

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

РАЗДЕЛ 1.1. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЛАДШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

ТЕМА 1.1.1. НОРМАТИВНОЕ ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Охрана здоровья населения составляет одну из основ конституционного строя России и представлена совокупностью мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Основные принципы охраны здоровья населения сформулированы в ст. 4 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны.

Под медицинской помощью понимают комплекс мероприятий, направленных на поддержание и/или восстановление здоровья, включающих в себя предоставление медицинских услуг. Медицинская помощь оказывается системой здравоохранения, которая является составной частью системы охраны здоровья.

Соотношение охраны здоровья и медицинской помощи представлено на рис. 1.1.

Здравоохранение — отрасль деятельности государства, целью которой являются организация и обеспечение доступного и качественного медицинского обслуживания населения. Функционирование и развитие системы здравоохранения в РФ регулируются федеральными законами:

- Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон № 246-ФЗ от 23.07.2013 г. «О внесении изменений в ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»»;
- Федеральный закон № 157-ФЗ от 17.09.1998 г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;
- Федеральный закон № 61-ФЗ от 12.04.2010 г. «Об обращении лекарственных средств».

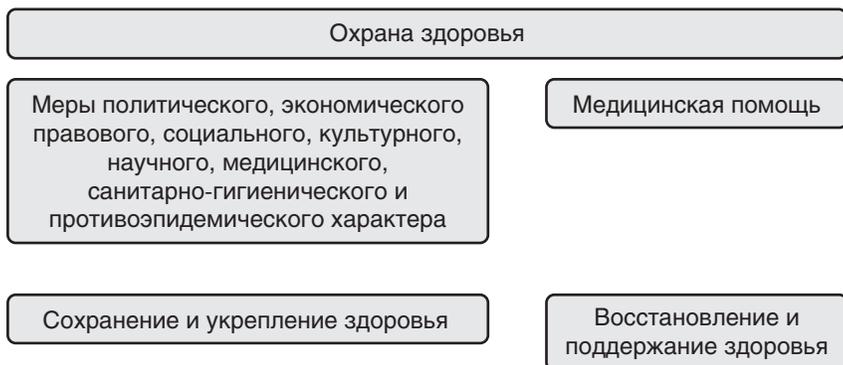


Рис. 1.1. Охрана здоровья

Правовые основы системы здравоохранения, права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, гарантии и механизмы их реализации закреплены Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Федеральный закон № 323-ФЗ регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в РФ, и определяет:

- правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- полномочия и ответственность органов государственной власти РФ, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
- права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- права и обязанности медицинских и фармацевтических работников.

Экономические модели систем здравоохранения зависят от того, какую роль и функции выполняет государство в их функционировании, и представлены:

- платной медициной, основанной на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;
- государственной медициной с бюджетной системой финансирования;
- системой здравоохранения, основанной на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

В соответствии с п. 2 ст. 41 Конституции РФ и Федеральным законом № 323-ФЗ в РФ выделяют три системы здравоохранения: государственную, муниципальную, частную (табл. 1.1).

Система медицинских организаций (МО) состоит из 3 типов МО: лечебно-профилактических (ЛПО), аптечных и государственной санитарно-эпидемиологической службы.

Медицинская помощь оказывается в МО стационарного и амбулаторного типа; многопрофильных и специализированных; детских, взрослых, гериатрических; интенсивного, восстановительного, паллиативного лечения.

Законодательство России предусматривает оказание следующих видов помощи:

- первая помощь;
- медицинская помощь.

Таблица 1.1. Система здравоохранения

Система здравоохранения	Составляющие системы здравоохранения
Государственная система здравоохранения	Федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы Исполнительные органы государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья Подведомственные им медицинские и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения
Муниципальная система здравоохранения	Органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья Подведомственные им медицинские и фармацевтические организации
Частная система здравоохранения	Медицинские и фармацевтические организации, создаваемые юридическими и физическими лицами

Первая помощь оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью до **оказания медицинской помощи** лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с действующим законодательством, имеющими необходимую подготовку (сотрудниками органов внутренних дел РФ, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных служб, а также водителями транспортных средств и др.).

В населенных пунктах, расположенных на значительном удалении от МО, осуществляют организацию оказания **первой помощи** населению до прибытия медицинских работников с привлечением **домовых хозяйств**.

Организация оказания первой помощи включает:

- формирование аптечки первой помощи, ее пополнение по мере необходимости;
- обучение навыкам оказания первой помощи;
- обеспечение домашнего хозяйства сумкой-укладкой для оказания первой помощи и информационными материалами по оказанию первой помощи при различных состояниях;
- обеспечение лиц, оказывающих первую помощь, а также лиц, имеющих высокий риск развития внезапной сердечной смерти, острого коронарного синдрома и других жизнеугрожающих состояний, и членов их семей методическими пособиями и памятками

по оказанию первой помощи при наиболее часто встречаемых жизнеугрожающих состояниях, являющихся основной причиной смертности.

Виды медицинской помощи

Медицинская помощь классифицируется по видам, условиям и форме оказания (табл. 1.2).

К *видам медицинской помощи* относятся:

- первичная медико-санитарная помощь;
- *специализированная*, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- *скорая*, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- *паллиативная* медицинская помощь.

Медицинская помощь может оказываться в следующих *условиях*:

- *вне МО* [по месту вызова бригады скорой медицинской помощи (СМП), а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации];
- *амбулаторно*, в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- *в дневном стационаре* (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- *стационарно* (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формы оказания медицинской помощи:

- *экстренная* — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- *неотложная* — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- *плановая* — медицинская помощь при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами: хирургами, неврологами, урологами, офтальмологами и другими 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 оказывается медицинскими специалистами высокой квалификации с использованием сложных и уникальных медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и техники, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий, методов геномной инженерии.

СМП оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства в экстренной или неотложной форме вне МО, а также в амбулаторных и стационарных условиях. *Скорая специализированная медицинская помощь* — вид СМП, оказываемой врачами-специалистами: кардиологами, психиатрами, педиатрами. Задачи и состав выездных бригад СМП определяются видом и профилем оказания медицинской помощи. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. На территории РФ в целях оказания СМП функционирует система единого номера вызова СМП.

При оказании СМП осуществляется *медицинская эвакуация* — транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья, а также беременных, рожениц, женщин в послеродовом периоде, новорожденных; в случае чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий. Медицинская эвакуация может осуществляться санитарной авиацией, наземным, водным и другими видами транспорта.

Паллиативная медицинская помощь оказывается неизлечимо больным, нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, и направлена на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания. Может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи.

Таблица 1.2. Виды, формы и условия оказания медицинской помощи

Виды медицинской помощи	Формы оказания медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи
Первичная медико-санитарная помощь	Плановая и неотложная	Амбулаторно и в дневном стационаре

Окончание табл. 1.2

Виды медицинской помощи	Формы оказания медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи
Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	Не установлены	Стационарно и в дневном стационаре
Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	Экстренная или неотложная вне МО	Амбулаторно и стационарно
Паллиативная медицинская помощь	Не установлены	Амбулаторно и стационарно

Медицинское страхование

Страховая медицина — это система здравоохранения, финансирование которой осуществляется государством, предприятиями, гражданами. При возникновении проблем со здоровьем (страхового случая) гарантируется оплата медицинской помощи в объеме, предусмотренном договором медицинского страхования, за счет накопленных страховщиком средств.

Система медицинского страхования включает:

- страховщика (страховую медицинскую организацию — СМО);
- страхователя (гражданина или работодателя, физическое или юридическое лицо);
- МО, которая оказывает медицинскую помощь;
- договор медицинского страхования со СМО.

Медицинское страхование может осуществляться по *принципу солидарности* и по *накопительному принципу*. При реализации *принципа солидарности* страховые взносы аккумулируются в специальных государственных фондах. За сбор и расходование средств этих фондов несет ответственность государство, обеспечивая при этом территориальное выравнивание объемов и качества оказываемой медицинской помощи. Страховые взносы в этом случае являются безвозвратными. *Накопительный принцип* медицинского страхования подразумевает персональный счет гражданина, его личную ответственность за количество страховых средств, персональный учет страховых накоплений, их наследование, оплату страховых случаев в суммах, превышающих накопления, выплату (при отсутствии страховых случаев) страховых вознаграждений, образующихся за счет неиспользованных за определенный период времени денежных средств.

Источниками финансирования любого вида медицинского страхования являются страховые взносы, а также доходы от размещения временно свободных средств. Финансовые поступления резервируются

на специальных счетах СМО и могут быть использованы для предоставления бесплатных медицинских услуг владельцу страхового полиса при возникновении страхового случая в соответствии с договором медицинского страхования.

Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и СМО, в соответствии с которым СМО обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному лицу медицинской помощи определенного объема и качества.

Договор в обязательном порядке содержит:

- наименования сторон;
- сроки действия договора;
- численность застрахованных;
- размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- перечень медицинских услуг в соответствии с программами; права, обязанности, ответственность сторон и иные условия, не противоречащие законодательству.

Медицинское страхование в России осуществляется в двух видах:

- обязательное медицинское страхование (ОМС);
- добровольное медицинское страхование (ДМС).

ОМС обеспечивает застрахованному лицу оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая за счет средств ОМС в пределах базовой программы, являющейся основой программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной помощи. Базовая программа ОМС включает обязательную по объему и содержанию медицинскую помощь, утверждается Правительством РФ.

В каждом регионе действует *территориальная программа ОМС*. Базовая программа ОМС устанавливает единые требования к территориальным программам ОМС и является их составной частью. При наличии финансовых возможностей территориальная программа ОМС может включать в себя дополнительный к базовому перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи.

В рамках *базовой программы ОМС* оказывается первичная медико-санитарная помощь (включая профилактическую помощь), СМП (в том числе скорая специализированная), специализированная медицинская помощь (в том числе высокотехнологичная), паллиативная медицинская помощь в МО при следующих заболеваниях:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и СПИД;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;

- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

В основу функционирования ОМС положен принцип солидарности. Экономическая база медицинского страхования — формируемый фонд денежных средств, из которых оплачиваются услуги. Федеральный фонд ОМС выполняет следующие функции:

- выравнивание условий финансирования базовой программы ОМС на всей территории РФ;
- финансирование целевых программ в рамках ОМС;
- контроль целевого использования финансовых средств системы ОМС.

К *основным источникам* доходов бюджета Федерального фонда ОМС относятся:

- страховые взносы на ОМС, в том числе страховые взносы работодателей на ОМС работающего населения (страховой взнос на ОМС устанавливается в процентах по отношению к начисленной оплате труда); страховые взносы субъектов РФ на ОМС неработающего населения;
- недоимки по взносам, налоговым платежам;
- начисленные пени и штрафы;
- межбюджетные трансферты (передача средств внутри бюджетной системы страны из одного бюджета в другой) на выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ ОМС;
- доходы от размещения временно свободных средств.

Территориальный фонд ОМС участвует в разработке территориальной программы ОМС.

Страховые взносы на ОМС — обязательные платежи, обладающие обезличенным характером, тариф и порядок взимания которых устанавливает Правительство РФ.

Отношения, возникающие в связи с осуществлением ОМС, регулирует Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Данный закон закрепляет:

- правовое положение субъектов и участников ОМС;
- основания возникновения их прав и обязанностей;
- гарантии их реализации;
- отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Участниками ОМС являются МО, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками ОМС договора о финансовом обеспечении ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключается между МО и СМО в установленном порядке.

МО не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС. За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС МО уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены указанным договором.

Страхователь по ОМС — субъект, наделенный правами и обязанностями заключать договоры ОМС в отношении определенной категории граждан. Перечень категорий страхователей определен законом.

Страховые медицинские организации — специализированные страховые компании, выполняющие роль страховщиков ОМС и осуществляющие финансовый контроль работы МО.

Договор ОМС включает территориальную программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

Страховой медицинский полис (полис) ОМС — документ, гарантирующий получение бесплатной медицинской помощи в системе ОМС на всей территории РФ в рамках программы государственных гарантий.

Новые полисы ОМС — единого образца, их не надо менять при увольнении, смене места работы или переезде на новое место жительства.

Права страхователя:

- участие во всех видах медицинского страхования;
- контроль выполнения условий договора ОМС.

Обязанности страхователя:

- зарегистрироваться в Территориальном фонде ОМС и заключить договор со страховыми медицинскими организациями в отношении граждан, подлежащих страхованию;
- вносить страховые взносы, предоставлять СМО информацию о показателях здоровья граждан, подлежащих страхованию.

Ответственность страхователя: нарушение выполнения страховщиком обязанностей, установленных законодательством РФ, влечет наложение административного штрафа на должностных лиц.

Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС устанавливаются соглашением между СМО, местной администрацией и профессиональными медицинскими общественными организациями. Расчет между СМО и МО осуществляется по преискуртанту.

ДМС — вид личного страхования. Предоставляет возможность получения медицинской помощи в МО, не работающих по программе ОМС. В МО, работающих по системе ОМС, застрахованные граждане при реализации ДМС могут получить за свой счет дополнительные медицинские и иные (медико-социальные, сервисные) услуги сверх установленных программами ОМС.

ДМС может быть индивидуальным и коллективным. Содержание и объем программ ДМС определяются потребностями потенциальных пациентов и возможностями МО. Размер взносов зависит от уровня (потенциала) здоровья (уровня медицинского риска) индивидуума или группы.

Страхователями могут выступать как физические лица, так и работодатели. Застрахованными выступают физические лица. Выгодоприобретателями (юридическими лицами, которым предназначен денежный платеж, получатель денег) являются МО. Застрахованные получают бесплатно медицинскую помощь в МО-выгодоприобретателях. Страховщик компенсирует выгодоприобретателю понесенные затраты.

Тарифы на медицинские и иные услуги при ДМС устанавливаются по соглашению между СМО и организациями, предоставляющими эти услуги.

Отличительные особенности видов медицинского страхования представлены в табл. 1.3.

Таблица 1.3. Характеристика видов медицинского страхования

№	Характеристика	ОМС	ДМС
1	Принцип функционирования	Принцип обязательности	Принцип добровольности
		Принцип солидарности: страховые взносы аккумулируются в специальных государственных фондах. За сбор и расходование средств этих фондов несет ответственность государство, обеспечивая при этом территориальное выравнивание объемов и качества оказываемой медицинской помощи. Страховые взносы в этом случае являются безвозвратными	Накопительный принцип: подразумевает персональный счет гражданина, его личную ответственность за количество страховых средств, персональный учет страховых накоплений, их наследование, оплату страховых случаев в суммах, превышающих накопления, выплату (при отсутствии страховых случаев) страховых вознаградений, образующихся за счет неиспользованных за определенный период времени денежных средств
2	Страховые взносы	Обязательные платежи, тариф и порядок взимания которых устанавливаются Правительством РФ, обладают обезличенным характером	Личные средства граждан или средства работодателей. Размер страхового взноса зависит от размера страховой суммы, тарифа, срока страхования и других факторов
3	Страховщик	Страховые медицинские организации — специализированные страховые компании, выполняющие роль страховщиков ОМС и осуществляющие финансовый контроль работы МО	Страховые медицинские организации , не участвующие в ОМС
4	Страхователь	Работодатели — работающее население, субъекты РФ — неработающее население	Физические лица и работодатели
5	Застрахованные лица	Все граждане Российской Федерации автоматически застрахованы в системе ОМС	Физические лица (коллективный или индивидуальный договор)
6	Программа оказания медицинской помощи	Базовая программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной помощи	Дополнительные медицинские и иные (медико-социальные, сервисные) услуги сверх установленных программ ОМС. Содержание и объем программ ДМС определяются потребностями потенциальных пациентов

Окончание табл. 1.3

№	Характеристика	ОМС	ДМС
			и возможностями МО. Программа ДМС является неотъемлемой частью договора ДМС и выдается каждому застрахованному лицу на руки
7	Оказание медицинских услуг	В медицинских организациях, работающих в системе ОМС	В медицинских организациях, работающих в системе ОМС (медицинских услуг сверх базовой программы ОМС) и ДМС
8	Страховой медицинский полис	Страховой медицинский полис (полис) ОМС – документ, гарантирующий получение бесплатной медицинской помощи в системе ОМС на всей территории РФ в рамках программы государственных гарантий	Полис ДМС – документ, выдаваемый на руки застрахованному лицу, подтверждающий заключение договора ДМС
9	Тарифы на медицинские услуги	Устанавливаются соглашением между СМО, местной администрацией и профессиональными медицинскими общественными организациями. Не включают прибыль и, как правило, ниже себестоимости	Устанавливаются по соглашению между СМО и организациями, предоставляющими эти услуги. Включают прибыль
10	Расчет	Расчет между СМО и МО осуществляется по преискуртанту	Страховщик компенсирует МО понесенные затраты

Медицинская документация

Медицинская документация — документы установленной формы, предназначенные для регистрации данных лечебных, диагностических, профилактических, санитарно-гигиенических и других мероприятий, а также для их обобщения и анализа.

Образцы учетных форм и правила их заполнения утверждены приказами Минздрава РФ и Минздрава СССР. По своему назначению учетные документы делятся на группы:

- для записей результатов наблюдения за состоянием больного в период его лечения и лечебно-диагностических назначений;

- для обеспечения преемственности и взаимосвязи между отдельными этапами оказания медицинской помощи;
- для регистрации объема выполняемой работы.

Учетные медицинские документы представлены документами индивидуального (направление на рентгенологическое исследование) и группового учета (требование на лекарственные препараты).

Медицинская отчетность — система медицинских документов установленной формы. Содержит данные о деятельности МО, медицинском обслуживании населения и состоянии его здоровья, характеризует объем и качество получаемой медицинской помощи, ресурсы учреждений здравоохранения и эффективность их использования. Медицинская отчетность является частью единой системы общегосударственной отчетности. Каждый отчетный документ обобщает содержание группы учетных медицинских документов.

Основные требования, предъявляемые к заполнению учетно-отчетной документации:

- достоверность;
- медицинская грамотность;
- полнота;
- своевременность.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Охарактеризуйте объем медицинской помощи, оказываемой в рамках первичной медико-санитарной помощи.
2. Перечислите виды первичной медико-санитарной помощи.
3. Охарактеризуйте виды медицинского страхования, их принципиальные различия.
4. Что означает программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи?
5. В чем отличие базовой программы ОМС от территориальной программы ОМС?
6. Перечислите участников страхового процесса в системе ОМС.
7. Перечислите участников страхового процесса в системе ДМС.
8. Перечислите виды медицинской документации.

ТЕМА 1.1.2. ОСНОВЫ ТРУДОВОГО ПРАВА

В процессе выполнения трудовых обязанностей работник вступает в *трудовые отношения*, которые предполагают добровольное вхождение работника в трудовой коллектив, выполнение должностных обязанностей, подчинение работника внутреннему трудовому распорядку.

Трудовые правоотношения носят возмездный характер: за затраченный труд выплачивается вознаграждение.

Основные *субъекты трудовых отношений* — работник и работодатель. Работником признается физическое лицо, вступившее в трудовые отношения с работодателем. Работодатель — это физическое или юридическое лицо (организация), вступившее в трудовые отношения с работником.

Содержание трудового правоотношения регулируется Конституцией, Трудовым кодексом (ТК), нормативными правовыми актами органов исполнительной власти Российской Федерации, субъектов РФ и органов местного самоуправления, а также локальными нормативными актами МО, важнейшими из которых являются:

- коллективный договор;
- правила внутреннего распорядка;
- трудовой договор;
- должностные инструкции;
- инструкции по охране труда;
- положения о структурных подразделениях, оплате труда и стимулирующих выплатах и др.

Право на труд закреплено Конституцией РФ (ст. 37): *«Каждый имеет право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены, на вознаграждение за труд без какой бы то ни было дискриминации и не ниже установленного федеральным законом минимального размера оплаты труда, а также право на защиту от безработицы»*.

В статье 219 Трудового кодекса закреплено право работника на труд в условиях, отвечающих требованиям охраны труда.

Локальные нормативные акты, принимаемые по согласованию с представительным органом работников, не могут ухудшать положение работников, регламентированное федеральным трудовым законодательством.

Социально-трудовые отношения в организации регулируются *коллективным договором*, заключаемым между работодателем и работниками в лице их представителей.

В коллективный договор должны быть включены обязательства работодателя по выполнению требований трудового законодательства и обеспечению социальной поддержки и правовой защиты работников:

- формы, системы и размеры оплаты труда;
- выплата пособий, компенсаций;
- механизм регулирования оплаты труда с учетом роста цен, уровня инфляции, выполнения показателей, определенных коллективным договором;
- занятость, переобучение, условия высвобождения работников;

- рабочее время и время отдыха, включая вопросы предоставления и продолжительности отпусков;
- ДМС и ОМС;
- улучшение условий и охраны труда работников, в том числе женщин и молодежи;
- соблюдение интересов работников при приватизации государственного и муниципального имущества;
- экологическая безопасность и охрана здоровья работников на рабочем месте;
- гарантии и льготы работникам, совмещающим работу с обучением;
- оздоровление и отдых работников и членов их семей;
- частичная или полная оплата питания работников;
- контроль за выполнением коллективного договора, порядок внесения в него изменений и дополнений, ответственность сторон, обеспечение нормальных условий деятельности представителей работников, порядок информирования работников о выполнении коллективного договора;
- обеспечение условий функционирования профсоюзов.

В коллективном договоре с учетом финансово-экономического положения работодателя могут устанавливаться льготы и преимущества для работников, условия труда, более благоприятные по сравнению с установленными законами, иными нормативными правовыми актами, соглашениями.

Правила внутреннего распорядка являются приложением к коллективному договору. Ими регламентируются порядок приема и увольнения работников, основные права, обязанности и ответственность сторон, режим работы, время отдыха, применяемые к работникам меры воздействия. Такие важные вопросы, как регламентация работы в ночное время, порядка и условий предоставления дополнительных отпусков, условий включения в стаж работы, дающей право на ежегодный основной оплачиваемый отпуск, периодов времени, не указанных в ТК РФ, дополнительных оснований продления ежегодного оплачиваемого отпуска, могут быть изложены в отдельных локальных нормативных актах.

Трудовые правоотношения возникают между работодателем и работником при заключении *трудового договора*. Заключение трудового договора допускается с лицами, достигшими 16-летнего возраста. С согласия одного из родителей (опекуна, попечителя) и органа опеки и попечительства трудовой договор может быть заключен с 14-летним учащимся для выполнения в свободное от учебы время легкого труда, не причиняющего вреда здоровью. Трудовой договор заключается на определенный срок, если срок действия договора не оговорен, считается,

- принимать локальные нормативные акты;
- создавать объединения работодателей в целях представительства и защиты своих интересов и вступать в них.

В трудовом правоотношении обязанность организации труда и его охраны лежит на работодателе.

Работодатель обязан:

- предоставлять работу, обусловленную трудовым договором;
- обеспечивать безопасность труда и условия, отвечающие требованиям охраны и гигиены труда;
- обеспечивать работников оборудованием, инструментами, технической документацией и иными средствами, необходимыми для исполнения ими трудовых обязанностей;
- оплачивать труд работников;
- вести коллективные переговоры, заключать коллективный договор;
- предоставлять представителям работников информацию, необходимую для заключения коллективного договора и контроля за его выполнением;
- осуществлять обязательное социальное страхование работников;
- возмещать вред, причиненный работникам в связи с исполнением ими трудовых обязанностей;
- компенсировать моральный вред.

Основные способы защиты трудовых прав

Основными способами защиты трудовых прав и законных интересов работников в соответствии с действующим законодательством являются:

- самозащита работниками трудовых прав;
- защита трудовых прав и законных интересов работников профессиональными союзами;
- государственный надзор и контроль за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права;
- судебная защита.

Работодатель и его представители не имеют права препятствовать работникам в осуществлении ими самозащиты трудовых прав. Преследование работников за использование ими допустимых законодательством способов защиты трудовых прав запрещается (ст. 380 ТК РФ).

Органами по рассмотрению индивидуальных трудовых споров являются специальные комиссии по трудовым спорам (срок обращения в комиссию по трудовым спорам — 3 мес), суды общей юрисдикции, а также мировые судьи.

Фактом изменения трудового правоотношения является изменение существенных условий трудового договора, а прекращения трудового

правоотношения — прекращение трудового договора по основаниям, предусмотренным законом.

Расторжение трудового договора по инициативе работодателя с беременными женщинами не допускается, за исключением случаев ликвидации организации. Расторжение трудового договора с женщинами, имеющими детей в возрасте до трех лет; одинокими матерями, воспитывающими ребенка в возрасте до четырнадцати лет (ребенка-инвалида до восемнадцати лет), другими лицами, воспитывающими указанных детей без матери, по инициативе работодателя не допускается, за исключением увольнения по основаниям, предусмотренным пп. 1, 5–8, 10 или 11 ч. 1 ст. 81 или п. 2 ст. 336 ТК:

- ликвидации организации либо прекращения деятельности индивидуального предпринимателя;
- неоднократного неисполнения работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарное взыскание;
- однократного грубого нарушения работником трудовых обязанностей;
- прогула в течение всего рабочего дня (смены), независимо от его (ее) продолжительности, а также в случае отсутствия на рабочем месте без уважительных причин более четырех часов подряд в течение рабочего дня (смены);
- появления работника на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;
- разглашения охраняемой законом тайны, ставшей известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей, в том числе разглашения персональных данных другого работника;
- совершения по месту работы хищения чужого имущества, умышленного его уничтожения или повреждения, установленных вступившим в законную силу приговором суда или постановлением судьи, органа, должностного лица, уполномоченных рассматривать дела об административных правонарушениях;
- нарушения работником требований охраны труда, если это нарушение повлекло за собой тяжкие последствия либо заведомо создавало реальную угрозу наступления таких последствий;
- представления работником работодателю подложных документов при заключении трудового договора.

Эффективный контракт — это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов

труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

Основные функции, обязанности, права и ответственность работника при осуществлении им деятельности в определенной должности в конкретном структурном подразделении ЛПО закрепляются в *должностной инструкции*.

К занятию должности и исполнению обязанностей *младшей медицинской сестры* по уходу за больными допускается работник, получивший среднее общее образование и прошедший профессиональное обучение по должности «Младшая медицинская сестра по уходу за больными», без предъявления требований к опыту практической работы. Трудовой функцией младшей медицинской сестры, регламентируемой профессиональным стандартом «Младший медицинский персонал», является профессиональный уход за пациентом (рис. 1.2).

Должностные обязанности младшей медицинской сестры по уходу за больными:

- оказывает помощь по уходу за больными под руководством медицинской сестры [измеряет температуру тела, частоту пульса, артериальное давление (АД), частоту дыхательных движений (ЧДД); осуществляет кормление пациента с недостаточностью самостоятельного ухода; осуществляет санитарную обработку пациента и гигиенический уход за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода];
- проводит несложные медицинские манипуляции (постановка банок, горчичников, компрессов);
- оказывает первую помощь при состояниях в соответствии с действующим законодательством;
- обеспечивает содержание в чистоте больных, помещения;
- обеспечивает правильное использование и хранение предметов ухода за больными;
- производит смену постельного и нательного белья;
- участвует в транспортировке тяжелобольных;
- следит за соблюдением больными и посетителями правил внутреннего распорядка МО;
- осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов;
- осуществляет мероприятия по соблюдению правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

На смену нормативной правовой документации, регламентирующей деятельность младшей медицинской сестры по уходу за больным и

что договор заключен на неопределенный срок. Работник, вступив в трудовые правоотношения, должен отвечать за свои действия или бездействие.

В трудовом договоре в соответствии со ст. 21 и 22 ТК прописаны *основные права и обязанности работника и работодателя.*

Работник имеет право:

- на предоставление ему работы, обусловленной трудовым договором;
- соответствие рабочего места выполняемым обязанностям и требованиям безопасности труда;
- своевременную выплату заработной платы в полном объеме;
- отдых;
- полную информацию об условиях труда и требованиях его охраны на рабочем месте;
- профессиональную подготовку и повышение своей квалификации;
- участие в управлении организацией;
- ведение коллективных переговоров и заключение договоров через своих представителей;
- защиту своих трудовых прав всеми не запрещенными законом способами;
- разрешение индивидуальных и коллективных трудовых споров, включая право на забастовку;
- возмещение вреда, причиненного работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей, и компенсацию морального вреда;
- обязательное социальное страхование.

На работника налагаются определенные *обязанности.* Среди них:

- добросовестное выполнение трудовых обязанностей;
- соблюдение трудовой дисциплины и требований по охране труда;
- выполнение установленных норм труда;
- бережное отношение к имуществу работодателя и других работников.

Работодатели вправе:

- заключать, изменять и расторгать трудовые договоры с работниками;
- вести коллективные переговоры и заключать коллективные договоры;
- поощрять работников за труд;
- требовать от них исполнения трудовых обязанностей и бережного отношения к имуществу;
- привлекать работников к дисциплинарной и материальной ответственности;



Рис. 1.2. Обобщенная трудовая функция и трудовая функция младшей медицинской сестры по уходу за больными

санитара, приходит профессиональный стандарт «Младший медицинский персонал». Профессиональный стандарт определяет:

- обобщенные трудовые функции как совокупность связанных между собой трудовых функций;
- трудовые функции как систему трудовых действий в рамках обобщенной трудовой функции;
- трудовые действия как процесс взаимодействия работника с предметом труда, при котором достигается определенная задача;
- знания и умения, необходимые для выполнения трудовых действий.

Трудовые действия и необходимые знания и умения младшей медицинской сестры по уходу за больными представлены в табл. 1.4.

Таблица 1.4. Трудовые действия младшей медицинской сестры по уходу за больными (Извлечения из профессионального стандарта «Младший медицинский персонал»)

Трудовые действия	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)
	Размещение и перемещение пациента в постели
	Санитарная обработка, гигиенический уход за тяжелобольными пациентами (умывание, обтирание кожных покровов, полоскание полости рта)
	Оказание пособия пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях

Продолжение табл. 1.4

	Кормление пациента с недостаточностью самостоятельного ухода
	Получение комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви
	Смена нательного и постельного белья
	Транспортировка и сопровождение пациента
	Помощь медицинской сестре в проведении простых диагностических исследований: измерение температуры тела, частоты пульса, АД, ЧДД
	Наблюдение за функциональным состоянием пациента
	Доставка биологического материала в лабораторию
	Оказание первой помощи при угрожающих жизни состояниях
Необходимые умения	Получать информацию от пациентов (их родственников/законных представителей)
	Использовать специальные средства для размещения и перемещения пациента в постели с применением принципов эргономики
	Размещать и перемещать пациента в постели с использованием принципов эргономики
	Создавать комфортные условия пребывания пациента в МО
	Измерять температуру тела, частоту пульса, АД, ЧДД
	Определять основные показатели функционального состояния пациента
	Измерять антропометрические показатели (рост, масса тела)
	Информировать медицинский персонал об изменениях в состоянии пациента
	Оказывать помощь пациенту во время его осмотра врачом
	Оказывать первую помощь при угрожающих жизни состояниях
	Использовать средства и предметы ухода при санитарной обработке и гигиеническом уходе за пациентом
	Оказывать пособие пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях
	Кормить пациента с недостаточностью самостоятельного ухода
	Выявлять продукты с истекшим сроком годности, признаками порчи и загрязнениями
	Получать комплекты чистого нательного белья, одежды и обуви
	Производить смену нательного и постельного белья
	Осуществлять транспортировку и сопровождение пациента
	Доставлять биологический материал в лаборатории МО

Продолжение табл. 1.4

	Своевременно доставлять медицинскую документацию к месту назначения
	Правильно применять средства индивидуальной защиты
Необходимые знания	Правила общения с пациентами (их родственниками/законными представителями)
	Здоровьесберегающие технологии при перемещении пациента с недостаточностью самостоятельного ухода
	Порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода
	Методы пособия при физиологических отравлениях пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода
	Правила информирования об изменениях в состоянии пациента
	Алгоритм измерения антропометрических показателей
	Показатели функционального состояния, признаки ухудшения состояния пациента
	Порядок оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях
	Санитарно-эпидемиологические требования соблюдения правил личной гигиены пациента
	Правила кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода
	Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов
	Алгоритм смены нательного и постельного белья пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода
	Правила использования и хранения предметов ухода за пациентом
	Условия безопасной транспортировки и перемещения пациента с использованием принципов эргономики
	Условия конфиденциальности при работе с биологическим материалом и медицинской документацией
	Правила безопасной транспортировки биологического материала в лабораторию МО, работы с медицинскими отходами
	Структура МО
	Сроки доставки деловой и медицинской документации
	Трудовое законодательство Российской Федерации, регулирующее трудовой процесс младшей медицинской сестры; нормы этики в профессиональной деятельности

Окончание табл. 1.4

	Правила внутреннего трудового распорядка, лечебно-охранительного, санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима
	Способы и средства оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
Другие характеристики	Деятельность под руководством медицинской сестры и самостоятельно. Планирование собственной деятельности исходя из поставленных задач. Ответственность за решение поставленных задач. Решение различных типов практических задач, выбор способа действия из известных на основе знаний и практического опыта

Обобщенные трудовые функции и трудовые функции санитаря представлены на рис. 1.3.

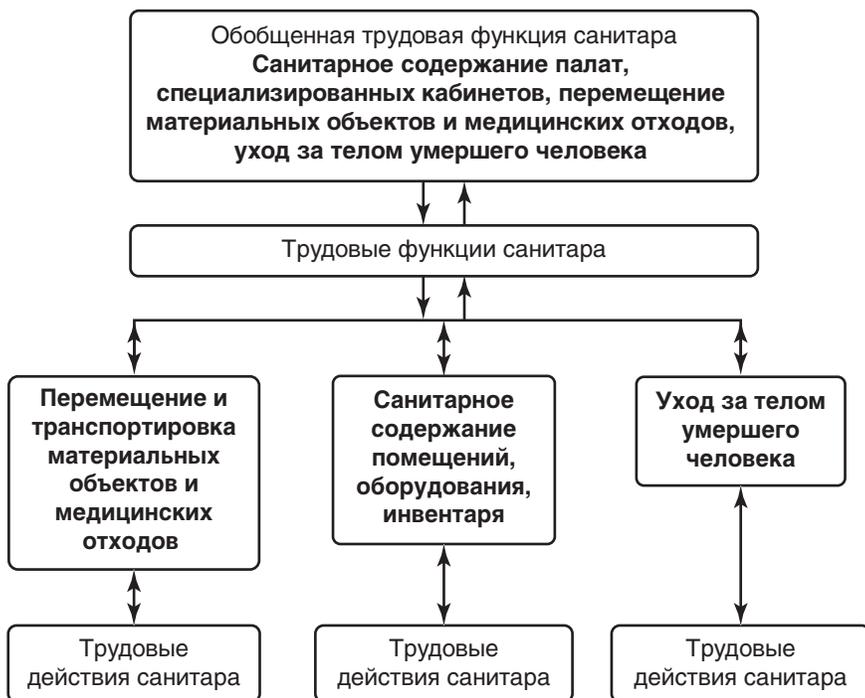


Рис. 1.3. Обобщенная трудовая функция и трудовая функция санитаря

Трудовые действия и необходимые знания и умения санитаря представлены в табл. 1.5.

Таблица 1.5. Трудовые действия санитаря (Извлечения из профессионального стандарта «Младший медицинский персонал»)

Трудовая функция	Перемещение и транспортировка материальных объектов и медицинских отходов
Трудовые действия	Размещение материальных объектов и медицинских отходов на средствах транспортировки
	Транспортировка и своевременная доставка материальных объектов и медицинских отходов к месту назначения
Необходимые умения	Согласовывать действия с медицинским персоналом МО при перемещении, транспортировке материальных объектов и медицинских отходов
	<p>Рационально использовать специальные транспортные средства перемещения</p> <p>Удалять медицинские отходы с мест первичного образования и перемещать в места временного хранения</p> <p>Производить транспортировку материальных объектов и медицинских отходов с учетом требований инфекционной безопасности, санитарно-гигиенического и противозидемического режима</p> <p>Обеспечивать сохранность перемещаемых объектов в МО</p> <p>Производить герметизацию упаковок и емкостей однократного применения с отходами различных классов опасности</p> <p>Использовать упаковку (пакеты, баки) однократного и многократного применения в местах первичного сбора отходов с учетом класса опасности</p> <p>Правильно применять средства индивидуальной защиты</p> <p>Производить гигиеническую обработку рук</p> <p>Оказывать первую помощь</p>
Необходимые знания	Виды упаковок (емкостей), контейнеров для материальных объектов и медицинских отходов, правила герметизации упаковок для отходов различного класса опасности
	<p>Средства и способы перемещения и транспортировки материальных объектов, медицинских отходов и обеспечения их сохранности в МО</p> <p>Назначение и правила использования средств перемещения</p> <p>Правила подъема и перемещения тяжестей с учетом здоровьесберегающих технологий</p> <p>Требования инфекционной безопасности, санитарно-гигиенический и противозидемический режим при транспортировке материальных объектов</p>

Продолжение табл. 1.5

	Инструкция по сбору, хранению и перемещению медицинских отходов организации
	Схема обращения с медицинскими отходами
	Правила гигиенической обработки рук
	Алгоритм оказания первой помощи
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
Другие характеристики	Деятельность под руководством с элементами самостоятельности при выполнении знакомых заданий. Индивидуальная ответственность. Выполнение стандартных заданий, выбор способа действия по инструкции
Трудовая функция	Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря
Трудовые действия	Ежедневная влажная и генеральная уборка палат, помещений, кабинетов с использованием дезинфицирующих и моющих средств
	Обеззараживание воздуха и проветривание палат, помещений, кабинетов
	Обеспечение порядка в холодильниках и санитарное содержание холодильников для хранения личных пищевых продуктов пациентов
	Дезинфекция предметов ухода, оборудования, инвентаря и медицинских изделий
	Предстерилизационная очистка медицинских изделий
Необходимые умения	Производить уборку помещений, в том числе с применением дезинфицирующих и моющих средств
	Применять разрешенные для обеззараживания воздуха оборудование и химические средства
	Поддерживать санитарное состояние холодильников для хранения личных пищевых продуктов пациентов
	Обеспечивать порядок хранения пищевых продуктов пациентов в холодильниках
	Использовать моющие и дезинфицирующие средства при дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов
	Использовать и хранить уборочный инвентарь, оборудование в соответствии с маркировкой
	Производить предстерилизационную очистку медицинских изделий
	Производить обезвреживание отдельных видов медицинских отходов, обработку поверхностей, загрязненных биологическими жидкостями
	Правильно применять средства индивидуальной защиты

Продолжение табл. 1.5

Необходимые знания	График проведения ежедневной влажной и генеральной уборки палат, помещений, кабинетов с использованием дезинфицирующих и моющих средств
	Способы обеззараживания воздуха и проветривания палат, помещений, кабинетов
	Инструкция по санитарному содержанию холодильников и условиям хранения личных пищевых продуктов пациентов
	Правила инфекционной безопасности при выполнении трудовых действий
	Правила хранения уборочного инвентаря, дезинфицирующих и моющих средств
	Инструкции по применению моющих и дезинфицирующих средств, используемых в МО
	Правила дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий
	Инструкции по проведению дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов
	Методы безопасного обезвреживания инфицированных и потенциально инфицированных отходов (материалы, инструменты, предметы, загрязненные кровью и/или другими биологическими жидкостями; патологоанатомические отходы, органические операционные отходы, пищевые отходы из инфекционных отделений, отходы из микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, биологические отходы вивариев; живые вакцины, не пригодные к использованию)
	Методы безопасного обезвреживания чрезвычайно эпидемиологически опасных отходов (материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, вызванными микроорганизмами 1-й и 2-й групп патогенности, отходы лабораторий, работающих с микроорганизмами 1-й и 2-й групп патогенности)
Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях	
Другие характеристики	Деятельность под руководством с элементами самостоятельности при выполнении знакомых заданий. Индивидуальная ответственность. Выполнение стандартных заданий, выбор способа действия по инструкции
Трудовая функция	Уход за телом умершего человека
Трудовые действия	Уход за телом умершего человека
	Транспортировка тела умершего человека

Необходимые умения	Производить посмертный уход
	Обеспечивать сохранность тела умершего человека
	Измерять рост и массу тела умершего человека при работе в патологоанатомическом отделении
	Создавать условия для производства вскрытий и забора биологического материала при работе в патологоанатомическом отделении
	Осуществлять туалет тела умершего человека и помещать его в трупохранилище
	Транспортировать тело умершего человека до места временного хранения
	Доставлять трупный материал в лабораторию МО
	Производить регистрацию приема и выдачи тела умершего человека при работе в патологоанатомическом отделении
	Правильно применять средства индивидуальной защиты
Необходимые знания	Последовательность посмертного ухода
	Условия хранения тела умершего человека
	Средства и способы измерения роста и массы тела умершего человека
	Ход процедуры вскрытия тела умершего человека при работе в патологоанатомическом отделении
	Правила санитарной обработки и хранения тела умершего человека
	Средства, способы доставки и правила безопасности при транспортировке трупного материала
	Технология транспортировки тела умершего человека до места временного хранения
	Учетные формы медицинской документации
	Трудовое законодательство Российской Федерации, регулирующее трудовой процесс, нормы этики и морали в профессиональной деятельности
	Правила внутреннего трудового распорядка, лечебно-охранительного, санитарно-гигиенического и противозидемического режима МО
	Правила применения средств индивидуальной защиты
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
Другие характеристики	Деятельность под руководством с элементами самостоятельности при выполнении знакомых заданий. Индивидуальная ответственность. Выполнение стандартных заданий, выбор способа действия по инструкции

Рабочее время

Согласно действующему законодательству, работник имеет право на предоставление ему работы в соответствии с полученной специальностью в условиях, позволяющих выполнять профессиональные обязанности, изложенные в трудовом договоре и должностной инструкции, и отвечающих требованиям безопасности труда.

Время, в течение которого работник в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка и условиями трудового договора должен исполнять трудовые обязанности, называется *рабочим временем*. В зависимости от продолжительности различают:

- рабочее время нормальной продолжительности;
- сокращенное рабочее время;
- неполное рабочее время;
- работу за пределами установленной продолжительности рабочего времени (сверхурочная; ненормированный рабочий день).

Нормальная продолжительность рабочего времени не превышает 40 ч в неделю и распространяется на всех работников независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, за исключением тех, для которых законодательством определено *сокращенное рабочее время*. Сокращенное рабочее время — установленная законом продолжительность рабочего времени менее нормальной, но с полной оплатой. Сокращенная продолжительность рабочего времени (ст. 92 ТК РФ) устанавливается для работников:

- в возрасте до 16 лет — не более 24 ч в неделю;
- в возрасте от 16 до 18 лет — не более 35 ч в неделю;
- являющихся инвалидами I или II группы, — не более 35 ч в неделю;
- условия труда которых отнесены к вредным условиям труда 3-й или 4-й степени или опасным условиям труда — не более 36 ч в неделю.

Для медицинских работников (ст. 350 ТК РФ) устанавливается сокращенное рабочее время не более 39 ч в неделю.

Конкретная продолжительность сокращенного рабочего времени медицинских работников дифференцирована в зависимости от вида и специфики работы, от степени вредности и опасности условий, в которых она осуществляется. Продолжительность рабочего времени 36 ч в неделю и менее устанавливается для следующих категорий младшего медицинского персонала (табл. 1.6).

Продолжительность *неполного рабочего времени* устанавливается по соглашению сторон. Оплата труда производится согласно отработанному времени или в зависимости от выполненного объема работ.

Таблица 1.6. Продолжительность рабочего времени младшего медицинского персонала

Продолжительность рабочего времени — 36 ч в неделю	
<p>Постановление Правительства РФ от 14.02.2003 г. № 101 (с изм. на 24.12.2014 г.)</p>	<p>Младший медицинский персонал:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфекционных больниц, отделений, палат, кабинетов — <i>работа непосредственно по оказанию медицинской помощи и обслуживанию больных;</i> • кожно-венерологических диспансеров, отделений — <i>работа непосредственно по оказанию медицинской помощи и обслуживанию больных;</i> • лепрозориев; • ЛПО (больниц, центров, отделений, палат) по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, организаций государственной санитарно-эпидемиологической службы и их структурных подразделений, а также структурных подразделений организаций здравоохранения, в том числе специализированных, осуществляющих диагностику, лечение, проведение судебно-медицинской экспертизы и другую работу с больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными, — <i>работа непосредственно по обслуживанию и уходу за больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными;</i> • лабораторий (отделов, отделений, групп) организаций здравоохранения и государственной санитарно-эпидемиологической службы, осуществляющих лабораторную диагностику ВИЧ-инфекций — <i>работа непосредственно с кровью и материалами больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных;</i> • психиатрических (психоневрологических), нейрохирургических, наркологических ЛПО, учреждений, отделений, палат и кабинетов, учреждений социального обслуживания населения и их структурных подразделений, предназначенных для обслуживания граждан, страдающих психическими заболеваниями, а также учреждений социальной защиты для лиц, оказавшихся в экстремальных условиях без определенного места жительства и занятий, — <i>работа непосредственно по оказанию медицинской помощи и обслуживанию больных;</i> • детских психиатрических (психоневрологических) ЛПО, учреждений, отделений, палат и кабинетов; учреждений социального обслуживания населения и их структурных подразделений, в том числе для слепоглухонемых; домов ребенка (групп) для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики, организаций, осуществляющих образовательную деятельность (групп), для умственно отсталых детей, детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики — <i>работа непосредственно по оказанию медицинской помощи и обслуживанию больных;</i> • физиотерапевтических ЛПО, учреждений, отделений, кабинетов — <i>работа, связанная исключительно с приготовлением искусственной сероводородной воды, а также анализом содержания сероводорода и сернистого газа в сероводородных и сернистых ваннах, смесителях, резервуарах, насосных</i>

Продолжение табл. 1.6

	<p>станциях и в оголовках буровых скважин; работа на подвозке и подогреве грязи и на очистке брезентов от лечебной грязи и озокерита;</p> <ul style="list-style-type: none"> • учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы (главное бюро медико-социальной экспертизы, бюро медико-социальной экспертизы), осуществляющих освидетельствование граждан, страдающих психическими заболеваниями; • организаций государственной санитарно-эпидемиологической службы — работа непосредственно с живыми культурами (зараженными животными): бруцеллезом, вирусным гепатитом, геморрагической лихорадкой, желтой лихорадкой, лихорадкой Ку и другими риккетсиозами, мелиоидозом, менингитом, натуральной оспой, орнитозом, полиомиелитом, пситтакозом, сапой, сибирской язвой, сыпным тифом, туляремией, уличным бешенством и энцефалитом, а также в очагах и энзоотичных районах по этим заболеваниям; работа в отделе особо опасных инфекций; работа в обсерваторе и изоляторе санитарно-карантинного пункта; работа по эвакуации инфекционных больных
<p>Постановление Верховного Совета РСФСР «О неотложных мерах по улучшению положения женщин, семьи, охраны материнства и детства на селе» от 01.11.1990 г. № 298/3-1 (с изм. на 24.08.1995)</p>	<p>Для женщин, работающих в сельской местности, установлены льготы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 36-часовая рабочая неделя, если меньшая продолжительность рабочей недели не предусмотрена иными законодательными актами. При этом заработная плата выплачивается в том же размере, что и при полной продолжительности еженедельной работы; • продолжительность ежегодного основного отпуска не менее 28 календарных дней; • один дополнительный выходной день в месяц без сохранения заработной платы; • повышенная на 30% оплата труда женщин на работах, где по условиям труда рабочий день разделен на части (с перерывом более 2 ч). <p>Согласно письму Госкомэкономике РСФСР от 12.12.1990 г. № 19-117 «К Постановлению Верховного Совета РСФСР от 1.11.1990 г. № 298/3-1», Постановление распространяется на женщин, работающих в сельской местности, независимо от места их проживания</p>
Продолжительность рабочего времени — 30 ч в неделю	
<p>Постановление Правительства РФ от 14.02.2003 г. № 101 (с изм. на 24.12.2014)</p>	<p>Младший персонал:</p> <ul style="list-style-type: none"> • туберкулезных (противотуберкулезных) организаций здравоохранения и их структурных подразделений; лечебно-производственных (трудовых) мастерских при туберкулезных (противотуберкулезных) организациях; клиник (клинических отделений) для больных туберкулезом; медицинских, научных, образовательных организаций; организаций, осуществляющих образовательную деятельность (подразделения);

Окончание табл. 1.6

	<p>для больных туберкулезом детей; учреждений социального обслуживания населения, предназначенных для обслуживания больных туберкулезом, медико-социальной экспертизы, осуществляющий освидетельствование граждан, больных туберкулезом;</p> <ul style="list-style-type: none"> • патологоанатомических отделений бюро судебно-медицинской экспертизы, отделений, лабораторий, прозекторских, моргов, работа которого непосредственно связана с трупами и трупным материалом; • работа которого непосредственно связана с заготовкой и консервацией крови
<p>Рабочее время сокращается в те дни, когда работники фактически заняты во вредных условиях труда не менее половины рабочего дня, продолжительность которого установлена списком</p>	
<p>Ст. 423 ТК РФ; Постановление Госкомтруда СССР и ВЦСПС от 25.10.1974 г. № 298/П-22 (с изм. на 29.05.1991 г.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Список производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день

Продолжительность работы (смены) для медицинского персонала не должна превышать 12 ч подряд, включая и работу в ночное время (с 10 ч вечера до 6 ч утра). Работа в ночное время для медицинского персонала может устанавливаться с возможностью сна.

В правилах внутреннего распорядка МО должны быть установлены продолжительность смены и междусменного перерыва, а также перечень отделений (палат) и должностей медицинских работников, имеющих право на сон в ночные часы работы, его начало и продолжительность.

Продолжительность ночной смены при отсутствии возможности сна учитывается в соответствии с Письмом Минздрава СССР от 11.12.1954 г. № 02-19/21 «Об упорядочении организации труда медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях» (документ по состоянию на август 2014 г.).

Работа за пределами установленной продолжительности рабочего времени (сверхурочная; ненормированный рабочий день) допускается с письменного согласия работника. Содержание и объем этой работы, а также срок, в течение которого работник будет ее выполнять, устанавливается работодателем и оформляется приказом, дополнительным соглашением к трудовому договору. Работник имеет право досрочно отказаться от выполнения дополнительной работы, а работодатель —

досрочно отменить поручение о ее выполнении, предупредив об этом другую сторону в письменной форме не позднее чем за три рабочих дня. Привлечение работодателем работника к сверхурочной работе без его согласия допускается в следующих случаях:

- при производстве работ, необходимых для предотвращения либо устранения последствий катастрофы, производственной аварии или стихийного бедствия;
- в случаях возникновения чрезвычайных ситуаций.

Сверхурочная работа выполняется работником по инициативе работодателя с письменного согласия работника в случаях возникновения угрозы жизни и здоровью людей, при неявке сменяющего работника, если работа не допускает перерыва.

Привлечение к работе в выходные и нерабочие праздничные дни инвалидов и женщин, имеющих детей в возрасте до 3 лет, допускается только при условии, если это не запрещено им по состоянию здоровья (в соответствии с медицинским заключением), и после ознакомления их (под роспись) с правом отказаться от работы в этот день.

Продолжительность сверхурочной работы для работника не должна превышать 4 ч в течение 2 дней подряд и 120 ч в год.

Статьей 153 ТК РФ устанавливается порядок оплаты сверхурочной работы: первые 2 ч работы оплачиваются не менее чем в полуторном размере, последующие часы — не менее чем в двойном размере. По желанию работника сверхурочная работа вместо повышенной оплаты может компенсироваться предоставлением дополнительного времени отдыха, соответствующего времени, отработанного сверхурочно, но не менее его.

Под *совместительством* (независимо от категории работников), согласно ст. 282 ТК РФ, понимается выполнение работником другой регулярной оплачиваемой работы на условиях трудового договора в свободное от основной работы время.

Медицинские работники вправе осуществлять работу по совместительству как по месту их основной работы, так и в других организациях, в том числе по аналогичной должности или специальности. Совместительством не считается и не требует заключения трудового договора дежурство медицинских работников сверх месячной нормы рабочего времени по графику.

Совместительство разрешается медицинским работникам и в случаях, когда установлена сокращенная продолжительность рабочего времени (за исключением работ, в отношении которых действующим законодательством РФ установлены санитарно-гигиенические ограничения).

Продолжительность работы по совместительству в течение месяца устанавливается по соглашению между работником и работодателем и по каждому трудовому договору не может превышать половины месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели. При 39-часовой рабочей неделе продолжительность работы по совместительству для работников здравоохранения не может превышать 19,5 ч в неделю, при 36-часовой рабочей неделе — 18 ч в неделю, а при 33-часовой рабочей неделе — 16,5 ч в неделю.

При 30-часовой и 24-часовой рабочей неделе продолжительность работы по совместительству для работников здравоохранения не может превышать 16 ч работы в неделю.

В ряде случаев действующим законодательством разрешена работа по совместительству продолжительностью свыше половины месячной нормы рабочего времени, но не более месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели:

- в случаях острой нехватки среднего медицинского персонала в населенных пунктах, при этом продолжительность работы по совместительству по конкретным должностям в организациях здравоохранения устанавливается федеральными органами исполнительной власти, органами государственной власти субъектов РФ или органами местного самоуправления;
- для младшего медицинского и фармацевтического персонала;
- в организациях здравоохранения в сельской местности и в поселках городского типа.

Наряду с работой, определенной трудовым договором, работник может выполнять в течение установленной продолжительности рабочего дня (смены) *дополнительную работу по другой или такой же профессии (должности) за дополнительную оплату* (ст. 151 ТК). Выполнение дополнительной работы по другой профессии (должности) может осуществляться путем совмещения профессий (должностей); по той же профессии (должности) — путем *расширения зон обслуживания, увеличения объема работ*.

Размеры доплат за совмещение профессий (должностей), расширение зон обслуживания, увеличение объема работ или исполнение обязанностей временно отсутствующего работника устанавливаются по соглашению сторон трудового договора. Условия и порядок установления доплат фиксируются в коллективном договоре. Если выполнение дополнительной работы повлечет превышение продолжительности рабочего дня, оплата должна производиться как за сверхурочную работу, при этом необходимо согласие работника на сверхурочную работу.

Заместительство — выполнение одним работником обязанностей временно отсутствующего работника или по вакантной должности. Временное исполнение обязанностей (временное заместительство) — временный перевод работника без его согласия на другую квалифицированную работу на срок не более месяца в течение календарного года для исполнения обязанностей отсутствующего по уважительной причине (болезнь, учеба, командировка и т.п.) работника, за которым сохраняется место работы. Запрещается переводить и перемещать работника на работу, противопоказанную ему по состоянию здоровья.

Временный перевод на другую работу на более длительный срок (свыше 1 мес до 1 года) допускается только с письменного согласия работника, по соглашению сторон, заключаемому в письменной форме.

В условиях чрезвычайных ситуаций или временной приостановки работы по причинам экономического, технологического, технического или организационного характера работник может быть переведен без его согласия на срок до одного месяца на работу у того же работодателя, не обусловленную трудовым договором, для предотвращения указанных случаев или устранения их последствий. При этом перевод на работу, требующую более низкой квалификации, допускается только с письменного согласия работника.

Оплата труда работника производится по выполняемой работе, но не ниже среднего заработка по прежней работе. Замещающему работнику выплачивается разница между его окладом и должностным окладом замещаемого работника (без персональной надбавки последнего), осуществляются премиальные выплаты по условиям и в размерах, установленных по должности замещаемого работника.

Оплата труда

Заработная плата работнику устанавливается трудовым договором в соответствии с действующей системой оплаты труда. Оплата труда работника, включая предоставление всех льгот, гарантий и компенсаций, предусмотренных системой оплаты труда, производится с даты фактического допущения работника к работе.

Система оплаты труда включает размеры тарифных ставок, окладов (должностных окладов), доплат и надбавок компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, доплат и надбавок стимулирующего характера, порядок премирования, которые устанавливаются коллективным договором, соглашениями в соответствии с действующим законодательством.

Должностной оклад — минимальный размер заработной платы, установленный законодательством за исполнение определенных трудовых

обязанностей, зависящий от занимаемой должности и от образования работника. Тарифная ставка — минимальный размер оплаты труда, установленный за выполнение нормы и/или исчисляемый за определенную единицу времени (час, день, месяц). И ставка, и оклад — минимально установленный размер оплаты труда, ниже которого начисления опускаться не могут.

Тарифные ставки и оклады (должностные оклады) устанавливаются с учетом единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, а также с учетом государственных гарантий по оплате труда. В заработной плате медицинских работников базовый оклад должен составлять 55–60%, стимулирующие выплаты за достижение конкретных результатов деятельности по показателям и критериям эффективности — 30%, компенсационные выплаты в зависимости от условий труда медицинских работников — 10–15%.

Выплаты компенсационного характера (доплаты) связаны с режимом работы и условиями труда. Доплата к заработной плате — это денежная сумма, которая выплачивается работникам сверх тарифной ставки (оклада) с учетом интенсивности и условий труда.

Надбавка к заработной плате — это денежная выплата сверх заработной платы, призванная стимулировать работников к повышению квалификации, профессионального мастерства, к длительному выполнению трудовых обязанностей в определенной местности или в определенной сфере деятельности (неблагоприятные климатические условия, вредность производства и т.д.).

Для работников устанавливаются следующие виды доплат и надбавок:

- за работу в выходной и праздничный день;
- работу в сверхурочное время;
- работу в ночное время;
- совмещение профессий;
- расширение зон обслуживания или увеличение объема выполняемых работ;
- выполнение обязанностей отсутствующего работника;
- стаж работы;
- квалификационную категорию;
- почетное звание и др.

Размер доплат и надбавок устанавливается по соглашению сторон трудового договора. Условия оплаты труда, определенные коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, не могут быть ухудшены по сравнению с установленными трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами.

Работа в выходной или нерабочий праздничный день оплачивается не менее чем в двойном размере. Конкретные размеры оплаты за работу в выходной или нерабочий праздничный день могут устанавливаться коллективным договором, локальным нормативным актом, трудовым договором.

Премирование работников осуществляется за повышение эффективности труда, улучшение качества результатов труда, бережное отношение к вверенному имуществу, продолжительную безупречную работу, выполнение дополнительных поручений и другие случаи проявления активности в соответствии с Положением о премировании, утверждаемым локальным нормативным актом учреждения. Поощрения стимулируют активность работников, которые работают более эффективно. Премия может устанавливаться как в абсолютном значении, так и в процентном отношении к окладу (должностному окладу).

Отпуск

Согласно ст. 114, 122 ТК РФ, ежегодный оплачиваемый отпуск — это ежегодно предоставляемое время для отдыха работника с сохранением места работы (должности) и среднего заработка, предоставляемый работнику за каждый рабочий год, начиная с даты принятия его на работу.

За первый рабочий год право на использование отпуска возникает по истечении 6 мес непрерывной работы у данного работодателя, за последующие годы работы отпуск может предоставляться в любое время рабочего года в соответствии с графиком отпусков. *График отпусков* — это документ, в котором закрепляется *очередность предоставления работникам ежегодных оплачиваемых отпусков*. График отпусков утверждается руководителем организации не позднее чем за 2 нед до наступления календарного года и доводится до сведения всех работников. Работник должен быть ознакомлен с графиком отпусков под роспись не позднее чем за 2 нед до начала отпуска (ст. 123 ТК РФ).

Дата отпуска может меняться как по инициативе работника на основании заявления и при издании приказа о переносе отпуска, так и по инициативе руководителя в связи с производственной необходимостью по согласованию с работником.

Работодатель обязан оплатить отпуск не позднее чем за три календарных дня до его начала (ст. 136 ТК РФ).

Ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск — это время отдыха, которое предоставляется сотруднику помимо ежегодного основного отпуска в соответствии с действующим законодательством, коллек-

тивными договорами, правилами внутреннего распорядка. Ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск предоставляется работникам:

- занятым на работах с вредными и/или опасными условиями труда (ст. 116, 117 ТК РФ);
- с особым характером работы (ст. 116, 118 ТК РФ);
- с ненормированным рабочим днем (ст. 116, 119 ТК РФ);
- работающим в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях (ст. 116 ТК РФ).

Продолжительность ежегодных основного и дополнительных оплачиваемых отпусков работников исчисляется в календарных днях и максимальным пределом не ограничивается. Нерабочие праздничные дни, приходящиеся на период ежегодного основного или ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, в число календарных дней отпуска не включаются (ст. 120 ТК РФ).

Общая продолжительность дополнительного отпуска медицинских работников, чья деятельность связана с вредными и/или опасными условиями труда, подтвержденными аттестацией рабочих мест, составляет не менее 7 календарных дней (ст. 92, 117 и 147 ТК РФ; постановление Правительства РФ от 06.06.2013 г. № 482; постановление Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25.10.1974 г. № 298/П-22).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 06.06.2013 г. № 482 (с изм. на 23.06.2014 г.) устанавливается дополнительный ежегодный оплачиваемый отпуск младшему медицинскому персоналу:

- участвующему в оказании психиатрической помощи — 35 календарных дней;
- непосредственно участвующему в оказании противотуберкулезной помощи — 14 календарных дней;
- осуществляющему уход за ВИЧ-инфицированными — 14 календарных дней.

Продолжительность ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска конкретного работника устанавливается трудовым договором на основании отраслевого (межотраслевого) соглашения и коллективного договора с учетом результатов специальной оценки условий труда.

Часть ежегодного оплачиваемого отпуска, превышающая 28 календарных дней, по письменному заявлению работника может быть заменена денежной компенсацией. Не допускается замена денежной компенсацией:

- ежегодного основного оплачиваемого отпуска;
- ежегодных дополнительных оплачиваемых отпусков беременным женщинам и работникам в возрасте до 18 лет;

- ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска работникам, занятым на работах с вредными и/или опасными условиями труда, за работу в соответствующих условиях.

Согласно ст. 263 ТК РФ, *дополнительный отпуск без сохранения заработной платы* в удобное для них время продолжительностью до 14 календарных дней предоставляется:

- работникам, имеющим двух или более детей в возрасте до 14 лет;
- родителям, имеющим ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет;
- одиноким матерям, воспитывающим ребенка в возрасте до 14 лет;
- отцам, воспитывающим ребенка в возрасте до 14 лет без матери.

Задания для самоконтроля

1. Дайте определение понятию «трудовые отношения».
2. Охарактеризуйте субъекты трудовых отношений.
3. Опишите порядок заключения трудового договора.
4. Перечислите права и обязанности работодателя.
5. Перечислите права и обязанности работника.
6. Перечислите категории младшего медицинского персонала, имеющего право на сокращенную рабочую неделю.
7. Перечислите категории младшего медицинского персонала, имеющего право на дополнительный отпуск без сохранения заработной платы в удобное для них время.
8. Опишите роль коллективного договора в обеспечении социальной поддержки и правовой защиты работников.
9. Дайте определение понятиям «обобщенная трудовая функция», «трудовая функция», «трудовые действия».
10. Охарактеризуйте обобщенную трудовую функцию, трудовую функцию, трудовые действия младшей медицинской сестры по уходу за больными.
11. Охарактеризуйте обобщенную трудовую функцию, трудовую функцию, трудовые действия санитаря.

ТЕМА 1.1.3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЛАДШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Ответственность — обязанность отвечать за действия (или бездействие), а также их последствия. Основанием для юридической ответственности медицинских работников является правонарушение. *Правонарушение* — поведение человека, *противоречащее нормам права*, направленное против находящихся под защитой закона интересов других лиц.

В соответствии с видами правонарушений различают следующие основные виды юридической ответственности (табл. 1.7).

Таблица 1.7. Виды юридической ответственности

№	Вид ответственности	Основание	Нормативный правовой акт	Главы и статьи кодекса
1	Дисциплинарная	Совершение дисциплинарных проступков	ТК	Глава 30. Дисциплина труда
2	Материальная	Причинение ущерба организации при исполнении трудовых обязанностей	ТК	Глава 39. Материальная ответственность работника
3	Административная	Противоправное, виновное действие или бездействие физического или юридического лица	Кодекс об административных правонарушениях	Глава 6. Административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность Ст. 6.3–6.7. Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Ст. 6.8.–6.16. Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов
4	Гражданско-правовая	Нарушение договорных обязательств. Причинение внедоговорного имущественного ущерба	Гражданский кодекс	Глава 59. Обязательства вследствие причинения вреда
5	Уголовная	Преступление	Уголовный кодекс	Ст. 109 (п. 2). Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей Ст. 118 (п. 2). Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей

Окончание табл. 1.7

№	Вид ответственности	Основание	Нормативный правовой акт	Главы и статьи кодекса
				<p>Ст. 122 (п. 4). Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей</p> <p>Ст. 123 (п. 1). Проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля</p> <p>Ст. 123 (п. 3). Проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью</p> <p>Ст. 124 (п. 1). Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного</p> <p>Ст. 124 (п. 2). Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью</p> <p>Ст. 236 (п. 1). Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей</p> <p>Ст. 236 (п. 2). Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности смерть человека</p> <p>Ст. 293 (п. 2). Халатность, т.е. неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека</p>

Дисциплинарная ответственность — обязанность работника понести наказание, предусмотренное нормами трудового права, за неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей. Регулируется ТК РФ — глава 30.

Дисциплина труда

Дисциплина труда — обязательное для всех работников подчинение правилам поведения, определенным в соответствии с ТК РФ, иными федеральными законами, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором. Дисциплинарная ответственность возникает при нарушении требований законодательства, обязательств по трудовому договору, правил внутреннего трудового распорядка, должностных инструкций, положений, приказов работодателя.

За совершение дисциплинарного проступка, т.е. неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания:

- 1) замечание;
- 2) выговор;
- 3) увольнение по соответствующим основаниям.

Не допускается применение дисциплинарных взысканий, не предусмотренных федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине. За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание. Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников, и не может быть применено позднее 6 мес со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки — позднее 2 лет со дня его совершения.

Порядок наложения дисциплинарного взыскания

- По требованию работодателя нарушивший работник предоставляет письменное объяснение. Если по истечении двух рабочих дней указанное объяснение работником не предоставлено, составляется соответствующий акт. Непредоставление работником объяснения не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.
- Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под роспись в течение трех рабочих дней со дня его издания, не считая времени отсут-

- ствия работника на работе. Если работник отказывается ознакомиться с указанным приказом (распоряжением) под роспись, то составляется соответствующий акт.
- Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственную инспекцию труда и/или органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.
 - Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не имеющим дисциплинарного взыскания.
 - Работодатель до истечения года со дня применения дисциплинарного взыскания имеет право снять его с работника по собственной инициативе, просьбе самого работника, ходатайству его непосредственного руководителя или представительного органа работников, о чем издается соответствующий приказ.
 - Дисциплинарные взыскания в трудовую книжку не записываются и утрачивают силу, если в течение одного года с момента издания приказа работник не будет подвергнут новому наказанию.
 - В случае увольнения отражается нарушение трудовой дисциплины причина увольнения отражается в точном соответствии с формулировками действующего законодательства и со ссылкой на соответствующую статью, пункт закона.

Материальная ответственность — это обязанность работника возместить ущерб, причиненный работодателю (организации) или индивидууму, а также обязанность работодателя возместить ущерб, причиненный работнику (в результате незаконного лишения возможности трудиться, за задержку выплаты заработной платы). Материальная ответственность работника регулируется ТК РФ (глава 39).

Ущерб — потери и издержки материального и морального характера, которые нанесены или могут быть нанесены неправомерными действиями или бездействием медицинского работника (МО).

Имущественный вред — расходы, несение которых обусловлено повреждением здоровья. К ним относятся затраты на приобретение лекарственных препаратов, на дополнительное питание, санаторно-курортное лечение, посторонний уход, протезирование, транспортные расходы. Реальный ущерб устанавливается на основании финансовых документов, подтверждающих произведенные расходы и определяющих размер предстоящих расходов исходя из плана лечебно-восстановительных мероприятий. Объем возмещения вреда включает компенсацию доходов, не полученных гражданином в результате снижения или утраты трудоспособности. В случае смерти пациента ЛПО вменяется в обязанность возместить в виде выплаты пособия по потере кормильца

вред лицам, состоявшим на иждивении умершего гражданина, расходы на погребение, признанные необходимыми, а также нанесенный моральный вред.

Под *моральным вредом* подразумеваются физические и нравственные страдания, которые могут быть причинены гражданину нарушением его прав. При определении размеров компенсации морального вреда суд учитывает степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред, и принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства.

Работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат. Возмещение ущерба производится в пределах среднего месячного заработка работника. Полная материальная ответственность устанавливается в случаях:

- причинения ущерба преступными действиями работника по приговору суда;
- наличия договора о полной материальной ответственности работника;
- причинения ущерба не при исполнении трудовых обязанностей как в рабочее, так и в нерабочее время;
- получения имущества работником по разовой доверенности;
- наличия умысла в действиях работника;
- состояния алкогольного или наркотического опьянения у работника при причинении ущерба.

Полная индивидуальная материальная ответственность может устанавливаться при одновременном наличии следующих условий:

- товарно-материальные ценности вручаются работнику под отчет (на него лично возлагается ответственность за обеспечение их сохранности);
- работнику предоставлено изолированное помещение или место для хранения ценностей;
- работник должен самостоятельно отчитываться перед бухгалтерией;
- работник занимает должность (или выполняет работу), включенную в Перечень, утвержденный постановлением Минтруда России от 31 декабря 2002 г. № 85;
- работник достиг возраста 18 лет.

Гражданско-правовая ответственность — обязанность правонарушителя совершить определенное имущественное действие (возместить убытки, уплатить неустойку), удовлетворяющее законный интерес лица, чье право нарушено; либо лишение определенных гражданских прав

правонарушителя; либо понуждение совершить определенные действия (опровержение порочащей информации), возложенная на правонарушителя судом. Регулируется Гражданским кодексом РФ — глава 59. Обязательства вследствие причинения вреда.

Ответчиком при осуществлении гражданско-правовой ответственности является ЛПО. Ответственность возникает, когда работник ЛПО допускает виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение возложенных на него обязанностей, повлекших наступление неблагоприятных последствий в виде причинения вреда жизни и здоровью пациента. Материальная ответственность за вред, причиненный здоровью гражданина вследствие любых недостатков медицинской услуги, устанавливается независимо от наличия вины исполнителя.

Административная ответственность — вид юридической ответственности, который определяет обязательства субъекта претерпевать лишения государственно-властного характера за совершение административного правонарушения. Административная ответственность предусмотрена за нарушение законодательства о труде и правил по охране труда, нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм, незаконное приобретение или хранение наркотических средств в небольших размерах либо потребление наркотических средств без назначения врача. Регулируется Кодексом об административных правонарушениях РФ — глава 5. Административные правонарушения, посягающие на права граждан. Глава 6. Административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность.

Предусмотрены следующие виды административных взысканий: предупреждение, штраф, исправительные работы, административный арест, лишение специального права, лишение права заниматься определенной деятельностью, конфискация.

Уголовная ответственность — форма юридической ответственности, проявляющаяся в применении к лицу, совершившему преступление, физических, имущественных и моральных лишений, призванных предотвратить совершение новых преступлений. Уголовная ответственность всегда строго индивидуальна, наступает только в случаях, предусмотренных законом, за те преступления, которые прямо перечислены в статьях Уголовного кодекса.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение понятий «юридическая ответственность», «ущерб».

2. Охарактеризуйте виды ущерба.
3. Перечислите виды ответственности.
4. Дайте характеристику дисциплинарной ответственности.
5. Дайте характеристику материальной ответственности.
6. Дайте характеристику уголовной ответственности.
7. Дайте характеристику гражданско-правовой ответственности.
8. Дайте характеристику административной ответственности.

ТЕМА 1.1.4. ПРАВОВАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ

Статья 41 Конституции РФ закрепляет *право граждан России на охрану здоровья и медицинскую помощь*:

- каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений;
- в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию;
- сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

В Федеральном законе № 323-ФЗ в ст. 19 дана уточненная формулировка права пациента на медицинскую помощь: каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг, в том числе в соответствии с договором ДМС.

В главе 4 Федерального закона № 323-ФЗ «Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья» прописаны права пациента при получении медицинской помощи. Пациент имеет право:

- на выбор врача и выбор МО;
- профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в МО в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

- получение консультаций врачей-специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- отказ от медицинского вмешательства;
- возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 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 МО.

Информированное добровольное согласие

Пациент признается равноправным участником лечебного процесса. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства (ст. 20) является дача *информированного добровольного согласия* пациента на медицинское вмешательство на основании полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ней риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, предоставленной пациенту медицинским работником в доступной форме. Если пациент не достиг 16-летнего возраста или признан в установленном законом порядке недееспособным, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель.

При отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни несовершеннолетнего или недееспособного лица, МО имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица.

Информированное добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается пациентом, одним из родителей или иным законным пред-

ставителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

Медицинское вмешательство без согласия пациента, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, его состояние не позволяет выразить свою волю, а законные представители отсутствуют;
- в отношении лиц:
 - с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
 - с тяжелыми психическими расстройствами;
 - совершивших общественно опасные деяния;
- при проведении судебно-медицинской экспертизы и/или судебно-психиатрической экспертизы.

Право на выбор медицинской организации

Гражданин имеет право на *выбор МО* в утвержденном порядке и на *выбор врача с учетом согласия врача*. Для получения первичной медико-санитарной помощи пациент выбирает МО и врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера *не чаще одного раза в год* (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина) путем подачи заявления на имя руководителя МО.

В то же время у врача есть законные основания отказать пациенту в прикреплении с учетом рекомендуемых норм нагрузки. В исключительных случаях превышение нагрузки допустимо не более чем на 10–15%.

Документом, регулирующим обеспечение прав пациентов на медицинскую помощь в соответствии с законодательством РФ, являются *типовые правила внутреннего распорядка МО для пациентов*, включающие:

- порядок обращения пациента в МО;
- порядок госпитализации и выписки пациента;
- права и обязанности пациента;
- порядок разрешения конфликтных ситуаций между МО и пациентом;
- порядок предоставления информации о состоянии здоровья пациента;
- порядок выдачи справок, выписок из медицинской документации пациенту или другим лицам;
- время работы МО и ее должностных лиц;
- информацию о перечне платных медицинских услуг и порядке их оказания;

— другие сведения, имеющие существенное значение для реализации прав пациента (с учетом специфики МО, в которых пациент получает консультативную, диагностическую или лечебную помощь).

Правила внутреннего распорядка МО для пациентов должны быть вывешены на видном месте и, по возможности, предоставлены пациенту в виде памятки. Пациенты, находящиеся на стационарном лечении, знакомятся с содержанием правил под роспись. Правила внутреннего распорядка обязательны к исполнению для всех пациентов, проходящих обследование и лечение в данной МО.

Пациент является равноправным субъектом медицинского страхования. Регулирование отношений реализуется на основе договора о страховании, предусматривающего права и обязанности участников этих отношений и их ответственность. Это создает возможности для защиты прав пациентов. *Правовой защитой* застрахованных занимаются страховые медицинские организации.

Задания для самоконтроля

1. Охарактеризуйте право граждан на медицинскую помощь и защиту здоровья, изложенное в нормативных правовых документах РФ.
2. Опишите права пациента, регламентируемые Федеральным законом № 323-ФЗ.
3. Охарактеризуйте обязанности пациента, регламентируемые Федеральным законом № 323-ФЗ.
4. Охарактеризуйте типовые правила внутреннего распорядка МО для пациентов.

РАЗДЕЛ 1.2. КОММУНИКАЦИОННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ТЕМА 1.2.1. ОБЩЕНИЕ КАК КОММУНИКАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС

Общение — сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми (межличностное общение) и группами (межгрупповое общение). Цели общения многообразны, но в общем виде их можно представить следующим образом.

- Оказание помощи другому человеку или получение помощи самому.
- Поиск партнера для совместной игры, беседы, деятельности и т.п.

- Поиск человека, от которого можно получить внимание, сочувствие, похвалу и т.п.
- Самовыражение.
- Приобщение других людей к своим или общечеловеческим ценностям (воспитание, обучение).

В структуре общения можно выделить три процесса:

- обмен информацией (коммуникация);
- восприятие и понимание партнера по общению (перцепция);
- обмен действиями (интеракция).

Общение может быть вызвано личным желанием или производственной необходимостью и осуществляться вербально (словесное, осуществляемое с помощью устной речи) и/или невербально (общение языком жестов, мимики) как при личном контакте (прямое), так и через посредников (косвенное).

Затруднения, возникающие при общении, называемые коммуникативными барьерами, связаны:

- с особенностями речи партнера по общению: быстрая невыразительная речь, злоупотребление профессиональными терминами, иностранными словами, засилие слов-паразитов, излишняя сложность рассуждений и т.д.;
- социальными, политическими, религиозными, культурными, профессиональными различиями. Партнеры по общению по-разному воспринимают и объясняют события, факты, понятия. Препятствием может стать даже негативное отношение одного или всех партнеров к определенной профессии, национальности, полу, возрасту;
- возникновением чувства неприязни, недоверия к говорящему, которое распространяется и на передаваемую информацию.

Различают 3 типа общения: диалогическое, императивное и манипулятивное.

- При диалогическом типе общения партнер воспринимается как равный, имеющий собственную позицию и право на решение проблем.
- При императивном — партнер рассматривается как объект воздействия. Цель общения — достижение контроля над поведением, установками, мыслями партнера по общению, принуждение его к определенным действиям. Распоряжения партнеру выдаются открыто.
- При манипулятивном — производится воздействие на человека с целью побуждения к действиям, противоречащим его взглядам или интересам. Воздействие осуществляется незаметно, скрытно.

В медицинской практике общение должно основываться на диалоге, однако в экстренных ситуациях допустим и даже эффективен импера-

тивный тип общения, использовать который необходимо с большой степенью осторожности, продуманно, доказательно.

Эффективное взаимодействие медицинских работников происходит в процессе *делового общения*, при котором для достижения определенного результата или решения конкретной проблемы происходит обмен деятельностью, информацией, опытом. Основная форма делового общения — *деловая беседа* — это обсуждение самых разных рабочих вопросов, прежде всего обсуждение деталей профессионального ухода за конкретным пациентом.

Выполнение профессиональных обязанностей не обходится и без другой формы делового общения — *споров* по различным ситуативным вопросам.

Для эффективного делового взаимодействия медицинскому работнику необходимо оперировать различными моделями общения: информационной, убеждающей, экспрессивной, внушающей (суггестивной) (табл. 1.8).

Таблица 1.8. Модели общения

Модель общения	Характеристика
Информационная	Применяется для передачи и получения информации, ее анализа, интерпретации и комментирования. Передаваемая информация расширяет знания участников общения, разъясняет обстоятельства сложившейся ситуации
Убеждающая	Позволяет сделать участников общения своими единомышленниками, выйти из той или иной ситуации с наибольшей пользой
Экспрессивная	Позволяет сформировать у участников взаимодействия психоэмоциональный настрой, передать чувства, переживания, побудить к необходимым действиям, вовлечь в конкретные мероприятия
Внушающая (суггестивная)	Позволяет оказывать психологическое воздействие на другого человека, влиять на его убеждения, установки, решения. Находясь под влиянием внушения, человек действует без собственной мотивации, не может контролировать направленное на него воздействие

Эффективность общения определяется *техникой и приемами общения*.

Вербальное общение осуществляется с помощью устной речи. Разговорная речь отличается непринужденностью и даже некоторой небрежностью. Культура разговорной речи напрямую связана с общей культурой личности: чем выше образовательный, интеллектуальный уровень собеседников, тем больше их речь соответствует языковым нормам. Уникальность медицинских профессий заключается в том,

что любой из профессионалов общается с собеседниками самого разного культурного и интеллектуального уровня. Отсюда необходимость знания языковых норм и умение использовать их в повседневной профессиональной деятельности.

В основе вербального общения заложены определенные правила: уместность, точность и богатство речи (рис. 1.4). *Уместность речи* предполагает подбор слов, оборотов, средств языкового и эмоционального выражения, отвечающих целям (передать информацию или воздействовать на слушателя) и условиям общения. *Точность речи* основывается на смысловой точности (умение найти и использовать такие компоненты речи, которые наилучшим образом выразят мысль говорящего, его восприятие и оценку действительности) и точном употреблении слов. *Богатство речи* — это максимально возможное насыщение речи разнообразными, не повторяющимися средствами языка: лексическими (словами), синтаксическими (моделями словосочетаний, предложений), интонационными. Богатство речи — это яркий показатель высокого уровня культуры речи говорящего.

Личностно-психологическая уместность речи — соответствие речи этическим нормам, соблюдение правил речевого этикета, учет индивидуальных особенностей собеседника. Говорящий должен своевременно подумать о настроении собеседника, степени подробности изложения материала, уметь найти нужные слова с учетом его психологического состояния, тональность речи, интонации, проявить тактичность, вежливость. В определенной ситуации говорящий может и не иметь права

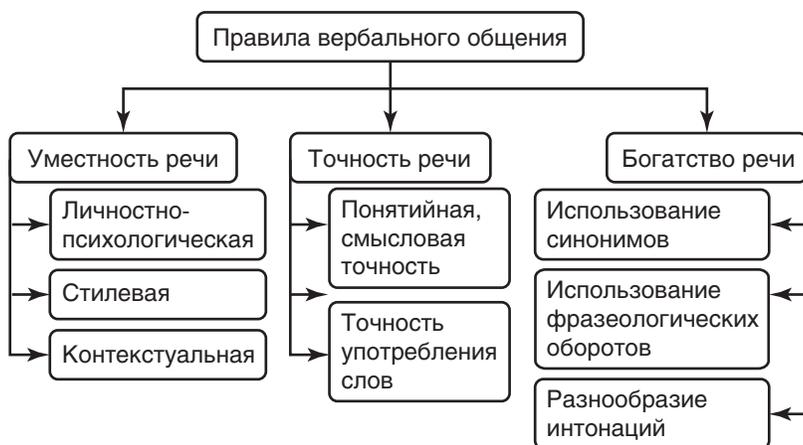


Рис. 1.4. Правила вербального общения

на речь, что связано с нравственно-этическими факторами. В медицинской практике такие ситуации встречаются достаточно часто: неизлечимое заболевание, потеря близкого человека и т.д.

Стилевая уместность речи. Для делового стиля уместно употребление профессиональных терминов, устойчивых сочетаний, в то же время злоупотребление профессиональными терминами неуместно при общении с пациентом и его родственниками. Перегруженность речи терминологией затрудняет ее понимание.

Контекстуальная уместность речи — каждой коммуникативной ситуации должны соответствовать свои средства языкового и эмоционального выражения. Перед началом беседы автор должен представлять, кому адресована речь, учитывать возраст адресата, его социальное положение, культурный и образовательный уровень.

Прогнозирование речи — анализ обстоятельств предполагаемого общения. Стратегия предполагает выбор определенного уместного сценария общения, в частности, так называемого речевого жанра. Возможны варианты просьбы, приказа или жалобы с тем, чтобы слушающий выполнил роль утешителя или исправил ситуацию и т.д. Тактика определяет выбор речевых средств, необходимых для реализации стратегии. Так, в речевом *жанре просьбы* неуместны слова со значением требования, угрозы, призыва и пр.

Требования к точности речи различны в зависимости от разных функциональных стилей. В наименьшей степени требует точности разговорная речь, так как непосредственный контакт говорящего и слушающего позволяет уточнить смысл сказанного. Повышенные требования к точности предъявляются в речи деловой, научной, публицистической.

Конкретные эмоции выражает интонация речи. Различают типы высказывания: вопрос, восклицание, побуждение, повествование. По интонации можно охарактеризовать говорящего, условия и ситуацию общения. Интонация обладает эстетическим воздействием на слушателя. Компонентами интонации являются мелодика, логическое ударение, громкость, темп речи, паузы. Все интонационные средства делают речь богатой, придают ей яркость, выразительность. В письменной речи интонация воспроизводится автором графически, например подчеркиванием, выделением, изменением шрифта, вопросительным и восклицательным знаками, многоточием, и способствует пониманию смысла текста.

В официально-деловом стиле, цель которого — передача информации, фактором усиления выразительности признается точность, однозначность формулировок, лаконичность, неличный характер изложения, отсутствие эмоционально окрашенных слов.

К особенностям произношения относится применение слов-паразитов. Слова-паразиты не несут никакой информации и никак не влияют на содержательность речи, это бессмысленные слова, и их характерные особенности — частота и немотивированность употребления. Наиболее распространенные из них — короче, респект, по-любому, как говорится, так сказать, значит, типа, прикинь, буквально, как его, как бы, прикольно, по жизни, на самом деле, практически, в общем, в принципе, допустим, собственно говоря, ну, понимаешь, я имею в виду, это самое, блин.

Употребление в речи слов, лишенных смысловой нагрузки, превращает их в речевой мусор. Чтобы избавиться от слов-паразитов, необходимо следить за своей речью, найти в ней такие слова и попробовать повторять свою речь уже без них.

Для того чтобы сделать свою речь союзником при выполнении профессиональных обязанностей, необходимо работать над ней, опираясь на следующие правила.

- Читайте хорошую литературу, желательно классическую.
- Пересказывайте прочитанный текст.
- Учите стихи.
- Говорите медленно, думайте над словами.
- Составляйте речь из простых коротких предложений.
- Общайтесь с людьми, имеющими богатый словарный запас и правильную речь.
- Записывайте интересные фразы, вставляйте их в свою речь.
- Работайте с различными словарями: толковым, орфоэпическим, фразеологическим, словарями ударений и синонимов и др.
- Тренируйтесь в проговаривании скороговорок.
- Используйте пословицы и поговорки.
- Изучайте речевой этикет.
- Контролируйте свою речь, подбирайте слова, точно передающие смысл высказывания.

Задания для самоконтроля

1. Выберите из своего окружения человека (людей), с которым (которыми) у вас возникают затруднения при общении. Заполните предлагаемые графы табл. 1.9. Продолжите заполнение следующих граф в соответствии с вашим конкретным случаем.
2. Продумайте и составьте беседу с пациентом продолжительностью от 3 до 5 мин по обязанностям пациента. При составлении беседы обязательно ответьте на каждый поставленный вопрос.
 - Цель проведения беседы.
 - Цель исполнения именно этих обязанностей пациентом.

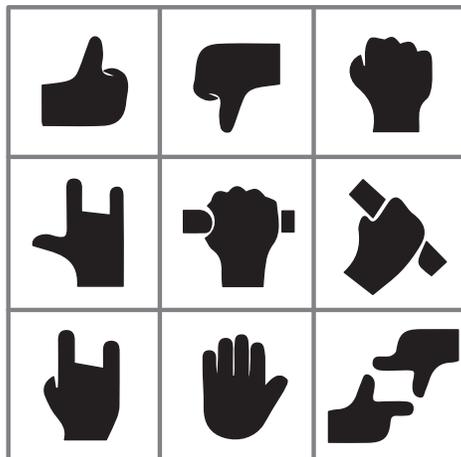
Таблица 1.9. Проявления коммуникативных барьеров

Причины возникновения коммуникативных барьеров	В чем проявляется	
	у вашего партнера по общению	у вас
1. Особенности речи		
2. Разногласия		
3. Негативное отношение		
Другие		

- Подбор и использование естественных и убедительных формулировок.
 - Выбор тона беседы.
 - Выступите с беседой на практическом занятии.
3. Измените тональность звучания, но оставьте прежним смысл фраз: «Иванова, опять к тебе целая компания завалилась в тихий час. Грязищи натаскали. В палате дышать нечем, а соседи-то все тяжелые. Гони всех. Сама не выгонишь, никого больше к тебе не пущу».

ТЕМА 1.2.2. НЕВЕРБАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ

К невербальным средствам общения относятся кинесические средства — зрительно воспринимаемые выразительные движения другого человека, проявляющиеся в мимике, позах, жестах (рис. 1.5) и взглядах.

**Рис. 1.5.** Жесты как средство невербального общения

Мимика — выразительные изменения лица. Скоординированные движения мышц лица выражают основные эмоциональные состояния: гнев, радость, страх, страдание, удивление, презрение (табл. 1.10). В глазах и во всем облике говорящего бывает столько же красноречия, как и в его словах, информативную нагрузку несут брови и область вокруг рта (губы).

Таблица 1.10. Мимические коды эмоциональных состояний

Части и элементы лица	Эмоциональные состояния					
	гнев	презрение	страдание	страх	удивление	радость
Положение рта	Рот открыт	Рот закрыт		Рот открыт		Рот обычно закрыт
Губы	Уголки губ опущены			Уголки губ приподняты		
Форма глаз	Глаза раскрыты или сужены	Глаза сужены		Глаза широко раскрыты		Глаза прищурены или раскрыты
Яркость глаз	Глаза блестят	Глаза тусклые		Блеск глаз не выражен		Глаза блестят
Положение бровей	Брови сдвинуты к переносице			Брови подняты вверх		
Уголки бровей	Внешние уголки бровей подняты вверх			Внутренние уголки бровей подняты вверх		
Лоб	Вертикальные складки на лбу и переносице			Горизонтальные складки на лбу		
Подвижность лица	Лицо динамичное			Лицо застывшее		Лицо динамичное

Все люди, независимо от национальности и культуры, с достаточной точностью интерпретируют эти мимические конфигурации как выражение соответствующих эмоций.

В профессиональной психотехнике мимика используется:

- для усиления речевого высказывания;
- воздействия на собеседника;
- установления психологического контакта;
- формирования впечатления о себе и своей позиции в разговоре;
- маскировки собственного психического состояния и отношения к происходящему;
- улучшения самочувствия.

Мимика динамична и, как правило, отражает:

- отношение говорящего к произносимым словам: их значимость для говорящего, веру в то, что он говорит, как сам понимает то, что говорит, как понимает слушающего и др.;
- психические состояния говорящего: радость, удовлетворение, внимательность, скуку, досаду, усталость, удивление, волнение, напряжение, гнев, растерянность и др.;
- отношение к собеседнику: безразличие, уважение, сочувствие, доброжелательность, пренебрежение, разочарование и др.;
- отношение к самому себе и своим действиям: внимательность, волевою собранность, решимость, непреклонность, неуверенность в себе, растерянность, самодовольство, подготовку к какому-то действию и др.;
- некоторые другие качества: интеллигентность, ум, малообразованность, глупость, самообладание, волю и др.

По мимике говорящего партнеры по общению, особенно в деловых контактах, обычно пытаются «читать лицо», понять не только текст, но и подтекст, угадать за словами скрытый, действительный их смысл.

Общение с пациентами требует умения контролировать мимику, владеть ею для решения конкретных задач. Для этого необходимо продумывать, какой она должна быть, соответствует ли она ситуации, когда ее следует изменить и почему, репетировать перед зеркалом. Чаще всего лицо должно светиться доброжелательностью, деловым настроением, уверенностью, самообладанием. В управлении мимикой участвуют все мимические компоненты лица:

- выражение глаз;
- направление взгляда;
- особый рисунок носогубных складок;
- особый рисунок складок лба;
- общее положение головы (обычное, прямое, а не высокомерно поднятый подбородок или взгляд исподлобья);
- разрез глаз (изменение движением мышц век и к ним прилегающих, которые в первую очередь определяют выражение).

Взгляд, или визуальный контакт, свидетельствует о расположении к общению. Собеседник имеет все основания полагать, что к нему или к тому, о чем он говорит или что делает, относятся плохо, если на него практически не глядят. Повышенное визуальное внимание может выражать либо вызов собеседнику, либо хорошее к нему отношение. Взгляды собеседников должны встречаться в течение 60–70% времени общения. Скованный, зажатый собеседник, менее 1/3 от времени общения позволяющий себе встречаться взглядом с визави, редко пользуется доверием.

Самые точные сигналы о состоянии человека передаются его глазами: при постоянном освещении в зависимости от настроения происходит расширение или сужение зрачков, не поддающееся сознательному контролю. При наличии заинтересованности, приподнятого настроения зрачки расширяются (до 4 раз против нормального состояния). Сужение зрачков происходит при мрачном настроении, озлобленности («глаза-бусинки» или «змеиные глаза»).

«Когда глаза говорят одно, а язык другое, опытный человек больше верит первым». Виды взглядов, их трактовка и рекомендуемые действия представлены в табл. 1.11.

Таблица 1.11. Виды взглядов, их трактовка и рекомендуемые действия

Взгляд и сопутствующие движения	Трактовка	Необходимо
Подъем головы и взгляд вверх	Подождите минуту, подумайте	Прервать контакт
Движение головой и наспущенные брови	Не понял, повтори	Усилить контакт
Улыбка, возможно, легкий наклон головы	Понимаю, мне нечего добавить	Продолжить контакт
Ритмичное кивание головой	Ясно, понял, что тебе нужно	Продолжить контакт
Долгий неподвижный взгляд в глаза собеседнику	Хочу подчинить себе	Действовать по обстановке
Взгляд в сторону	Пренебрежение	Уйти от контакта
Взгляд в пол	Страх и желание уйти	Уйти от контакта

При определенных обстоятельствах, когда человек, например, хочет скрыть свои чувства или передает заведомо ложную информацию, лицо становится малоинформативным, а тело — главным источником информации для партнера. Много информации содержат жесты, позы, стиль поведения, походка.

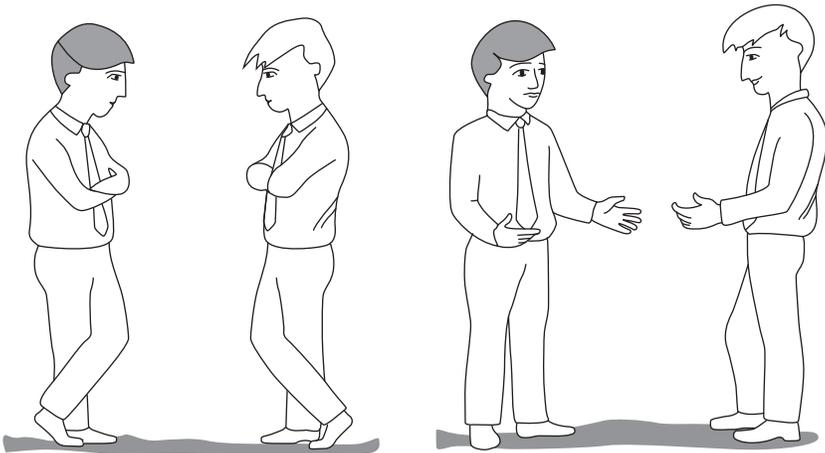
Поза — это положение человеческого тела, типичное для данной культуры. Общее количество различных устойчивых положений, которые способно принять человеческое тело, около 1000. Из них в силу культурной традиции каждого народа некоторые позы запрещаются, а другие — закрепляются. Поза наглядно показывает, как данный человек воспринимает свой статус по отношению к статусу других присутствующих лиц. Лица с более высоким статусом принимают более непринужденные позы, чем их подчиненные. В позе и движениях проявляется психологическое состояние человека («идти с высоко

поднятой головой», «расправить плечи» или, напротив, «стоять на полусогнутых»).

Главное смысловое содержание позы *состоит в размещении индивидуумом своего тела по отношению к собеседнику*. Это размещение свидетельствует либо о закрытости, либо о расположенности к общению (рис. 1.6). «Закрытые» позы (когда человек как-то пытается закрыть переднюю часть тела и занять как можно меньше места в пространстве; «наполеоновская» поза стоя: руки, скрещенные на груди, и сидя: обе руки упираются в подбородок и др.) воспринимаются как позы недоверия, несогласия, противодействия, критики. «Открытые» позы (стоя: руки раскрыты ладонями вверх, сидя: руки раскинуты, ноги вытянуты) воспринимаются как позы доверия, согласия, доброжелательности, психологического комфорта.

Есть ясно читаемые позы:

- раздумья — поза роденовского мыслителя;
- критической оценки — рука под подбородком, указательный палец вытянут к виску;
- при наличии интереса в общении человек ориентируется на собеседника, наклоняется в его сторону, при отсутствии интереса — откидывается назад;
- человек, желающий заявить о себе, стоит прямо, в напряженном состоянии, с развернутыми плечами, иногда упершись руками в бедра;



Закрытая поза

Открытая поза

Рис. 1.6. Примеры открытой и закрытой поз

– человек, которому не нужно подчеркивать свой статус и положение, будет расслаблен, спокоен, находиться в свободной непринужденной позе.

Жесты — разнообразные движения руками и головой, смысл которых понятен для общающихся сторон (табл. 1.12). Вместе с возрастанием эмоциональной возбужденности человека, его взволнованности, а также при желании достичь более полного понимания между партнерами растет интенсивность жестикуляции. Конкретный смысл отдельных жестов различен в разных культурах, однако во всех культурах есть сходные жесты:

- коммуникативные: приветствия, прощания, привлечения внимания, запретов, удовлетворительные, отрицательные, вопросительные и др.;
- модальные, выражающие оценку и отношение: одобрения, неудовлетворения, доверия и недоверия, растерянности и др.;
- описательные, имеющие смысл только в контексте речевого высказывания.

Таблица 1.12. Виды жестов и их трактовка

Виды жестов	Сопутствующие движения	Трактовка
Открытость	Раскрытые руки, расстегивание пиджака	Искреннее желание говорить откровенно
Подозрительность и скрытность	Потирание лба, висков, подбородка, стремление прикрыть лицо руками	Недоверие к партнеру по общению, сомнение в его правоте, желание что-то скрыть
Защита	Руки, скрещенные на груди, сжимание пальцев в кулак	Чувство опасности или угрозы
Размышление и оценка	Рука у щеки, пощипывание переносицы	Состояние задумчивости, стремление найти решение проблемы
Сомнение и неуверенность	Почесывание указательным пальцем правой руки под мочкой уха или же боковой части шеи, прикосновение к носу или его легкое потирание	Сомнение в собственной правоте
Уверенность в себе	Закладывание рук за спину с захватом запястья, закладывание рук за голову	Чувство превосходства над другими, доминирование
Несогласие	Собирание ворсинок с пиджака, опускание век, почесывание уха	Нежелание слушать, стремление закончить беседу
Готовность	Подача корпуса вперед, при этом обе руки лежат на коленях или держатся за боковые края стула	Желание закончить разговор или встречу

В процессе общения нужно помнить о совпадении жестов и речевых высказываний (конгруэнтность) у говорящего. Противоречие между жестами и смыслом высказываний является сигналом лжи (рис. 1.7).

Задания для самоконтроля

1. Встаньте перед зеркалом и проделайте несколько упражнений.
 - Нахмурьте лоб, словно вы рассердились. Следите, чтобы при этом не двигались губы. Расслабьте лицо.
 - Поднимите брови, словно вы удивились. Следите, чтобы при этом не двигались губы. Расслабьте лицо.
 - Улыбнитесь, не показывая зубы. Следите, чтобы при этом мышцы лба оставались неподвижны. Расслабьте лицо.
 - Улыбнитесь как можно шире, обнажив зубы. Следите, чтобы при этом лоб по-прежнему не двигался. Расслабьте лицо.
 - Поднимите брови как можно выше и улыбнитесь как можно шире. Расслабьте лицо
2. Встаньте перед зеркалом и постарайтесь изобразить такие эмоции: сострадание, радость, удивление, возмущение, гнев, восторг.
3. Произнесите фразу «Петров, на перевязку» как команду, как приглашение, с сочувствием, с нетерпением, без эмоций.
4. Сделайте выводы о необходимости управления мимикой и эмоциями при профессиональном уходе за больными.



Рис. 1.7. Основные жесты лжецов

ТЕМА 1.2.3. РАБОТА В КОМАНДЕ

Коллективный характер труда объединяет людей в различные группы (рис. 1.8) и оказывает влияние на трудовое поведение как самой группы, так и отдельной личности.

Под условными группами понимают организованные и длительно существующие объединения людей, используемые для статистического учета или научного анализа: нации, классы и т.д.

Реальные группы — совокупность людей, объединенных каким-либо общим признаком, имеющих общие цели, ценности, интересы и нормы поведения.

Формальные группы имеют юридический статус, создаются руководством для закрепления разделения труда и улучшения его организации.

Неформальные группы образуются спонтанно, на основе эмоциональных отношений (симпатии), единства взглядов и убеждений. Неформальные связи являются следствием удовлетворения потребности в общении, привязанности, получении признания, понимании причин принимаемых решений, защите, участии, информации. Поведение членов неформальных групп, возглавляемых неформальным лидером, может влиять на результаты работы команды.

В основе психологического настроения коллектива большую роль играют формальные и неформальные отношения.

Младшая медицинская сестра всегда является членом медицинской команды.

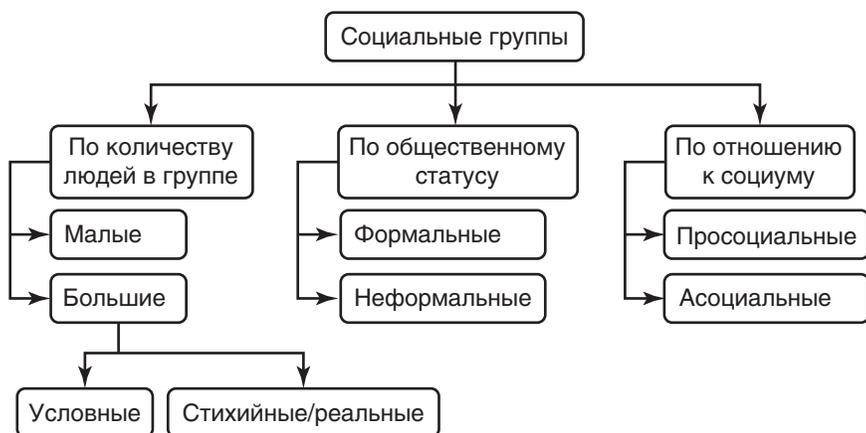


Рис. 1.8. Классификация социальных групп

Внутригрупповое и ролевое общение

Результат работы команды определяется эффективностью внутригруппового и ролевого общения членов команды. Общение включает (рис. 1.9):

- обмен информацией (коммуникативная сторона общения);
- выработку единой стратегии взаимодействия (интерактивная сторона общения);
- восприятие и понимание другого человека (перцептивная сторона общения).

Выделяют следующие уровни общения (табл. 1.13):

- «контакт масок»;
- примитивное общение;
- формально-ролевое общение;
- деловое общение;
- духовное межличностное общение;
- манипулятивное общение;
- личносно ориентированное общение.

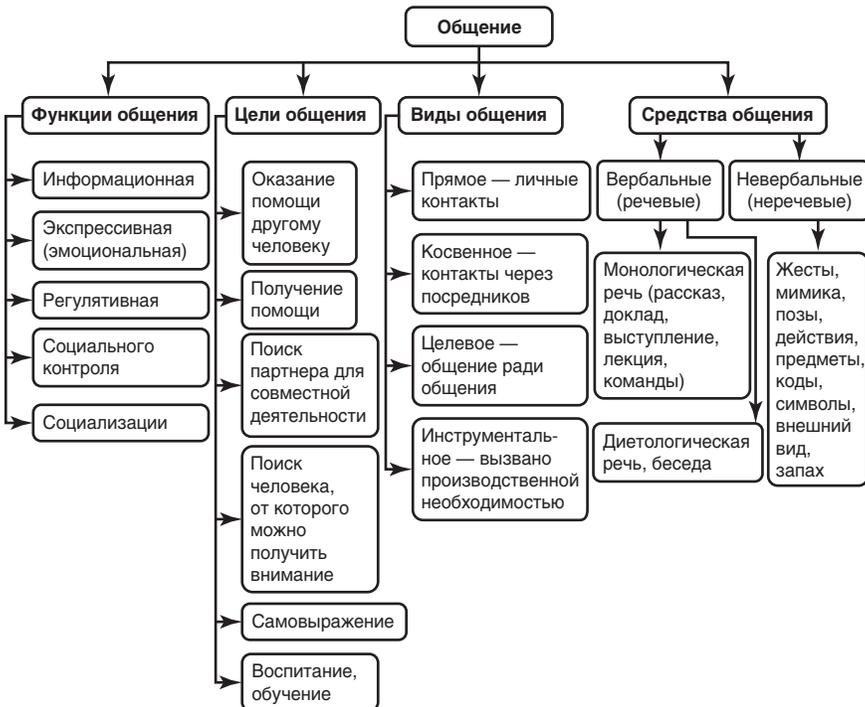


Рис. 1.9. Структура общения

Таблица 1.13. Уровни общения

Уровень общения	Особенности общения
«Контакт масок»	Отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности собеседника. Используются привычные маски (вежливости, учтивости, скромности, участливости и др.). Набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть истинные эмоции, отношении к собеседнику
Примитивное общение	Одна из сторон общения (пациент или медработник) оценивается другой стороной по степени нужности: если нужен — то активно вступают в контакт, если мешает — отталкивают. Например, при необходимости у пациента получения больничного листа, справки, формально-го экспертного заключения или в случаях, когда пациент оказывается человеком, от которого может зависеть благополучие медработника
Формально-ролевое общение	Содержание и средства общения регламентированы без учета личности пациента
Деловое общение	Общение с учетом особенностей личности, характера, возраста, настроения собеседника, нацеленное на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения. При общении медработника с пациентом такой вид взаимодействия становится неравным. Медработник рассматривает проблемы пациента с позиции собственных знаний, и он склонен директивно принимать решения без согласования с другим участником общения и заинтересованным лицом
Духовное межличностное общение	Подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделиться любой интимной проблемой каждому из участников общения. Процесс профессионального ухода не подразумевает такого контакта, по крайней мере, не предусматривает в силу профессиональной направленности исповедание медицинского работника
Манипулятивное общение	Так же как и примитивное, направлено на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов. Известен манипулятивный прием, чаще называемый «ипохондризацией пациента». Суть его заключается в преподнесении заключения врача о состоянии здоровья пациента в русле явного преувеличения тяжести обнаруженных расстройств. Целью такой манипуляции может быть: 1) снижение ожиданий пациента в успехе лечения в связи с избеганием медицинским работником ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья пациента; 2) демонстрация необходимости дополнительных и более квалифицированных воздействий со стороны медработника с целью получения вознаграждения
Личностно ориентированное общение	Общение с учетом особенностей внутреннего мира личности. Обеспечивает возможность человеку в любых условиях ощущать себя личностью

В зависимости от отношения человека к целям, ценностям организации, существующим в ней формам и нормам выделяют четыре **модели организационного поведения** члена команды: преданный и дисциплинированный член команды, приспособленец, оригинал, бунтарь (рис. 1.10).

Члены команды должны воспринимать себя как одно целое и понимать, что успех зависит от взаимосвязи и взаимодействия участников команды, готовности помочь друг другу в выполнении рабочей задачи. Лидер команды служит примером остальным членам команды.

Эффективность работы команды, оказывающей медицинскую помощь, определяется результатами ее работы, сложившимися взаимоотношениями, приобретенным опытом, а также степенью удовлетворенности от совместной работы и ее результатов.

Разнообразие, значимость и конкретность задач, автономность в их выполнении (чем она выше, тем выше ответственность команды за работу), наличие обратной связи способствуют повышению результатов

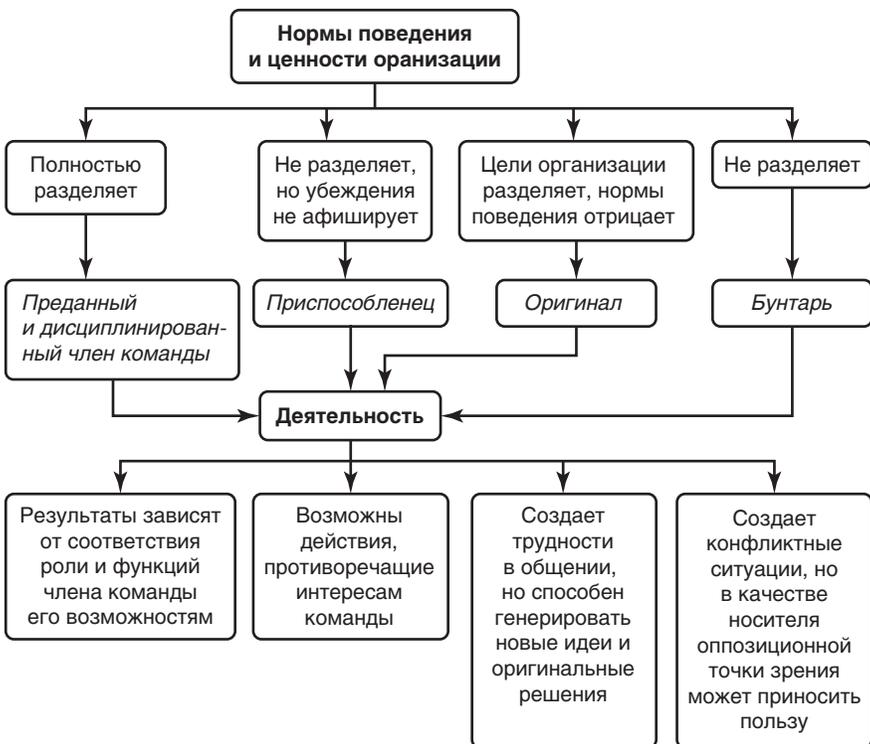


Рис. 1.10. Модели организационного поведения человека

работы. Информация об исполнении должна быть доступна всем членам команды.

Каждый член команды обязан:

- направить свои силы, знания и возможности на достижение поставленных перед командой целей;
- свободно высказывать свои мысли по возникшим проблемам;
- относиться к другим ее участникам, как к равноправным партнерам, объективно анализировать их идеи и высказывать по ним свою точку зрения;
- информировать остальных обо всем, что им необходимо знать для выполнения поставленных перед командой задач;
- стараться установить хорошие деловые отношения с остальными участниками команды;
- быть терпимым и проявлять взаимное уважение.

Никто из участников команды не должен ставить свою активность в зависимость от отношения группы к его рекомендациям.

Обеспечение качества командной работы невозможно без разработки эффективных управленческих решений. Управленческое решение — это выбор альтернативы, направленный на достижение целей команды. Процесс (алгоритм) принятия решения начинается с восприятия и признания проблемы, сопровождается планированием и совершением действий, контролем исполнения (рис. 1.11).

Задания для самостоятельной работы

1. Охарактеризуйте ваш рабочий коллектив как социальную группу (социальные группы).
2. Опишите уровни общения в вашем коллективе.

ТЕМА 1.2.4. ПРЕОДОЛЕНИЕ КОНФЛИКТОВ

*Как легко обидеть человека!
Взял и бросил фразу злее перца...
А потом порой не хватает века,
Чтоб вернуть обиженное сердце...
Э. Асадов*

Конфликт — столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия.

Главную роль в возникновении конфликтов играют конфликтогены — слова, действия (или бездействия), непосредственно приводящие к конфликту. Одиночный конфликтоген редко приводит к конфликту,



Рис. 1.11. Алгоритм подготовки и реализации управленческих решений

должна возникнуть «цепочка конфликтогенов» — эскалация конфликтогенов. В ее возникновении прослеживается закономерность: получив в свой адрес конфликтоген, «пострадавший» испытывает желание избавиться от возникшего раздражения, ответив «обидой на обиду». Трудно

удержаться от соблазна проучить обидчика, чтоб впредь не позволял себе подобного, поэтому ответ не должен быть слабее, а лучше — с «запасом». В результате сила конфликтогенов стремительно нарастает (рис. 1.12).

Конфликты могут выполнять позитивные и негативные функции.

К *позитивным функциям* конфликтов относятся:

- разрядка напряженности между конфликтующими сторонами, возможность установления взаимопонимания между людьми;
- сплочение в преодолении общих трудностей, организованность совместных действий;
- стимулирование к изменениям и развитию;
- снятие синдрома покорности, рождение и высказывание идей.

К *негативным функциям* конфликта относятся:

- большие эмоциональные и материальные затраты на разрешение конфликта;
- снижение производительности труда или обучения, ухудшение социально-психологического климата в коллективе, группе;
- уменьшение степени сотрудничества между сторонами в будущем или полное прекращение такового;
- неадекватное (завышенное) восприятие своей группы, коллектива по отношению к другим группам, представление о других группах как о врагах;
- утверждение духа конфронтации в организации, группе или обществе в целом, придание большего значения борьбе и победе в конфликте, чем решению реальных проблем.

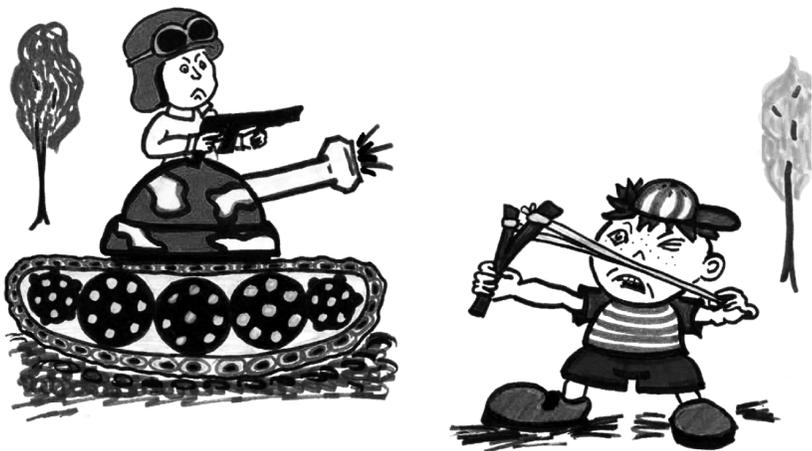


Рис. 1.12. Обмен конфликтогенами

Структуру конфликта можно выразить формулой:

конфликт = конфликтная ситуация + инцидент.

Конфликтная ситуация характеризуется наличием порой неосознаваемого противоречия в интересах и потребностях сторон, отражающего истинную причину конфликта.

Объектом конфликта является реальный или идеальный предмет, который служит причиной конфликта, подчас трудно определяемый.

Субъекты (стороны) конфликта — это непосредственные его участники, цели, мотивы и задачи которых определяют *позиции сторон*, внутренние и внешние, — открыто предъявляемые требования к оппоненту или скрытые истинные мотивы вступления в конфликт. Внутренняя позиция может не совпадать с внешней, она может не осознаваться и самим субъектом. Для конструктивного разрешения конфликта необходимо правильно осмыслить внутренние позиции конфликтующих сторон.

Образ ситуации — видение сложившихся условий глазами оппонентов. Часто образы ситуаций обеих сторон бывают прямо противоположны, а для разрешения конфликта важно уметь посмотреть на проблему глазами оппонента.

Началом конфликта выступает *инцидент*, т.е. действия оппозиционных сторон, направленные на достижение их целей. Инцидент характеризуется осознанием конфликтной ситуации и переходом к непосредственной активности.

В динамике конфликта выделяют четыре основные стадии.

1. Возникновение объективной конфликтной ситуации.
2. Осознание объективной конфликтной ситуации, т.е. все участники конфликта воспринимают ситуацию как трудноразрешимую при наличии противоречий как объективных, реально существующих, так и субъективных, не имеющих места в реальности. Поэтому конфликт может быть понят по-разному:
 - адекватно понятый конфликт — стороны правильно понимают существующую объективную конфликтную ситуацию;
 - неадекватно понятый конфликт — стороны воспринимают существование объективной конфликтной ситуации, но не понимают ее глубины, содержания и т.д.;
 - непонятый конфликт, т.е. объективная конфликтная ситуация существует, но сторонами не воспринимается как таковая;
 - ложный конфликт — объективная конфликтная ситуация отсутствует, но стороны воспринимают свои отношения как конфликтные.
3. Конфликтные действия или переход к конфликтному поведению. Конфликтное поведение имеет цель — блокировать намерения

противоположной стороны. Деструктивный конфликт характеризуется стремлением участников унизить друг друга, конструктивный — конфликтными действиями, не выходящими за рамки делового контакта, а также поиском возможных путей выхода из конфликта. Конфликт обостряется наличием яркого эмоционального фона, который подталкивает людей к продолжению конфликтных действий. Возникает цепная реакция. Противоборство зачастую изменяет конфликтную ситуацию и превращает в затяжное столкновение.

- При вступлении в конфликт каждая из сторон имеет собственное представление об интересах оппонента, причинах его вступления в конфликт. В ходе самого конфликта эти интересы и причины проясняются окончательно, становятся очевидными силы противника и возможные последствия конфликта. Предпосылка для разрешения конфликта — появление сомнений в его правомерности.
- 4. Разрешение конфликта возможно за счет изменения объективной конфликтной ситуации или информации, имеющейся у оппонентов. Разрешение конфликта может быть частичным (исключение конфликтных действий, однако побуждение к конфликту все же остается) и полным (конфликт устраняется на уровне внешнего поведения и на уровне внутренних побуждений).

В зависимости от направления воздействия конфликты делятся:

- на *вертикальные* (руководитель—подчиненный);
- *горизонтальные* (предполагают взаимодействие равных по иерархической власти субъектов).

В зависимости от количества участников конфликты бывают:

- *внутриличностными* (столкновение внутри личности равных по силе, но противоположно направленных мотивов, потребностей, интересов);
- *межличностными* (предполагают столкновение индивидуумов между собой);
- *между личностью и группой* (возникают при несоответствии поведения личности нормам группы, ее ожиданиям);
- *межгрупповыми* (при которых конфликтующими сторонами выступают социальные группы, преследующие несовместимые цели и препятствующие осуществлению своих намерений).

Исходы конфликтных ситуаций могут быть разными:

- предупреждение конфликта;
- уход от конфликта;
- сглаживание конфликта;
- приход к компромиссу;

- возникновение конфронтации;
- принуждение.

Предупреждение конфликта медицинского работника с пациентами зависит от него самого. При возникновении конфликтной ситуации необходимо не допускать предпосылок для развития конфликта: тон общения спокойный, ровный, без допущения приказных интонаций.

Уход от конфликта как способ разрешения конфликтной ситуации — это уход от разрешения возникшего противоречия со ссылкой на недостаток времени, на неуместность, несвоевременность спора и т.д. Однако такой исход — это просто откладывание разрешения конфликтной ситуации.

Сглаживание конфликта — это согласие с претензиями, но «только на данный момент». Для успокоения партнера и снятия эмоционального возбуждения «обвиняемый» проявляет согласие, лояльность. Он «признает», что его не так поняли, что нет особых причин для конфликта, что он что-то не сделал из-за неожиданно появившихся новых обстоятельств. Однако это не значит, что он принял претензии.

Компромисс — путь взаимных уступок для нахождения приемлемого для противостоящих сторон решения.

Конфронтация — это жесткое противостояние сторон друг другу, когда ни одна из них не принимает позицию другой. Опасность конфронтации в том, что партнеры могут перейти на личные оскорбления, когда все разумные доводы оказываются исчерпанными.

Часто конфронтация возникает при переоценке себя и недооценке партнера по общению, что характерно для эгоцентристов: «Кажется, говоришь очевидные вещи, а он не понимает!» — возмущается медработник. Однако очевидная для медработника вещь может восприниматься пациентом иначе из-за многих причин: недостаток информации, противоречие его интересам, установкам, привычкам, обычаям.

Принуждение — это тактика прямолинейного навязывания человеку того варианта решения, который устраивает медработников.

В случае если попавшие в конфликтную ситуацию люди не могут достигнуть своей цели, может развиться агрессивное поведение (агрессия).

Агрессия — индивидуальное или коллективное поведение, действие, направленное на нанесение физического или психологического вреда, ущерба либо на уничтожение другого человека или группы людей. Агрессия сопровождается эмоциональными состояниями гнева, враждебности, ненависти и т.д. Выделяют агрессию физическую и вербальную, прямую и косвенную (рис. 1.13). Физическая агрессия больше присуща лицам мужского пола, а вербальная агрессия, особенно косвенная, — лицам женского пола.

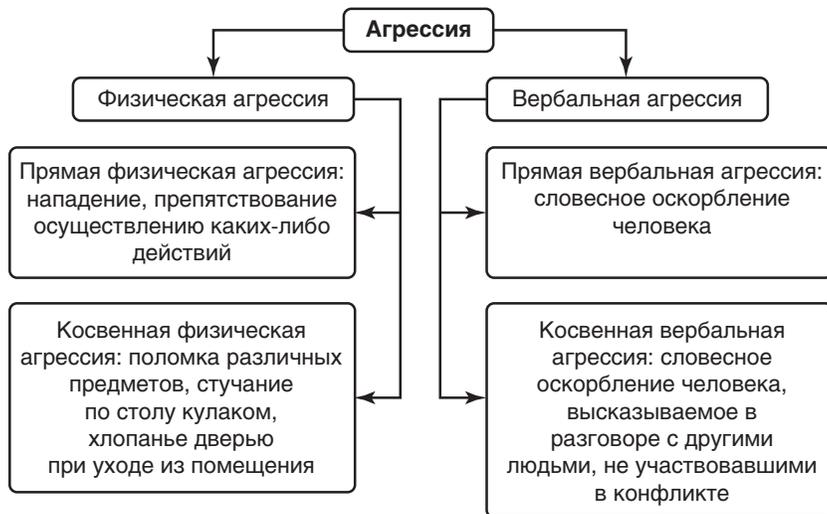


Рис. 1.13. Виды агрессии

Приемы нейтрализации агрессии представлены в табл. 1.14.

Межличностные конфликты часто вытекают из внутриличностных: противоречивые личностные тенденции внутри самого человека ведут к столкновениям с другими людьми. Человек в сложной ситуации склонен винить в ее возникновении других людей и выдвигать к окружающим несправедливые, но кажущиеся ему справедливыми претензии, неопределенные и неоправданные требования. Контактующие с ним люди, не представляя причин такого поведения, тем более если оно нарушает их интересы, вступают с ним в конфликт.

Когда возникают разногласия и столкновения между группами людей, члены каждой из конфликтующих групп обычно начинают воспринимать членов другой группы как своих противников. Противопоставление по принципу «мы—они» переносится с отношений между группами на личные отношения. В таких случаях межгрупповой конфликт становится почвой для зарождения и развития межличностных конфликтов.

Основные причины конфликтов:

- ограниченность ресурсов — их качественная и количественная сторона;
- различные аспекты взаимозависимости (полномочия, власть, задания и другие ресурсы);
- различия в целях;
- различия в представлениях и ценностях;

Таблица 1.14. Приемы нейтрализации агрессии

Приемы нейтрализации агрессии	Действия
Воздержание от реакции на агрессию	Игнорирование агрессии, не заметить агрессию: дать партнеру время успокоиться «Включение» приятных представлений: представляете себя в приятной обстановке – в саду, на пляже, на качелях, под душем; думаете о лучших минутах, проведенных с данным партнером
Сглаживание агрессии партнера	<p>Дружеское участие: «Я вас понимаю»; «У вас такая ответственная должность, приходится нервничать»; «У вас сегодня очень трудный день, и, понятно, сдают нервы»; «Я тоже не переносу подобные вещи»; «И меня возмущают такие выходки»</p> <p>Шаг к примирению, или «лапки вверх»:</p> <ul style="list-style-type: none"> • искреннее покаяние: «Я виноват и заслужил упрек»; • подчеркнуть значимость, авторитетность партнера, допустившего агрессию; • сокращение коммуникативной дистанции – прикоснуться к партнеру, подойти ближе, посмотреть прямо в глаза; • предложить сесть (если партнер – подчиненный), попросить разрешения сесть (если партнер – руководитель); • подчеркнуть общность интересов в вопросе, вызвавшем бурную реакцию партнера; • предложить разделить ответственность за решение вопроса; • предложить подумать о том, что скажут общие недруги о ваших с партнером отношениях <p>Снижение значимости повода для агрессии: «Если разобраться, то случай (дело) пустяковый»; «Бывало и хуже»; «Если посмотреть на вопрос с другой стороны, то окажется, что он не стоит переживаний (нервов, ссоры)»; «Жизнь не в том, чтобы переживать из-за таких вещей»</p> <p>Обращение к здоровью как ценности: «Поберегите себя»; «Это не тот случай, чтобы тратить на него свое здоровье»</p>
Фиксация партнера на его агрессию	<p>Мягкая фиксация внимания: «Я сегодня такой же нервный (резкий)»; «Сегодня почему-то все взвинчено (погода действует, общая обстановка)»; призыв сохранять дружеский тон; «Не понял вас...»; «Простите, не расслышал...»</p> <p>Жесткая фиксация внимания: «Вы излишне горячитесь»; «У вас неприятности?»</p>
Интеллектуальное реагирование на агрессию	<p>Выдерживание интеллектуально нагруженной паузы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • понять причину, мотив агрессии партнера, чтобы определить ответную реакцию; засесть время агрессии партнера с целью дождаться ее окончания (в некоторых случаях можно сообщить партнеру: «Вы потеряли самообладание на... минут и... секунд»);

Окончание табл. 1.14

Приемы нейтрализации агрессии	Действия
	<ul style="list-style-type: none"> • надеть маску непроницаемости: посмотрю, как он будет вести себя дальше, что еще выкинет; • мысленный прогноз поведения партнера: сейчас он, вероятно... (начнет выпучивать глаза, вспомнит прошлое, начнет ходить по комнате и т.п.); • проекция действий «агрессора» на себя (узнавание себя: такой же заводной, как и я, такой же невыдержанный, глупый; это состояние мне знакомо)
	<p>Переключение внимания агрессивного партнера (психологическая подножка): перевод разговора на другую тему; анекдот по случаю; «А вы знаете, я сейчас подумал...»; смех в сторону — рассмеяться как бы ни с того, ни с сего, рассказать дежурную шутку, а затем извиниться и попросить продолжить разговор; попросить у партнера разрешение на что-либо (сесть, выпить воды, позвонить по телефону, взять записную книжку и т.п.); абсурдная фраза, брошенная как бы невзначай</p>

- различия в манере поведения и жизненном опыте;
- неудовлетворительные коммуникации;
- личностные особенности участников столкновений.

Урегулирование конфликтов может происходить самостоятельно или с привлечением посредника. В роли третьей (нейтральной) стороны, позитивно влияющей на эффективность переговоров, может выступать руководитель, наставник, непререкаемый авторитет, просто уважаемый третий.

Медиаторство — содействие третьей стороны в поисках соглашения в конфликтной ситуации, причем рекомендации медиатора могут приниматься во внимание спорящими, но необязательно должны выполняться. *Медиатор* (от англ. *mediator*) — это человек (или группа), осуществляющий посредническую деятельность. В этой роли могут выступать психологи, консультанты, социальные работники и т.д. Медиация — это целенаправленное вмешательство, способное сначала ослабить конфликт, затем подготовить почву для принятия взвешенных решений и, наконец, разрешить некоторую проблему. Даже если не все элементы спора разрешаются, существующий конфликт с помощью медиации может быть лучше понят его участниками и переведен на управляемый уровень.

Основные цели медиации заключаются:

- в разработке плана будущих действий (проект соглашения), который участники смогли бы принять за основу;

- подготовке участников к тому, чтобы они в полной мере осознавали последствия своих собственных решений;
- в помощи участникам в приемлемом для них решении.

Управление конфликтом — это сознательная деятельность по отношению к нему, осуществляемая на всех этапах его возникновения, развития и завершения участниками конфликта или третьей стороной. Управление конфликтом включает прогнозирование, профилактику, диагностику и разрешение (рис. 1.14).

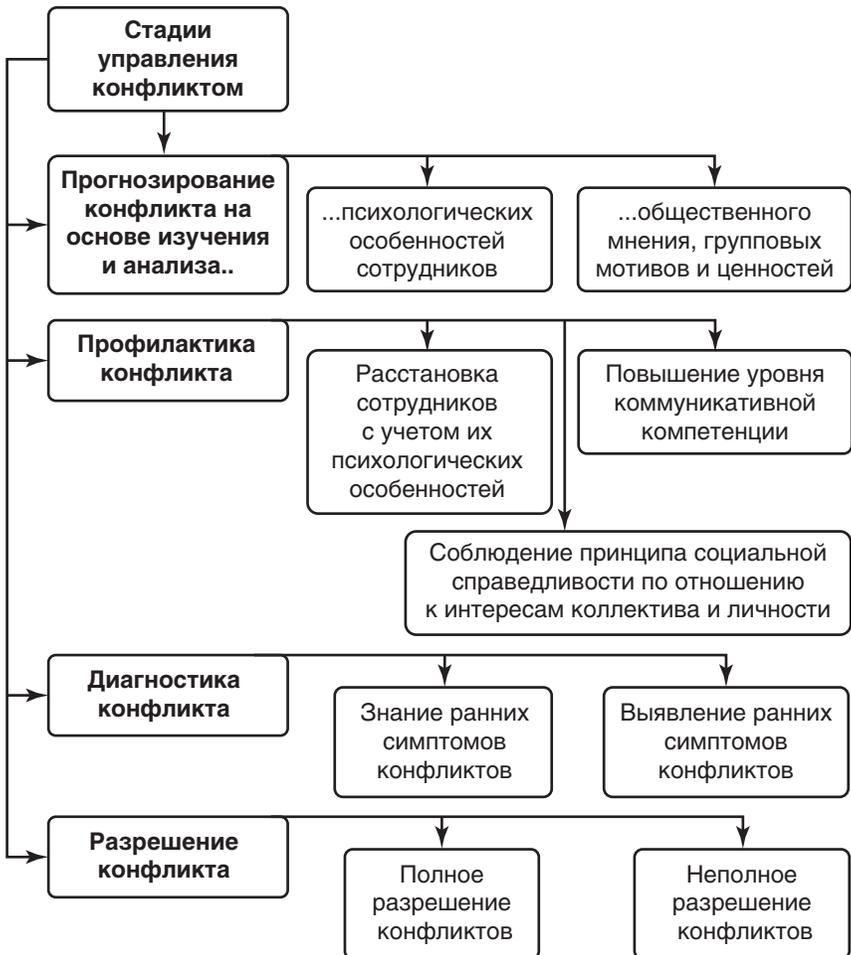


Рис. 1.14. Стадии управления конфликтом

Направления прогностических действий при различных типах конфликтов представлены в общем виде в табл. 1.15.

Таблица 1.15. Прогнозирование действий по урегулированию конфликтов

Тип конфликта	Направления прогностических действий
Межличностная сфера	Изучение индивидуально-психологических особенностей сотрудников; знание и анализ ранних симптомов скрытого конфликта, на стадии возникновения конфликтной ситуации (ограничение отношений, подчеркнуто-официальная форма общения, критические высказывания в адрес соперника и др.)
Сфера внутригрупповых интересов	Изучение индивидуально-психологических особенностей сотрудников. Изучение и анализ общественного мнения, групповых мотивов и ценностей
Межгрупповое взаимодействие	Постоянное взаимодействие по всем коммуникационным каналам с внешними организациями. Работа с лидерами в микрогруппах внутри коллектива и внутри подразделений, входящих в структуры организации; анализ общественного мнения; знание ранних симптомов межгрупповых конфликтов в их латентной фазе (критические высказывания в адрес других групп, усиление идентификации «Мы» с акцентом на противопоставление «Они» и т.п.)

Предупреждение конфликтных ситуаций требует повышения уровня коммуникативной компетенции работников с целью управления своим собственным поведением:

- не использовать в речи конфликтогены;
- не отвечать конфликтогеном на конфликтоген;
- использовать техники снижения эмоционального напряжения, ослабления стресса;
- овладение искусством ведения дискуссии, критики;
- умение противостоять манипулированию.

Разрешение конфликта может быть *полным* и *неполным*. Полное разрешение конфликта достигается при устранении причин, предмета конфликта и конфликтных ситуаций. Полное разрешение конфликта сопровождается устранением негативных эмоций. Неполное разрешение конфликта происходит тогда, когда устраняются не все причины или конфликтные ситуации. В таком случае неполное разрешение конфликта может быть этапом на пути к его полному разрешению.

Завершение конфликта — это его окончание, независимо от причин, по которым он возник (полное уничтожение одной из сторон, подчинение, административные меры, физический уход — увольнение, перевод в другую организацию).

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение конфликту.
2. Что представляют собой конфликтогены?
3. Охарактеризуйте негативные функции конфликта.
4. Охарактеризуйте позитивные функции конфликта.
5. Охарактеризуйте стадии в динамике конфликта.
6. Охарактеризуйте исходы конфликтных ситуаций.
7. Что такое агрессия? Охарактеризуйте виды агрессии.

ТЕМА 1.2.5. СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Синдром выгорания представляет собой процесс постепенного развития симптомов эмоционального и умственного истощения, физического утомления, личностной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. Синдром выгорания рассматривается как результат хронического стресса или неудачно разрешенных стрессовых ситуаций на рабочем месте.

Развитие синдрома характерно в первую очередь для профессий, где доминирует оказание помощи людям. Немецкий психоаналитик Вольфганг Шмидбауэр написал о психологическом феномене синдрома профессионального выгорания: «Ничто не является для человека такой сильной нагрузкой и таким сильным испытанием, как другой человек». В этой связи представим, каким мощным испытанием является нездоровый человек.

Поведение личности, способствующее психическому здоровью и профессиональному росту, в соответствии с требованиями профессиональной среды зависит от профессиональной активности, стратегии преодоления проблемных ситуаций, эмоционального настроения на профессиональную деятельность (табл. 1.16).

Синдрому эмоционального выгорания подвержены люди следующих типов.

- Педантичный: характеризуется добросовестностью, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка, излишней привязанностью к прошлому. Симптомы переутомления — апатия, сонливость.
- Демонстративный: характеризуется стремлением первенствовать во всем, свойственна высокая степень истощаемости при выполнении рутинной работы. Переутомление выражается в излишней раздражительности, гневливости.

Таблица 1.16. Способствующие психическому здоровью компоненты поведения личности

Компоненты поведения личности	Характеристика
Профессиональная активность	Субъективное значение деятельности, профессиональные притязания, готовность к энергетическим затратам, стремление к совершенству при выполнении заданий, а также способность сохранять дистанцию между личной и профессиональной сферами
Стратегии преодоления проблемных ситуаций	Активное решение проблем или их избегание. Активное решение проблем предполагает положительную оценку своих возможностей в проблемной ситуации, выработку эффективной стратегии ее преодоления, положительную жизненную установку, создающих основу для профессиональной самореализации личности
Эмоциональный настрой на профессиональную деятельность	Чувство социальной поддержки, профессиональный успех

— **Эмотивный:** характеризуется чувствительностью, впечатлительностью, склонность воспринимать чужую боль граничит с патологией, с саморазрушением.

Развитию синдрома эмоционального выгорания предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах, затем наступает первый признак — истощение. Чем больше производственная нагрузка, тем меньше медицинский работник испытывает удовольствие от самого процесса работы.

Развитие синдрома эмоционального выгорания обусловлено целым рядом причин:

- высокая производственная нагрузка, круглосуточный режим работы;
- ожидание осложнений в состоянии больных, контакт с умирающими больными требуют высокой функциональной активности организма и могут быть квалифицированы как ведущие патогенные профессиональные факторы;
- наличие психологически трудного контингента: геронтологические и онкологические пациенты, агрессивные и суицидальные больные, пациенты с зависимостями;
- отсутствие положительных результатов своих усилий по спасению больного и ощущение собственного бессилия;
- необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие истинным;

- недостаточное вознаграждение, как моральное, так и материальное;
- чувство социальной незащищенности, неуверенности в социально-экономической стабильности.

Риск возникновения профессионального выгорания увеличивается в случаях монотонности работы, вкладывания в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания и положительной оценки, строгой регламентации времени работы, работы с немотивированными пациентами, трудно ощутимыми результатами работы, напряженности и конфликтов в профессиональной среде, недостаточной поддержки со стороны коллег, нехватке условий для самовыражения личности на работе, когда не поощряются, а подавляются экспериментирование и инновации, работы без возможностей дальнейшего обучения и профессионального совершенствования, неразрешенных личностных конфликтов.

Симптоматика синдрома профессионального выгорания

Выгорание — это ответ на хронический эмоциональный стресс. Подобный термин используется для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами в эмоционально перегруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. В течение синдрома профессионального выгорания выделяют три ключевых признака (табл. 1.17):

- предельное истощение;
- отстраненность от пациентов и от работы;
- ощущение неэффективности и недостаточности своих достижений.

Симптомы, характеризующие синдром эмоционального выгорания, можно объединить в пять ключевых групп.

- **Физические симптомы:** усталость, физическое утомление, снижение или повышение массы тела, бессонница, немотивированное плохое самочувствие, одышка, головокружение, дрожь во всем теле, чрезмерная потливость, гипертензия.
- **Эмоциональные симптомы:** пессимизм, цинизм и черствость в работе; безразличие и усталость; ощущение беспомощности и безнадёжности; раздражительность, агрессивность; тревога, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться; депрессия, чувство вины; истерики; преобладание чувства одиночества.
- **Поведенческие симптомы:** импульсивное поведение; чувство усталости во время рабочего дня, нежелание работать; безразличие к еде; снижение физических нагрузок; оправдание курения, употребления алкоголя, седативных препаратов; учащение несчастных случаев.

Таблица 1.17. Ключевые признаки синдрома эмоционального выгорания

Признаки синдрома эмоционального выгорания	Симптоматика
Предельное истощение	Чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после ночного сна. После периода отдыха (выходные, отпуск) данные проявления уменьшаются, однако по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию возобновляются
Отстраненность от пациентов и от работы	Отсутствие эмоционального отклика как на положительные, так и на отрицательные обстоятельства. Деперсонализация связана с возникновением равнодушного и даже негативного отношения к людям, обслуживаемым по роду работы. Контакты с ними становятся формальными, безличными; возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и проявляться во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем прорывается наружу и приводит к конфликтам
Ощущение неэффективности и недостаточности своих достижений	Выражается в снижении самооценки своей компетентности, в негативном восприятии себя как профессионала, недовольстве собой, негативном отношении к себе как личности, ощущении утраты собственной эффективности

- Интеллектуальные симптомы: формальное выполнение работы; отсутствие интереса к инновациям, отказ от участия в конференциях, конкурсах, экспериментах.
- Социальные симптомы: ощущение отсутствия поддержки со стороны семьи, друзей, коллег; ощущение изоляции; снижение интереса к досугу, хобби.

Профилактика синдрома профессионального выгорания

Существуют опросники, роль которых — выявить наличие симптомов эмоционального выгорания у работников с целью раннего начала профилактических мероприятий. Суть профилактики синдрома эмоционального выгорания состоит в позитивном и ответственном отношении не только к своей профессии, но и к себе и собственной жизни. Необходимо разработать свою собственную стратегию и попытаться изменить себя, свое отношение к работе, свой образ жизни и мыслей — «если ты не можешь ничего изменить, измени свое отношение к ситуации». Процесс пересмотра своих собственных установок и действий длительный и очень непростой, но в результате улучшатся самочувствие и настроение.

Первым шагом к преодолению эмоционального выгорания должна стать попытка разобраться со своими эмоциями, определив события

или моменты, в которые медицинский работник испытывает наибольшее напряжение. В течение 30 мин в спокойной обстановке необходимо ответить на ряд вопросов и заполнить табл. 1.18.

Таблица 1.18. Анализ причин негативного отношения к работе

№	Негативные ситуации на рабочем месте	Причины
1	Я устаю на работе, потому что...	
2	Самым напряженным на работе для меня является...	
3	Мне тяжело, когда пациенты...	
4	Мои самые сложные ситуации на работе связаны с...	
5	Я чувствую себя особенно незащищенной на работе, когда...	
6	Мне не всегда нравится, когда заведующий отделением...	
7	Меня не устраивает, когда мои коллеги...	
8	Мне не хватает времени на отдых, потому что...	

При анализе ответов необходимо представить цели и образ своего будущего, а также ответить себе на вопрос, в чем смысл того, что вы сейчас делаете, зачем вы это делаете. Далее следует попробовать произвести одно из 4 действий, которое должно привести к новому взгляду на возможности профессии и достижению личных результатов:

- попробовать подняться над ситуацией и без эмоций (несколько отвлеченно) оценить свое положение и рабочие проблемы, а также значение с более глобальной точки зрения;
- найти новое применение имеющимся профессиональным знаниям, умениям, практическому опыту;
- оставаясь в той же ситуации, начать акцентировать проблемы, связанные с общением, профессиональными знаниями, умениями и навыками, общественной активностью и т.д. Выявление и ранжирование проблем вызывает потребность к их купированию посредством организации профессионального развития, управления межличностными отношениями в трудовом коллективе и повышения коммуникативной культуры.

Постоянное профессиональное совершенствование может служить одним из важных аспектов стратегии борьбы против эмоционального выгорания, возникающего в процессе выполнения профессиональной деятельности. Позитивное отношение к симптомам эмоционального выгорания поможет специалисту осознать и принять важную информацию о самом себе, которая остается во время работы за кадром.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. В чем заключается синдром эмоционального выгорания?
2. Охарактеризуйте причины развития синдрома эмоционального выгорания.
3. Охарактеризуйте ключевые признаки синдрома эмоционального выгорания.
4. Опишите приемы и способы профилактики синдрома эмоционального выгорания.