращении образа документа в строчку базы данных, содержащую соответствующую информацию. Когда все анкеты будут введены в базу данных, можно будет их обработать и, например, выяснить, на каком этаже обслуживание ведется лучше.

При заполнении анкеты требуется ответить на вопросы и внести информацию в определенные служебные поля, а задача программы при вводе форм - определять эти специальные поля, распознавать информацию в них и ввести ее в базу данных. При этом особенностью ввода форм в компьютер является необходимость распознавания текстов, заполненных от руки.

Обычно в том случае, если форма должна распознаваться компьютером, заполняющего просят ввести текст раздельными буквами, и такой текст называют рукопечатным. Технологии распознавания рукопечатных символов обозначаются термином ICR (IntelligentCharacterRecognition). Распознавание рукопечатных символов представляет собой более сложную задачу по сравнению с распознаванием печатных, поскольку требуется распознать символ, вписанный в форму от руки с учетом возможных его отклонений, обусловленных индивидуальными особенностями почерка.

Бумажная

форма

Образ **формы**

Запись в базе данных

**Сканирование**

**Распознавание формы**

*Рисунок 7. Схема ввода формализованных документов*

Задачи распознавания при вводе форм не обязательно связаны с распознаванием текста. При вводе форм может потребоваться распознавание различных меток и знаков, для которого тоже существует свой термин: OMR (OpticalMarkRecognition). Например, в бюллетенях для голосования голосующего просят поставить крестик (или другой знак) напротив фамилии кандидата, и задача компьютера - распознать, есть в определенном поле какой-нибудь знак или нет.

**Офисное программное обеспечение. Программные комплексы MicrosoftOffice и OpenOffice**

Офисные программы – это особый вид программного обеспечения, который предназначается для работы с документами. Из названия можно предположить, что данного рода программы предназначены для работы в офисе, однако можно с уверенностью сказать, что такое программное обеспечение можно встретить на всех абсолютно компьютерах, а сегодня и в последних моделях мобильных телефонов. К такому программному обеспечению относят всевозможные программы для работы с документами. Пакет офисных программ включает в себя текстовый редактор для работы с документами, редактор таблиц, графический редактор, программу для работы с электронной почтой и базами данных, «криэйтора» презентаций, а также др. программы.

Самым распространенным подобным пакетом офисных программ является MicrosoftOffice, который включает в себя все выше перечисленные редакторы. По умолчанию в этот пакет программ, разработанный компанией Била Гейтса, включаются такие программы:

* MicrosoftOfficeWord – самый популярный в мире редактор для работы с текстом, который по своим возможностям позволяет создавать, редактировать, форматировать текстовые файлы;
* MicrosoftOfficeExcel – мощная программа для создания таблиц данных, в которой можно форматировать данные, строить диаграммы, выводить формулы, классифицировать значения и т. д.;
* MicrosoftOfficeOutlook – офисное приложение для работы с электронной почтой, с помощью которого можно создавать, получать, отправлять сообщения из интернета, переписываться с другом или с деловым партнером. Также эта программа позволяет вести электронный органайзер событий и таким образом ты никогда не пропустишь день рожденье друга или важную встречу с клиентом;
* MicrosoftOfficeAccess - программа для работы с базами данных. С ее помощью можно создавать, редактировать базы данных, извлекать из них необходимую информацию, а также вести учет необходимых значений и цифр;
* так же есть еще огромное множество офисных приложений и программ. К примеру есть бесплатный аналог MS Office это OpenOffice.

OpenOffice.org — распространяемый бесплатно полнофункциональный пакет офисных приложений. Ранее назывался просто «OpenOffice», (в описаниях и интернет-ссылках пакета часто применяется сокращение «Ooo» или «OO.o»). OpenOffice.org достойный конкурент MicrosoftOffice из мира открытого программного обеспечения.

Состав пакета OpenOffice

* текстовый процессор Writer

Самый популярный компонент пакета, обладающий большинством возможностей платных текстовых редакторов. Работает с файлами, созданными в MicrosoftWord. Кроме всего прочего, позволяет корректно преобразовывать тексты в HTML или экспортировать в PDF.

* табличный процессор Calc

Редактор электронных таблиц. Позволяет работать, как в «родном» формате ODF (.ods), так и в форматах MicrosoftExcel (XLS, XLT, XML), а также во многих других. Помимо этого, результаты работы можно экспортировать в PDF или сохранить в виде HTML.

* программа подготовки презентаций Impress

Совместима с форматом файлов MicrosoftPowerPoint (PPT, POT), также может сохранять презентации во многих других форматах, включая AdobeFlash (SWF).

* векторный графический редактор Draw

Поможет создать, как простые визитки, логотипы, диаграммы или блок-схемы, так и сложные векторные изображения. Возможна вставка видео или звука. Созданные в Draw рисунки можно внедрить в любой другой компонент OpenOffice.

* редактор формул и уравнений Math

Инструмент для создания сложных уравнений, которые включают знаки или символы, недоступные в стандартных шрифтовых наборах. Возможно применение Math, как для создания формул в документах Writer или Impress, так и использование этого редактора автономно.

* база данных Base

Компонент для работы с базами данных с помощью простого интерфейса. В качестве механизма реляционной базы данных по умолчанию использует HSQLDB. Также можно использовать dBASE, MicrosoftAccess, MySQL, Oracle или любую другую, ODBC или JDBC совместимую базу данных.

Преимущества OpenOffice

1. Это бесплатно. Качайте, устанавливайте и используйте OpenOffice.org на своём компьютере, не заплатив при этом ни копейки.
2. Это легально. OpenOffice.org можно использовать абсолютно законно на компьютерах организаций и предприятий, без ограничений.
3. Если до этого вы работали в MS Office 2003 или более раннем офисном пакете от Microsoft, то интерфейс OpenOffice.org покажется вам знакомым.
4. Поддерживает файлы MicrosoftOffice (DOC, XLS, XLT, XML, PPT, MDB), а так же открытый формат OpenDocumentFormat (ODF).
5. Пакет позволяет сохранять файлы в формате PDF без установки дополнительных программ.
6. Поддерживает Flash (SWF).
7. Есть версии для Linux, OS X, FreeBSD. При переходе на эти операционные системы вам не придётся изучать новый пакет офисных программ.
8. Интерфейс, проверка орфографии и поддержка на русском и многих других языках.
9. Существует большое количество литературы об OpenOffice на русском языке.
10. Имеется мобильная (portable) версия пакета.
11. OpenOffice изучают даже в школах.

Недостатки:

1. Несмотря на то, что интерфейс пакета напоминает MS Office 2003, работать в OpenOffice.org не очень привычно.
2. При работе со сложными электронными таблицами MS Excel в OpenOffice.org могут возникнуть проблемы.
3. Не сохраняет тексты в формате MicrosoftWord «DOCX».

Для открытия и печати документов в новых форматах MicrosoftOffice, которые плохо поддерживаются бесплатными офисными пакетами (файлы с расширениями docx, docm, xlsx, xlsm, xlsb, pptx, pptm, potx, potm, ppsx, ppsm), можно использовать средства просмотра, бесплатно распространяемые Microsoft. Это программы WordViewer (Средство просмотра Word), ExcelViewer (Средство просмотра Excel) и PowerPointViewer (Средство просмотра PowerPoint). Однако изменение открытого документа, его сохранение, а также создание нового документа в этих программах невозможно.

Для работы с файлами этих форматов пользователям офисных пакетов MicrosoftOffice XP и 2003 можно установить бесплатный «Пакет обеспечения совместимости MicrosoftOffice для форматов файлов Word, Excel и PowerPoint».

**Создание электронных архивов**

Создание электронных архивов является в каждом случае уникальной задачей для каждого предприятия с одной стороны, но имеет общие закономерности, с другой стороны, позволяющие производить их поблочную реализацию и поэтапно получить законченное программно-аппаратное решение. При этом важно, что результатом каждого этапа также является законченное решение, готовое к использованию до проведения работ по следующим этапам. Структура любого электронного архива  состоит из следующих подсистем:

1. Подсистемы ввода - комплекса программно-аппаратных средств, для преобразования бумажной документации в электронный вид. Поскольку, часть документов на любом предприятии, организации может находиться в электронном виде (разрабатывается в инженерно-конструкторских, офисных и других приложениях, т. е. сразу создаются в электронном виде), подсистема ввода должна обеспечивать ввод и регистрацию документов, разрабатываемых в любых приложениях, используемых на предприятии. Не будем строить иллюзий, говоря о том, что "можно быстро решить проблемы с бумажными документами, качественно отсканировав их, тем самым, отказаться от бумажной технологии". Действительно, современное сканирующее оборудование позволяет достигать высоких объемов сканирования с одной стороны, а оборудование тиражирования позволяет с другой стороны тиражировать бумажные документы со скоростью 10-15 м/минуту (инженерные комплексы Оce).
2. Подсистемы оперативного электронного архива - для хранения информации оперативного использования и накопления информации перед записью её на долговременное хранение.
3. Подсистемы долгосрочного хранения - для долговременного хранения больших и сверхбольших объемов данных, обращение к которым носит нерегулярный характер.
4. Подсистемы пользовательских приложений. Как правило, на этом уровне организуется доступ к информации архива либо в файл-серверном режиме, либо посредством использования систем автоматизации, СУБД.
5. Подсистемы тиражирования.
6. Технологических решений по созданию архива.

**Вопросы для повторения:**

1. Цели, задачи и принципы электронного документооборота.
2. Технология перевода документов в электронную форму.
3. Офисное программное обеспечение.
4. Программныекомплексы Microsoft Office и Open Office.
5. Создание электронных архивов.

**3.** **Базы данных, справочно-правовые и экспертные системы**

**Понятие структурированного представления информации**

Структурирование информации — это технология представления информации в виде, отражающем связи (смысловые, ассоциативные, причинно-следственные и другие). Связь между понятиями, частями, составляющими предметной области, которую необходимо изучить. Широкое использование структурирования информации определяется тем, что каждая мысль представляется как объект в взаимосвязи с другими объектами.

Современное общество немыслимо без её основного ресурса — информации. Понимая информацию как один из основных стратегических ресурсов общества, необходимо уметь его оценивать как с качественной, так и с количественной стороны. На этом пути существуют большие проблемы из-за нематериальной природы этого ресурса и субъективности восприятия конкретной информации различными индивидуумами человеческого общества. Термин информация происходит от латинского information,что означает разъяснение, осведомление, изложение. С позиции материалистической философии информация есть отражение реального мира с помощью сведений (сообщений). Сообщение — это форма представления информации в виде речи, текста, изображения, цифровых данных, графиков таблиц и т. п. В широком смысле информация — это общенаучное понятие, включающее в себя обмен сигналами между живой и неживой природой, людьми и устройствами. Информацию можно рассматривать как концептуально связанные между собой сведения, данные, понятия, изменяющие наши представления о явлении или объекте окружающего мира.

В настоящее время наблюдается огромный рост информации, требующий от человека умений работы с литературой, цифровыми информационными ресурсами. Успешная, грамотная работа с большими информационными данными требует высокого уровня развития профессиональных навыков. Поэтому каждый из вас должен:

1. уметь осмысленно изучать материал любой дисциплины, выделяя в нем основное (базисное) и оставляя второстепенную информацию;
2. проводить анализ, сравнение, классификацию, выявить причинно-следственных связей и т. д.;
3. формировать точное изложение мыслей, ответы на вопросы, публичные выступления;
4. правильно приводить доказательства своих суждений;
5. оформлять вывод, создавать план действий, проявлять самостоятельность.

Всё перечисленное выше можно достичь с использованием технологии структурирования информации, которая представляет собой один из видов информационного моделирования. Структурирование информации связано с изменением формы представления информации, не изменяя её содержание. Структурирование информации связано с внесением определенной системы в формирование информации. Упорядочение в определенном порядке, сортировка по определенным признакам, использование табличного или графического изложения — всё это является структурированием информации. С данным видом переработки информации вы сталкиваетесь при изучении любой дисциплины. Структуризация происходит и на этапе составления плана пересказа различного текста, краткой записи любой текстовой задачи. Но мы часто не говорим, что выполняя задания такого типа, вы проводите информационные действия по преобразованию информации, т. е. структурированию информации. Построение информационных моделей входит в учебный процесс при изучении каждой дисциплины, а особенно теоретических. Структурированная информация позволяет теоретический материал в целом, просто, доступно, что позволяет лучше усвоить материал, использование структурированной информации обеспечивает быстроту, адекватность восприятия изучаемого материала, что служит далее основой для получения новой информации и применение на практике.

Технологию структурирования информации можно проводить в различных формах:

1. использование готового структурированного материала (графические схемы) из литературы и наглядных пособий;
2. подготовленный структурированный материал преподавателем (презентации, опорные конспекты);
3. формирование структурированной информации непосредственно на занятиях во время изложения нового материала;
4. проводить различные формы индивидуальной и коллективной работы студентов, по применению созданных и формированию (самостоятельно) собственной структурированной информации.

**Цели, задачи и принципы структуризации информации**

Главная цель структурирования – упрощение понимания основных элементов, из которых состоит весь массив информации, а также логики взаимосвязанности этих элементов.

В основе процесса создания базы данных лежат определенные принципы. Первый принцип заключается в необходимости исключать повторяющиеся (или лишние) данные, т. к. они занимают место и повышают вероятность возникновения ошибок и неполадок. Второй принцип касается важной роли правильных и полных данных. Если база данных содержит неправильные данные, все отчеты, основанные на сведениях из нее, будут также содержать неверные сведения. Это может привести к принятию неправильных решений на основе таких отчетов.

* в основе процесса создания базы данных лежат определенные принципы. Первый принцип заключается в необходимости исключать повторяющиеся (или лишние) данные, т. к. они занимают место и повышают вероятность возникновения ошибок и неполадок. Второй принцип касается важной роли правильных и полных данных. Если база данных содержит неправильные данные, все отчеты, основанные на сведениях из нее, будут также содержать неверные содержатся в таблицах;
* возможность поддержания и отслеживания точности и целостности данных;
* соответствие требованиям к обработке данных и созданию отчетов.

**Классификация баз данных**

По типу хранимой информации БД делятся на документальные, фактографические и лексикографические.

Среди документальных баз различают библиографические, реферативные и полнотекстовые.

К лексикографическим базам данных относятся различные словари (классификаторы, многоязычные словари, словари основ слов и т. п.).

В системах фактографического типа в БД хранится информация об интересующих пользователя объектах предметной области в виде «фактов» (например, биографические данные о сотрудниках, данные расписании работы врачебных кабинетов, о пациентах, стоящих на диспансерном учете и т.п.); в ответ на запрос пользователя выдается требуемая информация об интересующем его объекте (объектах) или сообщение о том, что искомая информация отсутствует в БД.

В документальных БД единицей хранения является какой-либо документ (например, текст закона или статьи), и пользователю в ответ на его запрос выдается либо ссылка на документ, либо сам документ, в котором он может найти интересующую его информацию.

БД документального типа могут быть организованы по-разному: без хранения и с хранением самого исходного документа на машинных носителях. К системам первого типа можно отнести библиографические и реферативные БД, а также БД-указатели, отсылающие к источнику информации. Системы, в которых предусмотрено хранение полного текста документа, называются полнотекстовыми.

В системах документального типа целью поиска может быть не только какая-то информация, хранящаяся в документах, но и сами документы. Так, возможны запросы типа «сколько документов было создано за определенный период времени» и т. п. Часто в критерий поиска в качестве признаков включаются «дата принятия документа», «кем принят» и другие «выходные данные» документов.

Специфической разновидностью баз данных являются базы данных форм документов. Они обладают некоторыми чертами документальных систем (ищется документ, а не информация о конкретном объекте, форма документа имеет название, по которому обычно и осуществляется его поиск), и специфическими особенностями (документ ищется не с целью извлечь из него информацию, а с целью использовать его в качестве шаблона).

В последние годы активно развивается объектно-ориентированный подход к созданию информационных систем. Объектные базы данных организованы как объекты и ссылки к объектам. Объект представляет собой данные и правила, по которым осуществляются операции с этими данными. Объект включает метод, который является частью определения объекта и запоминается вместе с объектом. В объектных базах данных данные запоминаются как объекты, классифицированные по типам классов и организованные в иерархическое семейство классов. Класс - коллекция объектов с одинаковыми свойствами. Объекты принадлежат классу. Классы организованы в иерархии.

По характеру организации хранения данных и обращения к ним различают локальные (персональные), общие (интегрированные, централизованные) и распределенные базы данных.

Персональная база данных - это база данных, предназначенная для локального использования одним пользователем. Локальные БД могут создаваться каждым пользователем самостоятельно, а могут извлекаться из общей БД.

Интегрированные и распределенные БД предполагают возможность одновременного обращения нескольких пользователей к одной и той же информации (многопользовательский, параллельный режим доступа). Это привносит специфические проблемы при их проектировании и в процессе эксплуатации БнД. Распределенные БД, кроме того, имеют характерные особенности, связанные с тем, что физически разные части БД могут быть расположены на разных ЭВМ, а логически, с точки зрения пользователя, они должны представлять собой единое целое.

БД классифицируются по объему. Особое место здесь занимают так называемые очень большие базы данных. Это вызвано тем, что для больших баз данных по-иному ставятся вопросы обеспечения эффективности хранения информации и обеспечения ее обработки.

По характеру организации данных БД могут быть разделены на неструктурированные, частично структурированные и структурированные.

Этот классификационный признак относится к информации, представленной в символьном виде. К неструктурированным БД могут быть отнесены базы, организованные в виде семантических сетей. Частично структурированными можно считать базы данных в виде обычного текста или гипертекстовые системы. Структурированные БД требуют предварительного проектирования и описания структуры БД. Только после этого базы данных такого типа могут быть заполнены данными.

Структурированные БД, в свою очередь, по типу используемой модели делятся на виды:

* иерархические,
* сетевые,
* реляционные,
* смешанные;
* мультимодельные.

Классификация по типу модели распространяется не только на базы данных, но и на СУБД.

**Медицинские базы данных**

Медицинская база данных – объемный набор хорошо структурированных данных в области медицины. Набор имеет единые способы и методы обработки данных в различных медицинских вопросах.

Зачастую МИС включают себя следующие БД:

* БД застрахованного населения, для которых медицинское и медикаментозное обеспечение осуществляется с учетом назначенных им государственных льгот;
* базы персонифицированных медицинских данных о больных социально значимыми болезнями;
* медико-статистические базы персонифицированных данных медицинских услуг, включая услуги амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой и неотложной медицинской помощи, стоматологической помощи;
* базы финансово-экономической информации;
* БД по кадровому составу и материально-техническому оснащению ЛПУ;
* базы фармакоэкономических данных;
* базы нормативно-справочной информации.

Для осуществления поиска задается порядок данных, с помощью ключевых полей. Тогда поиск информации осуществляется по этим ключам.

Например:  к БД «Городская больница» можно организовать запрос по ключу «Врач». Возможный ответ - врач Иванов И.И.

Реализуется поиск и вся поддержка БД соответствующими системами управления, так называемыми СУБД.

СУБД- система управления базами данных. СУБД связывает пользователей и физическое представление данных. Все пользовательские запросы обрабатываются СУБД.

Главная функция СУБД – сокрытие программного кода от пользователей баз данных.

СУБД также устанавливают ограничения на количество информации, которая может быть доступна конкретному пользователю. Например, врачу и регистратуре больницы требуются различные данные, хранящиеся в базе данных.

Когда пользователь хочет получить доступ к базе данных, он выполняет запрос, используя специальный язык, который понимается СУБД. Запрос обрабатывается и проверяется на синтаксические ошибки. Дальше СУБД изучает внешнее и внутреннее строение, и выполняет необходимые операции с хранимой базой данных. СУБД должна отыскивать каждую из запрошенных записей и составлять таблицу, соответствующую запросам пользователя.

Исходя из сказанного СУБД – это программная система, которая обеспечивает процесс доступа к данным, а именно:

* обеспечивает необходимый поиск во внешней памяти;
* обеспечение копирование найденных по запросу данных в память компьютера пользователя;
* управляет всеми операциями с базой данных.

Выбор оптимальной СУБД представляет сложную многопараметрическую задачу и является одним из главных этапов в разработке ИС.

В медицинских информационных системах используется технология удалённого сервера баз данных, с коллективным доступом пользователей к данным на сервере по Интернет. Медицинские данные – являются продуктом запросов   пользователей.

Особенностями этой технологии является:

* предоставление пользователю только результат поиска, а не самой БД;
* полнота представления запрошенной информации;
* высокая скорость обработки, доступа к данным;
* интерактивность системы;
* локальная или удаленная работа пользователя.

При локальной работе можно найти данные по пациенту в базе самой больницы, а в удаленном режиме - в областной клинике.

В настоящее время в здравоохранении имеется большое количество разнообразных персонифицированных БД целевого назначения на всех уровнях - начиная с уровня учреждений до федерального уровня.

Одним из главных информационных ресурсов медицинского учреждения является его автоматизированная корпоративная БД, включающая сведения из медицинских карт пациентов, данные об объемах и характере оказанной им медицинской помощи, финансовых потоках, счетах на оплату услуг,  формирующихся при оплате медицинской помощи, нормативно-справочная медицинская и экономическая информация.

**Справочно-правовые системы**

Важнейшими требованиями при работе с нормативно-правовой информацией являются обеспечение полноты информационной базы и поддержание ее в актуальном состоянии. Выполнение этих требований приводит к необходимости решения задачи о включении в информационную базу множества ведомственных документов, которые часто не являются нормативными и получить которые достаточно сложно.

В настоящее время в России существует несколько десятков организаций, разрабатывающих программное обеспечение СПС, ведущих компьютерные нормативно-правовые информационные базы и оказывающих услуги по информационному обеспечению с использованием современных компьютерных технологий.

Фирмы-разработчики СПС, к основным направлениям организации распространения справочно-правовых систем относят:

* создание базовых эталонных банков нормативно-правовых актов, формирование комплекса программных продуктов с заданными условиями;
* организация процесса пополнения (сопровождение, актуализация) созданных эталонных информационных банков справочно-правовых систем;
* организация оперативной передачи пользователям справочно-правовых систем новейшей правовой информации из эталонных информационных банков справочно-правовых систем;
* поиск и выдача правовой информации по запросам пользователей;
* создание специальных обучающих и консультационных центров правовой информации;
* создание условий общедоступности правовой информации для юридических и физических лиц.

В настоящее время растет конкуренция между фирмами-производителями справочных правовых систем. Повышаются запросы пользователей СПС. Если еще недавно было достаточно лишь найти нужный документ, то сегодня зачастую необходимо еще и проследить все возможные связи между документами, получить разъяснения, подготовить обзор по интересующей теме, создать свою пользовательскую базу данных.

Широкое признание пользователей получили коммерческие справочные правовые системы, такие как «КонсультантПлюс», «Гарант», «Кодекс», «Юсис». Фирмы-разработчики таких систем уделяли основное внимание, во-первых, разработке и совершенствованию программных технологий и возможностей оболочек и, во-вторых, развитию сервисных центров поддержки СПС.

**Экспертные системы**

Назначение экспертных систем заключается в решении достаточно трудных для экспертов задач на основе накапливаемой базы знаний, отражающей опыт работы экспертов в рассматриваемой проблемной области. Достоинство применения экспертных систем заключается в возможности принятия решений в уникальных ситуациях, для которых алгоритм заранее не известен и формируется по исходным данным в виде цепочки рассуждений (правил принятия решений) из базы знаний. Причем решение задач предполагается осуществлять в условиях неполноты, недостоверности, многозначности исходной информации и качественных оценок процессов.

Подсистема объяснений

Интерфейс

пользователя

Контекст

предметной

области

Механизм

вывода

База

знаний

Интерфейс

эксперта

ЧЕЛОВЕК

ЭКСПЕРТ

*Рисунок 8.Упрощенная схема любой экспертной системы*

Экспертная система является инструментом, усиливающим интеллектуальные способности эксперта, и может выполнять следующие роли:

* консультанта для неопытных или непрофессиональных пользователей;
* ассистента в связи с необходимостью анализа экспертом различных вариантов принятия решений;
* партнера эксперта по вопросам, относящимся к источникам знаний из смежных областей деятельности.

Экспертные системы используются во многих областях, в том числе и в медицине.

Экспертные медицинские системы предназначены для обеспечения оперативной и систематической помощи медицинскому персоналу в разрешении проблемных ситуаций и принятии решений по вопросам лечения пациентов. Экспертные системы строятся на базе законов, регламентов, национальных рекомендаций и правил, принятых в медицинском учреждении. Функционал таких систем состоит из следующих важнейших комплексных составляющих: модуля сбора и хранения экспертных данных и модуля генерации необходимых экспертных решений.

Архитектура экспертной системы включает в себя два основных компонента: базу знаний (хранилище единиц знаний) и программный инструмент доступа и обработки знаний, состоящий из механизмов вывода заключений (решения), приобретения знаний, объяснения получаемых результатов и интеллектуального интерфейса. Причем центральным компонентом экспертной системы является база знаний, которая выступает по отношению к другим компонентам как содержательная подсистема, составляющая основную ценность. «Know-how» базы знаний хорошей экспертной системы оценивается в сотни тысяч долларов, в то время как программный инструментарий - в тысячи или десятки тысяч долларов.

**Вопросы для повторения:**

1. Понятие структурированного представления информации.
2. Цели, задачи и принципы структуризации информации.
3. Классификация баз данных.
4. Медицинские базы данных.
5. Справочно-правовые системы.
6. Экспертные системы.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Акопов, В. И. «Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья: учебно-практическое пособие» / В. И. Акопов – Ростов-на Дону: «Феникс», 2012. – 377 с.
2. Кобринский, Б. А. «Медицинская информатика»:учеб. Для студ. Учреждений высш. проф. обазования / Б. А. Корбинский, Т. В. Зарубина. – 3-2 изд., стер. –М.: Издательский дом «Академия», 2012. – 192 с.
3. Королюк, И.П. Медицинская информатика : Учебник / И.П. Королюк– 2 изд., перераб. и доп. – Самара : ООО «Офорт»:- ГБОУ ВПО «СамГМУ». 2012.— 244 с.
4. Кучеренко, В.З., Алексеева, В.М., Голубева, А.П. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник в 2 томах. ГЭОТАР – Медиа, 2013-688 с.
5. Леонтьев, О. В. «Правовое обеспечение медицинской деятельности»: учебник для средних медицинских учебных заведений / О. В. Леонтьев – СПб : «Спецлит», 2013. – 142 с.
6. Лисицын, Ю.Г., Улумбекова, Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение ГЭОТАР Медицина 2015г. -544 с.
7. Медик, В.А., Юрьев, В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/ В.А. Медик, В.К. Юрьев – М: Профессионал, 2009 – 432 с.
8. Михайлов, Ю. М. «Охрана труда в медицинских учреждениях». Практическое пособие. - -е издание, переработанное и дополненное. – М. : «Альфа-Пресс», 2011. – 240 с.
9. Мохов, А. А. «Основы медицинского права Российской Федерации»: учебное пособие для магистров / А. А. Мохов – М. : «Проспект», 2013. – 376 с.
10. Обязательное медицинское страхование: вопросы и ответы. – М.: ЗАО «Библиотечка Российской газеты», 2013. Выпуск 12. – 176 с.
11. Румынина, В.В. «Правовое обеспечение профессиональной деятельности»: учебник для студентов средних профессиональных учебных заведений / В.В. Румынина - 7-е изд., стер. – М. : Издательский центр «Академия», 2010. – 192 с.

**Интернет ресурсы**

1. http://bbcont.ru/business/pravila-perepiski-po-elektronnoi-pochte.html
2. http://comsat.net.ua/bezopasnost-v-seti.html
3. <http://ito.edu.ru/2010/MariyEl/VI/VI-0-2.html>
4. <http://folksoft.net/soft/apps/openoffice.html>
5. <http://sci-article.ru/stat.php?i=1391056050>
6. <http://stor-m.ru/page.jsp?pk=node_100097>
7. <http://studnb.ru/pravovedenie/item/1746-spravochno-pravovye-sistemy>
8. http://www.bibliofond.ru
9. http://www.consultant.ru
10. <http://www.hi-edu.ru/e-books/xbook717/01/part-002.htm>
11. http://www.intuit.ru/studies/courses/76/76/lecture/27926?page=4
12. <http://www.legis.ru>
13. http://www.marketing.spb.ru/read/article/a31.htm
14. http://www.newsfiber.com/p/h/s
15. http://www.proadv.net/2012/01/blog-post.html
16. <http://www.studmedlib.ru/ru/documents/ISBN9785970434208-0010.html>
17. http://www.viaduk.net/docflow
18. http://www.workformation.ru/klassifikaciya-poiskovyx-zaprosov.html