

ОНТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	1стр. из 31

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Введение в профессию»

Код дисциплины: VP 1205

Название и шифр ОП: 6B10115 «Медицина»

Объем учебных часов/кредитов: 120ч /4 кредита

Курс и семестр изучения: 1 курс, 1 семестр

Объем лекций: 8 часов

Шымкент, 2025 год

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) «Введение в профессию» и обсужден на заседании кафедры

Протокол № 12 от «27» 06 2025 г.

Зав. кафедрой, к.м.н., и.о. доцента



Жумадилова А.Р

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	3стр. из 31

Лекция №1.

1. Тема: Закономерности развития и история медицинских знаний. Содержание и виды медицинской деятельности.

2. Цель: Разъяснение законов и истории развития медицинского образования. Содержание и виды медицинской деятельности. Обучить содержанию и видам медицинских услуг.

3. Тезисы лекции:

История медицины

Медицина (лат.medicina: medicus — врачебный, лечебный) — людей сохранение и укрепление здоровья, лечение и профилактика заболеваний, долгая жизнь в человеческом обществе с точки зрения здоровья и возможности трудоустройства

система практической деятельности и научных знаний, направленная на достижение выживания.

История медицины как науки основана на всемирной истории человечества.

изучает возникновение, развитие и состояние медицины и лечения.

История медицины как наука и предмет подготовки медицинских специалистов.

занимает очень важное место, а также прогресс научного развития в будущем, правильное понимание общественно-политических взглядов, общее и специальное образование.

учит повышать степень. Предмет истории медицины состоит из двух основных частей: общей и частной истории медицины.

История общей медицины - изучает общие закономерности развития ее различных отраслей мировой медицины, их особенности, основные проблемы, достижения, нововведения, знакомит с жизненным путем известных ученых, внесших вклад в науку.

Он показывает, как в мире появилась медицинская наука, уникальна народная культура и историческое развитие медицины.

Индивидуальная медицина зависит от каждой области медицины. Например, в их отделении специально изучаются терапия, хирургия, показаны пути профилактики заболевания, причины его возникновения, выявление вида заболевания и методы лечения.

Основные задачи истории медицины:

Студентов обучают методам исторических исследований и историческому мышлению.Историческое исследование – это широкое и единое понимание следующей научной темы.

Показаны направления материального и идеологического развития медицины, а также анализируется и обобщается теория медицины.

Международный, обучая истории мирового медицинского развития.

Чтобы укрепить понимание солидарности, ученые-врачи разных стран и международной медицины, узнав о практических достижениях учит совершенствовать практический обмен.

История медицины направлена на изучение следующих вопросов ставит:

- Показывая закономерность явлений в развитии медицины, ее объясните это наследование;
- Продолжение медицинских направлений в истории медицины;
- Что развитие медицинского образования связано с развитием общества в целом расширить кругозор и повысить любовь к Родине показом.
- История медицины учит методам исследования, исследованиям, навыкам лечения. ориентирует. Выявление типа заболевания, его профилактика и это

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	4стр. из 31

понять смысл сказанного, изучая историю медицины будет.

• Производственные силы, политические течения, процессы развития общества.

в развитии медицины, какое влияние это оказalo, изменился ли состав лекарства, какие новости произошли, и этому тоже учит история медицины.

Современная Вирхова Нейман ввела в немецкую литературу понятие «социальная медицина». В своей работе «Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum», опубликованной в 1847 г., он наглядно доказал роль социальных факторов в развитии общественного здравоохранения.

В конце XIX века определилось развитие основного направления общественного здравоохранения и по сей день. Это направление связывает развитие общественного здравоохранения с общим прогрессом научной гигиены или биолого-физической гигиены. В Германии основоположником этого направления является М. был фон Петтенкофер. В изданное им руководство по гигиене он включил раздел «Социальная гигиена», которую врач считал сутью той сферы жизни, в которой встречаются большие группы людей. Это направление постепенно приобрело реформаторский характер, поскольку радикальные социально-терапевтические мероприятия не могли быть предложены.

В Германии основоположник социальной гигиены как науки А. Это был Гротян. В 1904 году Гротян писал: «Гигиена необходима... для общественных отношений и для того, как люди рождаются, живут, работают, наслаждаются, продолжают рождаться и умирать. Следовательно, это социальная гигиена, выступающая дополнением к физической и биологической гигиене.

По мнению Гротяна, предметом социально-гигиенической науки является анализ условий, в которых реализуются взаимоотношения человека и окружающей среды.

В результате таких исследований Гротян подошел к другой стороне темы общественного здравоохранения, то есть к разработке норм, регулирующих взаимоотношения человека и социальной среды таким образом, чтобы укрепить его здоровье и принести ему пользу.

В Англии XIX века были крупные деятели общественного здравоохранения. Э. Чедвик видел главную причину плохого состояния здоровья населения. Его работа «Санитарные условия рабочего населения», опубликованная в 1842 году, раскрыла тяжелые условия жизни рабочих в Англии. Дж. В качестве главного врача Службы здравоохранения Англии Саймон провел серию исследований основных причин смерти. Однако первая кафедра социальной медицины была открыта в Англии в 1943 году Дж. Райл в Оксфорде.

Ф. к развитию социальной гигиены в России. Ф. Эрисман, П. Я. Куркин, З. Г. Френкель, Н. А. Семашко и З. П. Соловьев очень помог.

Среди крупнейших российских социальных гигиенистов Г. А. Стоит отметить Баткиса, он является известным исследователем и автором ряда теоретических работ по социальной гигиене, разработал первичную статистическую методологию изучения санитарного состояния населения и ряд методов работы медицинских учреждений (новая система активного патронажа новорожденных, метод анамнестических демографических исследований и др.).

Общественное здоровье и здравоохранение» как образовательное средство и научная тема, ее содержание.

Как известно, многие дисциплины и специальности медицины изучают различные заболевания, их синдромы, различные клинические проявления течения заболевания, методы диагностики и лечения заболеваний, а также возможные результаты заболевания при использовании современных методов комплексного лечения. . Редко описаны основные методы профилактики заболеваний, реабилитации людей с каким-либо заболеванием, иногда тяжелым, с осложнениями и даже инвалидизацией больных. Относится к термину «рекреация»

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	5стр. из 31

в медицинской литературе, т.е. комплексу профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья здоровых людей. Здоровье народа, его измерения, способы его сохранения и укрепления в сложных социально-экономических условиях практически полностью выпали из сферы интересов современной медицины и здравоохранения Казахстана.

В связи с этим, прежде чем говорить об общественном здравоохранении, необходимо дать определение термину «здоровье», определить уровень его изученности в медицинских и социальных исследованиях, а также определить место общественного здравоохранения на данном этапе.

Так, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1948 году пришла к выводу, что «Здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов». ВОЗ провозгласила принцип, согласно которому «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека».

Было принято разделение на 4 уровня медицинских исследований:

Уровень 1 – Личное здоровье.

Уровень 2 – здоровье малых или этнических групп – групповое здоровье.

3 уровень – здоровье населения, то есть людей, проживающих в конкретной административно-территориальной единице (области, городе, районе и т.п.).

Уровень 4 – Общественное здравоохранение – здоровье общества, народа страны, континента, мира, населения в целом.

Общественное здравоохранение – наука, изучающая влияние социальных факторов и условий окружающей среды на здоровье, а организации здравоохранения, разрабатывающие научно обоснованные рекомендации, направленные на устранение и предупреждение вредного воздействия социальных факторов, совершенствование системы организации здравоохранения в целях улучшения здоровье людей. Общественное здравоохранение и здравоохранение занимается изучением широкого спектра медицинских аспектов, социальных, экономических, управленических и философских вопросов в области общественного здравоохранения в конкретном историческом контексте. В отличие от различных клинических дисциплин общественное здравоохранение изучает состояние здоровья коллективов, социальных групп и общества в связи с условиями жизни и обычаями отдельных лиц, а не изолированных индивидов. В то же время условия жизни, производственные отношения обычно имеют решающее значение для здоровья людей, поскольку научно-технический прогресс, социально-экономические революции и этапы эволюции, культурная революция приносят обществу большую пользу, но в то же время могут оказывать негативное влияние на здоровье людей. его здоровье.

Здравоохранение в Казахстане претерпело ряд существенных изменений после обретения независимости и установления рыночных отношений. Текущий период можно определить как период ускоренной модернизации системы здравоохранения, включая переход на современные принципы и стандарты в сфере организации здравоохранения.

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	бстр. из 31

Содержание темы в соответствии с современными условиями требует доработок и дополнений.

Методы исследования, используемые в здравоохранении

- 1) Статистический метод широко применяется в области здравоохранения как основной метод социальных наук. Это позволяет выявить и объективно оценить изменения, происходящие в состоянии здоровья населения, определить эффективность деятельности органов и учреждений здравоохранения. Кроме того, его широко используют в медицинских исследованиях (гигиенических, физиологических, биохимических, клинических и др.).
- 2) Метод экспертной оценки является дополнением к статистическим данным, основной задачей которого является косвенное определение некоторых поправочных коэффициентов.
- 3) Общественное здравоохранение использует количественные измерения с использованием переписи населения и эпидемиологических методов. Это позволяет делать прогнозы на основе заранее определенных закономерностей, таких как будущая рождаемость, численность населения, смертность, смертность от рака и т. д. б. можно предсказать.
- 4) 2). Исторический метод основан на изучении и анализе общественного здоровья и процессов здравоохранения в разные периоды истории человечества. Исторический метод является описательным методом.
- 5) 3). Метод экономического исследования позволяет определить влияние экономики на здравоохранение и, наоборот, влияние здравоохранения на экономику общества. Экономика здравоохранения является составной частью экономики страны. Здравоохранение в любой стране включает больницы, поликлиники, амбулатории, институты, поликлиники и т.д. б. Имеется определенная материально-техническая база.
- 6) Методы, используемые в экономических науках, используются для изучения влияния социальных и экономических факторов на здоровье человека. Эти методы непосредственно используются при исследовании и разработке таких вопросов здравоохранения, как учет, планирование, финансирование, управление здравоохранением, рациональное использование материальных ресурсов, научная организация работы в органах и учреждениях здравоохранения.
- 7) 4). Экспериментальный метод – это метод поиска новых, более эффективных форм и методов работы, создания моделей оказания медицинской помощи, внедрения передового опыта, проверки проектов, гипотез, экспериментальных баз, медицинских центров и т. д. б. наращивать.
- 8) Эксперименты можно проводить не только в естественных, но и в социальных науках. Эксперименты в области общественного здравоохранения часто не используются из-за связанных с ними административных и законодательных трудностей.
- 9) В сфере организации здравоохранения разрабатывается метод моделирования, заключающийся в создании организационных моделей для экспериментальной проверки. Большее внимание уделяется экспериментальным областям и медицинским центрам, связанным с экспериментальным методом, а также экспериментальным программам для решения конкретных проблем. Экспериментальные регионы и центры можно назвать «полевыми лабораториями» для проведения научных исследований в области здравоохранения. В зависимости от целей и задач, ради которых они создавались, эти модели сильно отличаются по размеру и организации, бывают временными или постоянными.
- 10) Метод наблюдения и исследования. Для дополнения и углубления этих данных могут быть проведены специальные исследования. Например, для получения более детальных данных о заболеваемости лиц определенной специальности используются результаты медицинских осмотров этого контингента. Для определения характера и степени влияния

ОНДҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	7стр. из 31

социально-гигиенических условий на заболеваемость, смертность и физическое развитие по специальной программе могут использоваться методы анкетирования отдельных людей, семей или групп людей (интервью, метод опроса).

11) Экономические, социальные, демографические и др. методом опроса (интервью). б. Вы можете получить ценную информацию по вопросам.

Эпидемиологический метод. Эпидемиологический анализ занимает важное место среди методов эпидемиологического исследования. Эпидемиологический анализ практичен для выявления причин, способствующих распространению данного явления на данной территории, и его оптимизации 12) представляет собой комплекс методов изучения особенностей эпидемического процесса с целью разработки предложений. С точки зрения методологии общественного здравоохранения эпидемиология относится к прикладной медицинской статистике, которая в данном случае выступает основным, в значительной степени, специальным методом.

Использование эпидемиологических методов в различных областях здравоохранения больших популяций позволяет выделить разные компоненты эпидемиологии: клиническую эпидемию, экологическую эпидемию, эпидемиологию неинфекционных болезней, эпидемиологию инфекционных болезней и др. б.

Клиническая эпидемиология является основой доказательной медицины, позволяющей делать прогнозы для каждого конкретного пациента в схожих ситуациях с помощью строгих научных методов, основанных на изучении клинического течения заболевания. Цель клинической эпидемиологии — разработать и использовать такие методы клинического контроля, которые позволяют делать объективные выводы, избегая влияния допущенных ранее ошибок.

Основной целью общественного здравоохранения является создание эффективной государственной службы здравоохранения. Темами таких исследований являются: оценка характера и масштабов потребности населения в медицинской помощи; изучить влияние различных факторов, определяющих эти потребности; оценка эффективности существующей системы здравоохранения; разработка путей и средств его улучшения; составление прогнозов по оказанию медицинской помощи населению.

Виды и отрасли медицины

1. Клиника
2. Хирургический
3. Медико-хирургический
4. Лаборатория
5. Судебная медицина
6. Медицина труда
7. Профилактическая медицина
8. Спортивная медицина
9. Интегративная медицина
10. Дополнительная медицина

24 отделения или медицинские специальности

1. Общая и семейная медицина
2. Педиатрия
3. Кардиология
4. Пульмонология
5. Гинекология и акушерство
6. Оториноларингология
7. Урология

ОНДҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	8стр. из 31

8. Эндокринология
9. Дерматология
10. Травматология
11. Онкология
12. Гериатрия
13. Стоматология
14. Гастроэнтерология
15. Нефрология
16. Инфекция
17. Токсикология
19. Гематология
20. Офтальмология
21. Радиология
22. Проктология
23. Ревматология
24. Иммунология

Другие виды лекарств

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: Указана в силлабусе пункт 11. Учебные ресурсы

6. Контрольные вопросы:

1. Обучение в сфере медицины
2. Виды лекарств
3. Здоровье населения и методология обучения

№ 2 лекция.

1. Тема: Сестринский процесс. Цели и планирование сестринского вмешательства.

Безопасный уход: цели, задачи, методы.

2. Цель: объяснить студентам процесс сестринского дела. Укажите цели и планирование сестринского вмешательства. Научите учащихся аспектам безопасного ухода.

3. Тезисы лекции:

Сестринский процесс является основным неразделимым понятием современной американской и западноевропейской, римской модели труда. Эта реформаторская концепция появилась в США в середине 50-х годов XX века и за четыре десятилетия доказала свою эффективность в клинических условиях. Сестринский процесс используется в сестринском деле в 50 странах мира, создает теоретическую и научную базу помощи и считается ядром сестринского знания и опыта.

Цель сестринского процесса – удовлетворение 14 основных потребностей или тихая смерть в организме пациента, поддержка и нормализация самостоятельности пациента.

Сестринский процесс делится на 5 этапов:

Сбор информации о здоровье пациента;
сестринская диагностика;

Планирование ухода;

Осуществление планирования;

Оценка результатов оказанной помощи;

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	9стр. из 31

Сбор информации: Чтобы организовать индивидуальный, тщательно продуманный, научно обоснованный уход за больным, медицинской сестре необходимо четко знать, кто его пациент; В основе сестринского ухода лежит исследование 14 основных потребностей человека американского психолога А. Маслоу;

Сестринская диагностика: Понятие сестринского диагноза или сестринской проблемы впервые появилось в Америке в 50-х годах 20 века и было официально и юридически утверждено в 1973 году. В настоящее время список финских проблем, одобренный Американской ассоциацией медсестер, составляет 114 единиц;

Сестринский диагноз – это клиническое заключение медсестры, описывающее реакцию пациента на существующее или потенциальное заболевание и настроение, причину такой реакции;

Планирование: После постановки цели медсестра составляет план ухода за пациентом, то есть создание письменной инструкции, содержащей полный перечень специальных действий медсестры, необходимых для достижения цели ухода. медсестра подробно описывает ситуацию, что я могу сделать для пациента, чем могу помочь ему с данной проблемой, старается ответить на вопросы;

Реализация плана ухода: Медсестра реализует то, что написала на бумаге сама или с помощью технической медсестры. Сестринская деятельность предполагает 3 различных сестринских участия;

Действия медицинской сестры выполняются по просьбе или под контролем врача, например, введение антибиотиков каждые 4 часа, смена повязки, чистка желудка.

Действия, совершаемые медицинской сестрой добровольно и без требования врача.

Помощь пациенту в уходе за собой;

Наблюдение за реакцией пациента на его болезнь и адаптацию к ней;

Наблюдение за реакцией пациента на лечение и адаптацией к нему;

Обучение пациента методам лечения и ухода за собой;

Консультирование по вопросам здоровья пациента;

Давать указания по восстановлению повседневной активности и отдыха больного;

Планирование мероприятий по уходу с целью убедить больного в собственных силах и возможностях;

Организация свободного времени пациента;» /12/

Совместная работа с врачом или другим медицинским работником, например физиотерапевтом, диетологом или медицинским работником. Примеры включают реанимационные мероприятия.

Оценка результата ухода: Медсестра постоянно определяет качество и результат ухода за пациентом:

оценка успешности достижения цели;

проверить реакцию пациента на госпитализацию;

активный поиск и оценка новых проблем.

5 этапов сестринского процесса Итак, в медицинской практике выделяют 5 сестринских процессов:

1. Сестринский осмотр.
2. Сестринская диагностика, определение нарушений потребностей больного.
3. Определение и планирование целей сестринского ухода.
4. Выполнение плана сестринской диагностики.
5. Оценка и коррекция производительности.

ОНДҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	10стр. из 31

Эти пять этапов сестринского процесса позволяют систематизировать работу медицинской сестры, определить приоритетные направления, спланировать, реализовать и оценить их результаты вместе с пациентом. Первый этап предполагает сбор объективной и субъективной информации о пациенте. В этом случае его можно получить непосредственно от пациента или его родственников (друзей, коллег), а также из медицинских документов. Для общения с пациентом должна быть организована соответствующая среда, способствующая эффективному и надежному общению.

Субъективные данные – это общая информация (место работы, жалобы, социологические и психологические данные). Сбор объективной информации осуществляется инструментальными методами, а также с помощью органов чувств медицинского работника. Второй этап – диагностика. Чтобы понять, что такое сестринский диагноз, необходимо учитывать, что основным диагнозом занимается врач. Сестринский диагноз – это выявление состояния пациента, требующего вмешательства. Это могут быть как существующие проблемы, так и потенциальные проблемы (могут возникнуть в будущем). Третий этап – постановка целей и планирование ухода. Какой уход необходим? Сестринское дело – это вмешательство медицинской сестры в процесс лечения или восстановления с учетом приоритетных проблем пациента. Цели вмешательства могут быть краткосрочными (одна неделя или 2 недели) и долгосрочными. Персональный план работы создается исходя из поставленных целей.

Что входит в план ухода:

1. Обеспечение режима лечения и защиты.
2. Наблюдение за состоянием больного.
3. Подготовка больного к дополнительным методам обследования.
4. Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима.
5. Соблюдайте диетическую терапию.
6. Обеспечьте лечение от наркозависимости.
7. Консультации специалистов (по назначению врача).
8. Оказание психологической помощи.
9. Сестринская педагогика.
10. Оформление медицинской документации.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: Указана в силлабусе пункт 11. Учебные ресурсы

6. Контрольные вопросы:

1. Сестринский процесс
2. Цели и план сестринского вмешательства.
3. Безопасная помощь: цели, задачи и методы.

№3 лекция

1. Тема: Медицинская этика: понятие, основные принципы. Этические аспекты взаимоотношений врача с коллегами. Начальные клинические навыки и жизненно-важные показатели.

2. Цель: Объяснить медицинскую этику, научить основным принципам. Изложить этические аспекты взаимоотношений врача с коллегами. Дать объяснение понятиям начальные клинические навыки и жизненно-важные показатели.

3. Тезисы лекции:

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	11стр. из 31

Этика – наука о нравственности и ее социальном значении. Медицинская этика отражается на моральных качествах медицинских работников. Он включает в себя комплекс принципов, регламентирующих нормы поведения медицинских работников с учетом их особенностей и положения в обществе, а также учитывает взаимоотношения врача с пациентами и их родственниками, чистоту тела и души.

Составной частью медицинской этики является деонтология. Эта новая область науки появилась в начале XIX века (от греческого слова *deon* — соответствующий; *logos* — наука, знание). Термин деонтология вошел в обиход сравнительно недавно: в начале прошлого века английский философ И. Бентам придумал это название для науки о профессиональном поведении человека.

Медицинская деонтология включает морально-этические основы деятельности медицинских работников, требования к их духовным и личностным качествам, их ответственность перед обществом и народом, их взаимоотношения с больными, их родственниками и коллегами. Сюда входят проблемы профессионального роста врача, лечение с целью максимального удовлетворения желаний пациентов, организация деятельности учреждений профилактики заболеваний. Понятие «мастерство врача» не может замыкаться в оболочке технических методов. Это творческий процесс, который проявляется в форме интеллектуальной работы, которая называется «системой клинического мышления», разработанной врачом. То есть нечто, непосредственно связанное с поведением врача, уметь принять предстоящее ему заболевание, тщательно и полностью его обследовать, поставить соответствующий диагноз. Задача врача – помочь больному человеку, излечить его от болезни, восстановить трудоспособность, вмешаться в смерть. Для этого он должен не только любить свою профессию, но и постоянно совершенствовать свои профессиональные навыки. Эффективную помощь может оказать только врач, имеющий достаточный клинический опыт. Медицинская деонтология рассматривается как составная часть общественной морали и этики как отрасль знаний, изучающая моральные нормы медицинской службы. Контроль за выполнением деонтологических правил в действиях врача осуществляется морально-этическими нормами, общественным мнением. Эти правила основаны на совести и мировоззрении каждого врача, а не на официальных предписаниях. На них основана жизнеспособность деонтологических правил и эффективность контроля за ними. Иногда можно обойти положения закона, но обмануть или поколебать совесть практически невозможно.

Медицинская деонтология как часть науки о морали и этике тесно связана с социально-политическими и экономическими условиями, господствующей идеологией, а также уровнем научного и практического развития медицины.

Морально-этические вопросы взаимоотношений врача и пациента во время лечения являются важной отраслью деонтологии. Положительным или отрицательным будет первое впечатление о медицинском учреждении, зависит от медицинского работника, порядка работы и ситуации там. Обстановка и атмосфера в лечебном учреждении оказывают большое влияние на настроение пациентов и, в конечном итоге, на лечение.

Важна и общая ситуация в ведомстве. Если пациент увидит внимательно и внимательно работающего медицинского работника, он почувствует себя спокойнее и уверенно выйдет за порог. Если пациент видит не только высококвалифицированного специалиста, но и раскрепощенного, добросердечного человека, чувствует заботливое отношение, устанавливает с ним цельную связь, и это способствует выздоровлению лечения.

Хирургические отделения больницы отличаются от других отделений строгостью. Такая строгость, как правило, исходит из заботы о чистоте, принципов асептики и

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	12стр. из 31

антиセプтики. Конечно, чистота необходима везде, особенно в хирургии. Однако такую же чистоту можно поддерживать, украшая интерьеры мест проживания больных – палат, холлов и зон отдыха – приятно-красиво и тепло. В операционной, перевязочной, процедурном кабинете и т. д. В местах применения лечебных мероприятий необходимо строго соблюдать условия асептики и антисептики. А в других местах лучше создать оптимальную атмосферу и приблизить ее к нормальной домашней обстановке. Например, декоративные растения, аквариумы способны снять тревогу и депрессию больных, заставить их на мгновение забыть о болезни, поднять настроение. Чтобы пациенты, самостоятельно гуляющие, могли отдыхать и встречать посетителей, в красиво оформленном зале лучше всего постелить мягкий ковер, удобные диваны и кресла, низкие столики, цветы.

Помещения должны быть спроектированы таким образом, чтобы пациентам было удобно передвигаться и отдыхать, не беспокоясь, напоминая им об их привычной жизни. Помимо создания условий проживания, следует не забывать воздействовать на психику больных с эстетической и эмоциональной точки зрения, поднимать им настроение и освежать чувства.

Наряду с противомикробной асептикой в хирургии следует соблюдать и психологическую асептику; хотя он и не влияет непосредственно на прогрессирование раны, но может вызвать психогенную травму пациента. Пятна крови, гнойная вата и кусочки марли, оставленные предыдущими больными, могут оказывать негативное воздействие на пришедшего позже больного, вызывая у него возбуждение. Поэтому следующего пациента лучше вызывать после уборки помещения и приведения его в надлежащий порядок.

Как только пациент поступает в отделение, лечащий врач встретит его, проведет полное медицинское обследование, назначит лечение и отреагирует на его результаты. Поэтому лечащий врач знает все о больном человеке, его жизни и заключении, результатах диагностических обследований, его мыслях о своей болезни. В таких случаях, когда лечащий врач приходит в больницу, он становится самым близким человеком для больного человека, больной всецело доверяет ему и открыто делится своими тревогами и подозрениями.

Лечащий врач – это звено любого учреждения, репутация лезвия бритвы. Поэтому относиться к врачу с уважением и поддерживать его в достижении высокой репутации считается важной задачей как администрации больницы, так и руководства клиники. Конечно, лечащие врачи разные, они отличаются друг от друга по своим личностным и профессиональным характеристикам. Бывают случаи, когда некоторые из них присылают цитаты, и тогда может возникнуть необходимость объективно оценить их деятельность и даже назначить справедливое наказание. Но все это не должно навредить репутации палатных врачей, привлечь внимание пациентов. Это актуальное деонтологическое правило должно строго соблюдаться всеми и повсеместно, особенно руководителями поликлиник и больниц.

Медицинская тайна

Факт обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии здоровья гражданина, диагноз его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении, составляют врачебную тайну.

Кроме случаев, предусмотренных пунктами 3 и 4 настоящей статьи, не допускается разглашение лицами, которым известны сведения, составляющие медицинскую тайну, при выполнении учебных, профессиональных, служебных и иных обязанностей.

С согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим частным и (или) юридическим лицам в целях обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, использования этих сведений в образовательный процесс и для других целей.

ОНДҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	13стр. из 31

Разглашение медицинской конфиденциальной информации без согласия гражданина или его законного представителя в следующих случаях:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, который по состоянию своего состояния не способен выражать свою волю;
- 2) при возникновении опасности распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- 3) по требованию органов следствия и предварительного расследования, прокурора, адвоката и (или) суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства;
- 4) уведомлять законных представителей несовершеннолетнего или недееспособного лица при оказании медицинской помощи;
- 5) допускается при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен противоправными действиями.

Не допускается внесение и использование персональных данных, связанных с личной жизнью пациента, в автоматизированных базах данных без разрешения пациента.

Не допускается подключение автоматизированных баз данных личного характера к сетям, соединяющим их с другими базами данных, без согласия пациентов при использовании персональной информации, связанной с личной жизнью пациентов.

Этика очень важна в сфере медицины. Потому что необходимо соблюдать этические и моральные принципы общения между врачом и пациентом, врачом и врачом, врачом и медицинским персоналом, врачом и младшим персоналом, врачом и родственниками пациента. Изучить правила и модели общения врача и пациента, работать в команде, создать команду, добиться многих успехов, создав эту команду, быть лидером в команде. Активный или союзнический тип медицинских отношений дает возможность активного участия больного в лечебном процессе, развивает его самостоятельность и ответственность в выборе лечения. Эти отношения сотрудничества эффективны у пациентов, которые боролись с болезнью. Действия врача направлены на обдумывание, подготовку к самому принятию окончательного решения. Сначала врач может использовать свой стиль управления для создания отношений, а затем перейти к партнерским отношениям. Единый коллектив создается на основе общей цели, проблемы, понимания, что создает эмоциональную близость людей. В этом случае роль руководителя коллектива, то есть лидера, особенная.

Авторитет лидера в коллективе должен быть высоким, поскольку он считается частью общества, отражающей моральные качества человека в коллективе. Авторитет лидера и истинная человечность основаны на общей мысли окружающих людей, коллектива. Врач завоевывает доверие и репутацию своими знаниями, умениями, искренним желанием работать, находить пути решения различных проблем, хорошими взаимоотношениями с членами коллектива. В связи с этим авторитет авторитетного руководителя группы, несомненно, необходим каждому администратору.

Фальшивая дружба команде не нужна. Следует отметить, что при соответствующем моральном климате в коллективе жесткость не приносит членам коллектива трудностей.

Этические и правовые проблемы возникают во многих случаях в сфере медицины, в том числе: Социально-правовые и этические аспекты начала жизни человека, аборты, стерилизация, новые репродуктивные технологии, этико-правовые проблемы СПИДа, этико-правовые проблемы экспериментальной медицины, медицина, клиническая трансплантология и трансфузиология, этико-правовые проблемы, этико-правовые проблемы медицинской генетики и генной инженерии.

Отношения «медсестра-пациент»:

ОНДҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	14стр. из 31

Медицинская сестра обязана спокойно и четко общаться с пациентом. Грубый, грубый или слишком формальный разговор запрещен. К пациентам лучше обращаться на «Вы» и называть их имя и фамилию.

Запрещается стоять рядом с больным и обсуждать его диагноз, план лечения, рассказывать о здоровье других пациентов в палате.

Прежде чем приступить к сложным и болезненным процедурам, медсестра должна четко объяснить и успокоить пациента о сути, значении и необходимости этих процедур.

Взаимоотношения «медсестра – родственники (и родственники) больного»:

Необходимо сохранять выдержанность, спокойствие, невозмутимость и порядочность;

Лица, осуществляющие уход за сложными больными, должны разъяснить правильный порядок лечения и манипуляций;

Он должен говорить только в пределах своей компетенции (обращаться к врачу, а не рассказывать о болезни и прогнозе больного);

Он должен спокойно отвечать на вопросы, терпеливо обучать правилам правильного ухода за сложным больным.

Отношения между «Медсестрой-Врачом»:

Во время собеседования запрещено грубо разговаривать;

Прием врача должен осуществляться своевременно, четко и профессионально;

Срочное уведомление врача о резких изменениях состояния здоровья пациента;

В случае возникновения сомнений во время применения назначенного медикаментозного лечения пациенту следует вежливо обсудить ситуацию с врачом в его отсутствие.

Отношения между медсестрами:

нельзя допускать грубости и грубости при работе с коллегами;

Любые предупреждения следует произносить вежливо в отсутствие пациента;

Опытным медсестрам необходимо наставлять молодых специалистов;

Они должны помогать друг другу в трудных ситуациях.

Отношения между «сестрой-младшим медицинским работником»:

они должны уважать друг друга;

необходимо вежливо контролировать работу младшего медицинского работника;

Невежливость, грубость, высокомерие не допускаются;

Предупреждения не следует делать перед пациентами и посетителями.

Начальные клинические навыки и жизненно-важные показатели.

4. Иллюстрационный материал: презентация

5. Литература: Указана в силлабусе пункт 11. Учебные ресурсы

6. Контрольные вопросы:

1. Основные принципы медицинской этики.
2. Этические аспекты взаимоотношений врача с коллегами.
3. Отношения «медсестра-пациент»

№4 лекция

1. Тема: Коммуникативная культура, способность, компетентность. Основные принципы эффективного общения с пациентом, членами его семьи, коллегами.

2. Цель: Научить культуре общения с больным, членами семьи больного, основным принципам эффективного общения с коллегами, видам общения.

3. Тезисы лекции:

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	15стр. из 31

Виды общения и основные роли.

Ключевыми для понимания смысла общения являются следующие слова: общение, контакт, взаимодействие, обмен, сочетание.

Общение как социально-психологическое явление можно определить словом контакт, то есть прикосновение. Контакт между людьми происходит посредством языка и разговора. Разговор является основным способом общения, его можно рассматривать как объективацию человеческого разума посредством определенных систем. Некоторую информацию мы можем сообщить посредством специальных знаков, точнее, через систему знаков. Существует несколько знаковых систем, используемых в коммуникативном процессе, согласно которым можно создать классификацию коммуникативного процесса. Появление речи выступает как одна из форм проявления сознания и как одна из высших психических функций человека, претерпевшая сложные этапы развития на филогенетическом и онтогенетическом уровнях. Манера речи определяет мировоззрение человека, его культуру. Качество речи зависит от содержания, связи и гармонии высказываний. Содержание связано с информацией, связь связана с составом эмоционального контекста, который человек вносит в речь: эффект определяется влиянием речи на окружающих. Например, нам необходимо оценить социально-психологическое качество речи говорящего. В этом случае необходимо определить, насколько информативна его информация, интересна ли она самому говорящему и влияет ли его сообщение на других людей. Общение происходит посредством языка. Язык — это хорошо известная система, передающая информацию в той или иной форме кода. В современном обществе существует множество известных систем, но с развитием компьютерных коммуникаций вполне ясна тенденция некоторой их интеграции.

Основные коммуникационные стратегии.

Концепция общения. Типы отношений, формы внешности. Основные свойства отношений, общие закономерности. Механизмы связи. Стили и способы общения. Описание коммуникативного аспекта взаимоотношений. Описание перцептивной границы общения. Описание интерактивной стороны общения. Услуги связи. Императивное общение, манипулятивное общение. Личность и отношения. Культура общения. Общительность. Умение общаться является характеристикой личности учителя.

Требования к отношениям. Коммуникационный тренинг. Общий характер человеческих отношений. Коммуникация и ее функции Коммуникация, прагматическая функция; деятельность по формированию и развитию; служба подтверждения; организация и поддержка межличностных эмоциональных отношений; внутриличностное обслуживание. Типы взаимоотношений между личностями: императивные, манипулятивные, диалогические, духовные, деловые, формально-ролевые отношения. Способы общения: речь, жест, мимика, пантомима, интонация, ритм слова. Описание понятий, связанных с общением. Коммуникабельный, коммуникабельный и осведомленный, коммуникативный и т. д. Общение бывает стратегическим и тактическим. Формы коммуникации: прямой обмен, косвенный обмен, межличностный обмен, массовый обмен, личный обмен, разделение ролей.

Соотношение категорий «отношения» и «действие-действие» в психологической науке. Содержание и структура общения. Многообразие форм человеческого общения и их механизмов. Структура коммуникативного процесса. Виды общения, способы общения и условные обозначения. Вербальная и невербальная части общения. Паралингвистическая и экстралингвистическая системы знаков. Кодификация информации. Исследование развития коммуникативных навыков с использованием социально-психологических методов. Особенности коммуникативного процесса между людьми, развитие и увеличение сообщения в ходе «Движения», активная позиция партнеров в коммуникативном процессе, осмысленная

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	16стр. из 31

интерпретация сообщения, виды общения. Структура языкового порядка. Понимание социально-психологических закономерностей языкового общения. Понятие тезауруса. Тип коммуникативного барьера. Проблема языкового сознания – это сознание личности. Тест как социальный субъект: законы формирования, механизм восприятия, интерпретационный подход. Языковой стереотип и языковой этикет. Место языковых правил. Понятие неверbalного общения. Общая характеристика основной структуры невербального порядка как фактора коммуникативного процесса. Организация общения в пространстве и времени. Невербальное общение является уникальным индикатором внутригруппового взаимодействия и влияния. Многогранность человеческой индивидуальности проявляется не только в профессиональной деятельности, но и в отношениях с другими людьми – реальными, гипотетическими, житейскими и конфликтными. По мнению К. Хорни, человек с детства предназначен для других людей.

личные ориентации, выработайте три основные стратегии и затем следуйте им: эти люди направленное движение, в котором главное – любовь с других сторон, и другие цели будут зависеть от желания его оправдать; против людей ориентированное движение, в котором преобладает «философия джунглей»: это жизнь постоянная борьба за выживание, в том числе с другими людьми; наконец, характеризуется необходимостью бегства от людей, независимостью и неприкосновенностью, отвергает различные проявления борьбы, но в то же время препятствует адаптации человека. приносит

В современной социальной психологии стратегии взаимодействия часто определяет исходя из мотивов, которые движут отношениями, в том числе бытовыми выделяет следующее в организации коммуникаций:

1. Сотрудничество (мотив максимизации общего выигрыша)
2. Индивидуализм (мотив максимизации собственной выгоды)
3. Конкуренция (мотив максимизации прибыли).
4. Альтруизм (мотив максимизации выгоды других)
5. Агрессия (мотивация минимизировать выгоду других)
6. Равенство (мотивация минимизировать разницу в выигрышах)

Эти стратегии определяют направление коммуникации и приближают ее результат.

шоу; для целей общения мотивы его участников взаимоисключающие подойдет, если дополнит, и стратегии индивидуализма и агрессии будет неудобно. В случае конфликта мотивы его участников приводят к разным результатам. определяет конкретные стратегии агрессивного поведения. Это знание соотношение собственных и других (коллективных) интересов на территории отличается

конфликтное поведение, такое как конкуренция, сотрудничество, компромисс, избегание и адаптация.

К., который выделил 5 типов поведения. Классификация Томаса более популярна является

Человек, избегающий конфликта, — это чужая выгода ценой собственных потерь.

Это видно в случае попытки избежать конфликта, сведя его к минимуму.

(«Не позволяй никому заполучить это!» — девиз уклончивого человека). Сопротивление – это стратегия «перетягивания каната», где каждая победа кажется недостаточной, побед много однако участники будут стремиться к победе. Отступление – к цели партнера добиться, отказаться от каких-либо требований, эта жертва саморазрушительна стратегия. Сотрудничество – мотив конкуренции или людей

ОНДҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	17стр. из 31

что позволило реализовать мотив сотрудничества согласно социальному поведению стратегия. Компромисс (тактическое отступление ради стратегической выгоды) более продуктивен.

это стратегия, потому что больше, чем упомянутые выше, к конфликту приводит к хорошему настроению участников и улучшению их дальнейших отношений. В то же время он наиболее сложен в реализации.

Норма разговора с пациентом

1. Врач обязан спокойно и ясно общаться с пациентом. Запрещается разговаривать грубо, вульгарно или слишком официально. К пациентам следует обращаться на «Вы» и по имени или фамилии.
2. Запрещается обсуждать диагноз пациента, план лечения, а также рассказывать о плане лечения других пациентов.
3. Прежде чем приступить к сложному и болезненному лечению, врач должен четко объяснить суть, смысл и необходимость этого лечения и успокоить больного.

Отношения между родственниками врача-пациента:

1. Необходимо сохранять сдержанность, терпение, спокойствие и порядочность;
2. Лицам, осуществляющим уход за сложными больными, следует разъяснить порядок лечения и манипуляций;
3. Собеседование только в пределах своей компетенции "со ссылкой на врача, не рассказывая о болезни и состоянии пациента"
4. Необходимо спокойно отвечать на вопросы, терпеливо обучать правилам правильного ухода за сложным больным.

Отношения врача и медсестры

1. В ходе работы с коллегами не следует допускать грубости и грубости;
2. Любые предупреждения следует произносить вежливо в отсутствие пациента;
3. Опытные медицинские сестры должны оказывать наставническую помощь молодым специалистам;
4. Они должны помогать друг другу в трудных ситуациях.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: Приложение №1

6. Контрольные вопросы:

1. Общение, культура.
2. Отношения врача и пациента.
3. Отношения между врачом и медсестрой.

№ 5 лекция

1. Тема: Задачи и принципы медицинского права. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

2. Цель: Формирование у обучающихся системного представления о медицинском праве как самостоятельной отрасли права, раскрытие его основных задач и принципов, а также изучение правовых основ реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи.

3. Тезисы лекции:

Права пациентов

Статья 76. Гарантия прав в сфере здравоохранения

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	18стр. из 31

1. Государство гражданам Республики Казахстан:

- 1) равный доступ к медицинской помощи;
- 2) качество медицинской помощи;
- 3) качество лекарственного обеспечения;
- 4) доступность, эффективность и безопасность лекарственных средств;
- 5) проводить мероприятия по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни и правильного питания;
- 6) свобода репродуктивного выбора, сохранение репродуктивного здоровья и сохранение репродуктивных прав;
- 7) гарантирует санитарно-эпидемиологическое здоровье.

3. Республика Казахстан гарантирует защиту гражданам Республики Казахстан от любых форм дискриминации и стигматизации по причине наличия каких-либо заболеваний и состояний.

Статья 77. Права граждан Республики Казахстан

1. Граждане Республики Казахстан:

- 1) на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- 2) быть обеспеченными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования;
- 3) свободно выбирать врача и медицинскую организацию;
- 4) на получение лечебного питания, если больной находится на лечении в стационаре;
- 5) дополнительная медицинская помощь сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования за счет собственных средств, средств организаций, системы добровольного медицинского страхования и иных источников в соответствии с законодательством Республики Казахстана;
- 6) получать медицинские и иные услуги на платной основе;
- 7) получать медицинскую помощь за пределами Республики Казахстан в порядке, определяемом уполномоченным органом, за счет бюджетных средств при наличии показаний;
- 8) получать и выдавать соответствующие документы, удостоверяющие факт временной нетрудоспособности, в соответствии с законодательством Республики Казахстан;
- 9) от государственных органов, организаций и лечащих врачей в пределах их компетенции методы профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, клинические исследования, факторы, влияющие на здоровье, в том числе состояние среды обитания, труда, условий проживания и отдыха, правильного питания и получать четкую информацию о безопасности пищевых продуктов без компенсации и на регулярной основе;
- 10) получать информацию о безопасности, эффективности и качестве реализуемых лекарственных средств и изделий медицинского назначения от государственных органов, независимых экспертных организаций и субъектов в сфере обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
- 11) защита конфиденциальной информации медицинского работника;
- 12) в соответствии с законодательством Республики Казахстан возмещать вред, причиненный их здоровью при оказании медицинской помощи;
- 13) защита своих прав и законных интересов в сфере здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан;
- 14) обжаловать действия (бездействие) медицинских и фармацевтических работников в порядке, установленном законами Республики Казахстан;
- 15) в случае несогласия с заключениями государственной медицинской экспертизы подать в вышестоящие органы ходатайство о привлечении независимых экспертов;

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	19стр. из 31

- 16) добровольно выразить волю о возможности выступать донором;
- 17) выразить волю о согласии или отказе от получения от себя тканей (частей тканей) и (или) органов (частей органов) в целях трансплантации после смерти в порядке, установленном настоящим Кодексом;
- 18) давать или отказывать информированное согласие на лечение и другие медицинские вмешательства, включая профилактические прививки;
- 19) платить вместе;
- 20) получать обезболивающее лечение при лечении неизлечимых хронических заболеваний;
- 21) получать информацию о состоянии здоровья, в том числе о результатах медицинских осмотров, диагностике и прогнозе заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинских вмешательств, их последствиях и результатах оказания медицинской помощи. уход в доступной форме;
- 22) включая сведения о профилактике заболеваний, факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него негативное влияние, санитарно-эпидемиологическом здоровье, состоянии окружающей среды, потенциальной опасности выполняемых работ и услуг для здоровья человека, рациональных нормах питания, продукции, товаров и имеет право получать четкую и своевременную информацию о качестве и безопасности предоставляемых услуг;
- 23) имеет иные права в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

1-1. Инвалиды (инвалиды) имеют право на получение приоритетной помощи в организациях здравоохранения.

2. Женщины имеют право свободно выбирать современные методы предотвращения нежелательной беременности и решать вопрос материнства в целях планирования семьи и сохранения собственного здоровья.

Право граждан на защиту материнства:

- 1) проведение медицинских осмотров женщин репродуктивного возраста, динамического наблюдения и реабилитации;
- 2) лечение основных заболеваний, непосредственно влияющих на репродуктивное здоровье женщины и здоровье ребенка, при поступлении пациента в стационар по уходу за ребенком проводится по медицинским показаниям.

Статья 79. Права граждан Республики Казахстан и семьи в области защиты репродуктивных прав

1. Граждане Республики Казахстан:

- 1) свободный выбор воспроизведения;
- 2) на получение услуг по репродуктивному здоровью и планированию семьи;
- 3) получать четкую и полную информацию о своем репродуктивном здоровье;
- 4) лечение бесплодия, в том числе с использованием современных вспомогательных методов и технологий репродукции, разрешенных в Республике Казахстан;
- 5) для предотвращения нежелательной беременности;
- 6) безопасность материнства;
- 7) донорство половых клеток, тканей репродуктивных органов;
- 8) использовать и свободно выбирать методы контрацепции;
- 9) хирургическая стерилизация;
- 10) искусственное прерывание беременности;
- 11) защита их репродуктивных прав;
- 12) свободно принимать решение о количестве детей и времени их рождения в браке или вне брака, интервалах между родами, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка;

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	20стр. из 31

13) имеет право сохранять половые клетки, ткани репродуктивных органов, эмбрионы в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

2. Граждане обязаны защищать права, свободы и законные интересы других людей при реализации своих репродуктивных прав.

3. Консультации граждан по вопросам планирования семьи по медицинским показаниям, при наличии заболеваний, имеющих социальное значение и заболеваний, угрожающих окружающим, медико-психологических аспектах семейно-брачных отношений, а также в медицинских организациях в целях профилактики возможных наследственных и врожденных заболеваний. заболеваний у потомства - имеет право на генетические и другие консультации и исследования.

4. За исключением случаев срочных родов, с учетом состояния здоровья женщины и с ее согласия, при наличии в родильных организациях соответствующих условий (частные родильные залы) и отсутствии у отца или другого члена семьи инфекционных заболеваний. отцу ребенка или другому члену семьи предоставляется право присутствовать при рождении ребенка. Осуществление такого права осуществляется на безвозмездной основе.

5. Граждане Республики Казахстан, инфицированные ВИЧ-инфекцией, имеют право усыновлять детей наравне с другими гражданами Республики Казахстан в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

6. Граждане Республики Казахстан, инфицированные ВИЧ, имеют право использовать вспомогательные репродуктивные методы и технологии в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Статья 80. Обязанности граждан Республики Казахстан

Граждане Республики Казахстан:

1) брать на себя солидарную ответственность за заботу о своем здоровье, сохранении и укреплении личного и общественного здоровья;

2) уплачивать взносы на обязательное социальное медицинское страхование в соответствии с Законом Республики Казахстан "Об обязательном социальном медицинском страховании";

3) проходить профилактические медицинские осмотры, скрининговые обследования;

4) выполнять назначения медицинских работников, связанных с личным и общественным здоровьем;

5) интересоваться процессом управления своим здоровьем, в том числе участвовать в программах ведения хронических заболеваний, получать информацию о заболевании и методах его лечения, возможных рисках и осложнениях;

6) информировать медицинский персонал об индивидуальных особенностях своего организма;

7) принимать меры предосторожности по охране своего здоровья и здоровья окружающих, проходить обследование и лечение по требованию субъектов здравоохранения, информировать медицинский персонал о наличии инфекционных и иных заболеваний, представляющих угрозу для окружающих вокруг него;

8) Обязан соблюдать законодательство Республики Казахстан в области здравоохранения.

Граждане Республики Казахстан, страдающие заболеваниями, представляющими угрозу для окружающих, за исключением ВИЧ-инфекции, в случае уклонения от обследования и лечения подлежат обязательной сертификации и лечению в соответствии с настоящим Кодексом и законами Республики Казахстан .

Отношения врача с родственниками пациента

Донесение печальной ситуации до семьи больного – как диагноз заболевания, так и его прогноз интересуют госпитализированных больных и их родственников. После того, как диагноз больного полностью ясен, необходимо немедленно проинформировать семью

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	21стр. из 31

больного о заболевании больного. Семья больного должна быть подготовлена заранее. Грустную информацию не следует сообщать по телефону. Члены семьи могут захотеть узнать больше о болезни, и в этом случае необходимо рассказать все, не скрывая правды.

- Перед разговором врач должен выбрать комнату, где вас никто не побеспокоит, а телефон во время разговора лучше выключить. Члены семьи пациента могут проявить интерес, когда узнают печальные новости, поэтому врач беспокоится о его безопасности. должен быть обеспечен.

4.Иллюстративный материал: презентация

5.Литература: Указана в силлабусе пункт 11. Учебные ресурсы

6. Контрольные вопросы:

1. Что такое медицинское право и какова его роль в правовой системе Республики Казахстан?
2. Какие основные задачи медицинского права выделяются в РК?
3. Какие общественные отношения регулирует медицинское право?
4. Перечислите принципы медицинского права, закреплённые в законодательстве РК.
5. Какой из принципов медицинского права обеспечивает уважение к личности пациента?

№6 лекция

1. Тема: Современное здравоохранение и медицина РК. Медицинское страхование.

2. Цель: научить тому, как развивается современная медицина и здравоохранение в Республике Казахстан, методы медицинского страхования.

3. Тезисы лекции:

Работа в области здравоохранения в Республике Казахстан осуществляется в соответствии с Конституцией Республики Казахстан, Законом «О здравоохранении граждан Республики Казахстан», государственной программой «Здоровье населения». предоставление государственной гарантии медико-социальной, лекарственной помощи; ответственность за контроль их реализации; социальная защита граждан, утративших здоровье, социальная справедливость и равенство получения медицинской помощи в рамках гарантированной медицинской помощи. Численность врачей всех специальностей в республике составляет 50,6 тысяч или 33,9 врачей на каждые 10 тысяч жителей. Численность медицинских работников среднего возраста составляет 104,4 тыс. человек (74,1 на 10 тыс. населения). 6 профильных высших учебных заведений готовят высококвалифицированные медицинские кадры. Все областные центры и крупные города готовят медицинских работников среднего звена.

В Казахстане лечебно-профилактические услуги жителям оказываются через регионально распределенные формы здравоохранения. В 1999 году количество учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению, составило 3057, количество женских консультаций, детских поликлиник и частных поликлиник - 1738. Увеличилось количество учреждений, оказывающих стоматологическую помощь жителям. В 1990 году в республике действовало 88 частных стоматологических клиник, сейчас их число увеличилось в 3 раза, а их число достигло 243. Также стоматологические услуги населению оказывают 1042 стоматологических кабинета.

В 90-х годах 20 века начала широко распространяться частная медицина. Санитарные, медицинские, фельдшерско-акушерские пункты имеются на крупных предприятиях и в учреждениях, в сельских поселениях. В республике действуют крупные специализированные медицинские центры по лечению различных заболеваний (в основном в областных центрах, а

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	22стр. из 31

также в Астане и Алматы). В последние годы в городах Кызылорда и Жезказган открыты крупные медицинские центры, оснащенные новым современным оборудованием, которые оказывают помощь жителям экологически неблагополучных регионов страны. В 1990 году в Казахстане действовало 440 санаториев и других учреждений здравоохранения. У них было 64 000 мест;

В процессе реализации сферы здравоохранения в сфере здравоохранения были внедрены элементы рыночных механизмов, осуществлен трансфер современных медицинских технологий. Государственная программа «Здоровье» на 2016-2019 годы направлена на закрепление и развитие достигнутых результатов, решение проблем в сфере здравоохранения по новым критериям и стала основой планового развития отрасли до 2025 года. Реализация программы способствовала стабильности и планомерному развитию социально ориентированной национальной системы здравоохранения в соответствии с основными принципами массового охвата населения, социальной справедливости, оказания качественной медицинской помощи в соответствии с основными принципами Стратегии политики Всемирной организации здравоохранения. Ожидаемая продолжительность жизни достигла 73,15 года (план 2019 года – 73,13 года). В 2018 году индекс здоровья составляет 0,818 (план на 2019 год – 0,815). Уровень удовлетворенности жителей качеством медицинской помощи в 2018 году составил 47,84% (план 2019 года – 48%).

Реализованы меры по регулированию цен на лекарственные средства, внедрению этического продвижения медицинских изделий, оценке технологий здравоохранения, расширению перечня бесплатных амбулаторных лекарств, совершенствованию формульной системы.

Оптимизация медицинской инфраструктуры

Предусмотрено оптимизировать государственную инфраструктуру здравоохранения путем объединения и интеграции медицинских организаций. На республиканском уровне в соответствии с Посланием Главы государства до 2025 года будет осуществлена интеграция существующих научно-исследовательских организаций здравоохранения в университетские клиники.

В целом в рамках оптимизации государственной инфраструктуры основной акцент будет сделан на высвобождении и перераспределении ресурсов, которые неэффективно используются в госпитальном секторе, т.е. оптимизации лечебно-диагностических процессов для оказания необходимой медицинской помощи населению (ОРИТ, реабилитация), паллиативная помощь и др.), осуществляется некоторая централизация и децентрализация медицинских услуг. Реализация данных мер позволяет дифференцировать и управлять коечный фондом в соответствии с курсом лечения, а также обеспечить системное развитие амбулаторной, стационарно-заместительной, стационарной и реабилитационной медицинской помощи. Новым Государственным регламентом предусмотрены следующие изменения:

На районном уровне амбулатории будут открываться на каждые 1500 обслуживаемых жителей (вместо 2000 человек). Настройки остальных объектов сохраняются. Рассмотрена консолидация медицинской помощи в госпитальном секторе на двух уровнях: районных и межрайонных больницах.

Например, на базе ряда районных больниц будут организованы межрайонные больницы, благодаря которым сельским жителям станет доступна малая специальная медицинская помощь (урология, неврология).

На городском и областном уровнях планируется открыть участки врачей общей практики (далее – врач общей практики) с обслуживаемым количеством жителей 1500 человек. Особое внимание уделяется минимизации первичного участка за счет открытия центров первичной

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	23стр. из 31

медицинско-санитарной помощи. Консультативно-диагностическая помощь будет сосредоточена на уровне больничных организаций, на базе многопрофильных больничных организаций будут развиваться специальные центры.

План действий по управлению общественным здравоохранением на 2018-2021 годы

План предусматривает реализацию мероприятий по межведомственному взаимодействию, в том числе по здоровому образу жизни и правильному питанию, профилактике поведенческих факторов риска, направленных на снижение бремени неинфекционных заболеваний и укрепление здоровья населения.

В рамках госпрограммы реализуется план мероприятий на 2018-2021 годы по активизации сотрудничества и развитию общественного здравоохранения. Разработана и внедрена система оценки деятельности служб общественного здравоохранения. Принимаются активные меры противодействия незаконному обороту наркотических средств, курительных и некурительных табачных изделий.

В целях снижения количества соли в продуктах питания подписан меморандум с Национальной палатой предпринимателей РК «Атамекен» и казахстанскими производителями. В рамках пропаганды здорового образа жизни активно проводятся массовые мероприятия. Продолжается реализация национального календаря прививок против 21 инфекции. Иммунизация населения достигла 97%. Местные исполнительные органы, образовательные организации, а также неправительственный сектор на системной основе привлекаются к реализации программ укрепления здоровья. Подписан ряд меморандумов о взаимопонимании с международными и национальными неправительственными и коммерческими организациями, среди них ПБ «Нур Отан», ОФ «Темекисиз», проект сексуального образования «Uyatemes.kz», а также ряд медицинских университетов.

Для методического и технического обеспечения совершенствования здравоохранения осуществляется сотрудничество со Всемирной организацией здравоохранения, Детским фондом ООН и Фондом народонаселения ООН.

Началась реализация нового проекта «Здоровые города и регионы выбирают здоровье», в рамках которого планируется расширить сотрудничество с населением, местными исполнительными органами, бизнесом и неправительственным сектором для улучшения инфраструктуры и создания безопасной и благоприятной среды для поддержания и укрепления здоровья.

В целях профилактики поведенческих факторов риска заболеваний были приняты межведомственные меры, в том числе экономического (поэтапное повышение акцизов на табачные изделия, совершенствование правил реализации табачных изделий по опыту развитых стран; запрет косвенной рекламы табачной индустрии), чистота некурящих, обеспечение защиты прав на воздух (расширение зоны запрета на курение в общественных местах), пропагандистская работа, активизация информационного освещения по пропаганде здорового образа жизни. В целях юридического подтверждения солидарной ответственности граждан за собственное здоровье проект Кодекса Республики Казахстан «О здоровье населения и системе здравоохранения» направлен на повышение солидарной ответственности за охрану здоровья не только граждан, но и самих граждан. работодатели, в частности - не отправлять на работу лиц, не прошедших обязательный медицинский осмотр и профилактический осмотр, донорам создать условия для прохождения профилактического медицинского осмотра и т. д. б. предусмотрены направленные нормы.

Что такое обязательное социальное медицинское страхование?

Система обязательного социального медицинского страхования – это государственная система защиты социальных интересов в сфере здравоохранения.

ОНДҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	24стр. из 31

Система обязательного социального медицинского страхования гарантирует равный доступ к медицинской и фармацевтической помощи гражданам Казахстана независимо от пола, возраста, социального статуса, места жительства и доходов.

AMS гарантирует оплату медицинской помощи при наличии у пациента страхового полиса.

Какие виды услуг могут получать участники системы МАМС?

Застрахованные граждане могут получить следующие виды услуг: амбулаторно-клиническую помощь (первичную медико-санитарную, консультативно-диагностическую помощь), стационарную помощь, стационарную заместительную помощь, высокотехнологичные медицинские услуги. При оказании амбулаторно-клинической, стационарной и стационарнозамещающей помощи предусмотрено обеспечение лекарственными средствами в системе обязательного социального медицинского страхования.

Что дает обязательное медицинское страхование гражданину Республики Казахстан?

МНС обеспечивает всем гражданам Республики Казахстан, независимо от пола, возраста, места жительства и социального положения, равные возможности получения медицинской помощи, оказываемой за счет средств МНС, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования (ОМС).

Как создаются средства фонда МАМС?

Финансовые средства системы МАС формируются за счет страховых взносов работодателей, работников, граждан, а также выплат из государственного бюджета социально слабой категории населения и неработающим.

Например, с 1 января 2017 года государство будет платить 4% социально незащищенной части населения, в 2018 году — 5%, 6% в 2023 году, 7% в 2024 году. Взносы работодателей с 1 января 2017 года составят 2%, в 2020 году этот показатель составит 5%. Стоимость взносов индивидуальных предпринимателей, частных нотариусов, частных судебных исполнителей, адвокатов, профессиональных медиаторов, частных лиц, получающих доход по гражданско-правовым договорам, подлежит уплате в фонд с 1 января 2017 года - 2%, с 1 января 2018 года - 3%, с 1 января 2019 г. С 1 января - 5%, с 1 января 2020 г. - 7%.

За кого государство платит взносы в Фонд социального страхования?

Согласно закону «О социальном обеспечении», от уплаты взносов, которые платят государство, освобождены 15 категорий граждан: дети, многодетные матери, инвалиды, безработные, студенты, граждане, беременные женщины, пенсионеры, военнослужащие, , сотрудники специальных государственных органов и правоохранительных органов и другие.

Каковы преимущества внедрения СЭМ для медицинских работников?

MAS реализуется наряду с сопутствующими мерами, которые демонстрируют высокий уровень автономии, такими как приватизация части поставщиков медицинских услуг и передача некоторых поставщиков услуг в частную собственность. Все эти меры способствуют расширению возможностей гибкого управления средствами, в том числе уровнем заработной платы, в медицинских организациях.

Также в случае с МУМС возрастаёт конкуренция за пациента, что является стимулом к повышению уровня заработной платы и улучшению условий труда. Предполагается, что зарплата медицинских работников будет постепенно увеличиваться по сравнению со средней зарплатой в экономике. Заработная плата работников первичной медико-санитарной помощи будет повышаться поэтапно в связи с увеличением доходов первичной медико-санитарной помощи по сравнению с текущим финансированием.

Как происходит отбор поставщиков медицинских услуг в случае скорой медицинской помощи?

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	25стр. из 31

Выбор поставщика услуг очень понятен и происходит в два этапа. Критерии выбора поставщика услуг будут едиными. При приобретении услуг медицинской помощи в системе медицинского обслуживания приоритет отдается субъектам здравоохранения, прошедшим аккредитацию в области здравоохранения, а также имеющим трехлетний непрерывный стаж оказания соответствующей медицинской помощи. Участие в медицинских организациях не ограничено

4. Иллюстративный материал: презентация

5.Литература: Указана в силлабусе пункт 11. Учебные ресурсы

6. Контрольные вопросы:

1. Государственная программа развития здравоохранения в Республике Казахстан.
2. Реформа системы здравоохранения.
3. Государственная программа развития здравоохранения в Республике Казахстан.
4. Система медицинского страхования Республики Казахстан.

№7 лекция

1. Тема: Конфиденциальность и защита персональных данных в медицинской практике.

2. Цель: сформировать у обучающихся понимание значения конфиденциальности медицинской информации, изучить правовые основы защиты персональных данных пациентов, а также научиться применять нормы законодательства Республики Казахстан в сфере охраны врачебной тайны и обеспечения информационной безопасности в медицинской деятельности.

3. Тезисы лекции:

В медицинской практике конфиденциальность информации о пациенте — один из ключевых принципов. Сохранение врачебной тайны укрепляет доверие между пациентом и медработником, а также способствует обеспечению этических и правовых норм в системе здравоохранения.

В условиях цифровизации медицины (электронные карты, базы данных, телемедицина) вопросы **защиты персональных данных** становятся особенно актуальными.

2. Понятие конфиденциальности и врачебной тайны

- **Конфиденциальность** — это ограничение доступа к информации о пациенте, допуская его только для уполномоченных лиц.

Врачебная тайна — это сведения о состоянии здоровья, диагнозе, результатах обследований, методах лечения, личной жизни пациента, ставшие известными медицинскому работнику в процессе выполнения им профессиональных обязанностей.

3. Персональные данные пациента

Согласно **Закону РК «О персональных данных и их защите»**, персональные данные — это любые сведения, относящиеся к определённому или определяемому субъекту персональных данных.

В медицине персональными данными считаются:

- Ф.И.О., дата рождения, ИИН;
- Адрес проживания, контактные данные;
- Информация о состоянии здоровья (анамнез, диагноз, лечение);
- Биометрические и генетические данные;
- Сведения о посещении медучреждений и полученной помощи.

4. Нормативно-правовое регулирование

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	26стр. из 31

Основные акты, регулирующие защиту персональных данных и врачебной тайны в Республике Казахстан:

- **Конституция РК**, статья 18 — каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни и защиту персональных данных.
- **Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (№360-VI от 7 июля 2020 г.)** — содержит положения о врачебной тайне, праве на информированное согласие и обязанности по защите данных.
- **Закон РК «О персональных данных и их защите» (№94-V от 21 мая 2013 г.)**
- **Закон РК «Об информации»**
- Подзаконные акты Министерства здравоохранения (в том числе приказы и стандарты по безопасности ИС)

5. Порядок обработки и защиты персональных данных

Медицинская организация обязана:

- Получать **письменное согласие** пациента на сбор, хранение, обработку и передачу его данных;
- Обеспечивать **безопасность** информационных систем, в которых хранятся данные (например, DAMUMED, электронные карты);
- Назначать **ответственных за защиту персональных данных** сотрудников;
- Предотвращать **несанкционированный доступ** к меддокументации;
- Проводить обучение сотрудников по вопросам конфиденциальности.

6. Раскрытие врачебной тайны: когда это допустимо

Согласно Кодексу РК, раскрытие врачебной тайны **без согласия пациента** допускается только в следующих случаях:

- При угрозе жизни и здоровью других лиц (например, инфекционные заболевания);
- По запросу органов дознания, следствия, прокуратуры, суда — в рамках их полномочий;
- В случае необходимости оказания помощи пациенту, находящемуся в бессознательном состоянии;
- Для защиты прав и законных интересов третьих лиц;
- При проведении эпидемиологических и санитарных расследований.

7. Ответственность за нарушение конфиденциальности

Медицинские работники, нарушившие конфиденциальность, несут **дисциплинарную, административную, гражданскую или уголовную ответственность**.

Примеры:

Статья 147 Уголовного кодекса РК — нарушение неприкосновенности частной жизни.

Статья 79 Кодекса РК о здоровье — нарушение прав пациента.

Дисциплинарные взыскания в виде выговоров, увольнения.

Штрафы по административным статьям.

8. Права пациента в области персональных данных

Пациент имеет право:

- Знать, какие данные о нём собираются;
- Требовать внесения исправлений в случае ошибки;
- Ограничить или запретить передачу своих данных;
- Отозвать согласие на обработку;
- Обжаловать действия, нарушающие его право на конфиденциальность.

9. Особенности защиты данных в условиях цифровизации

ОНДҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	27стр. из 31

С развитием **электронного здравоохранения** особое значение приобретают меры по кибербезопасности:

1. Использование защищённых каналов передачи данных;
2. Хранение информации на защищённых серверах;
3. Идентификация и авторизация пользователей;
4. Регулярные проверки безопасности ИС (DAMUMED, eGov, медицинские архивы).

10. Заключение

Конфиденциальность и защита персональных данных в медицине — неотъемлемая часть профессиональной этики и законодательства. Соблюдение этих норм необходимо не только для юридической безопасности медицинского персонала, но и для сохранения доверия пациентов и эффективной работы системы здравоохранения.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: Указана в сллабусе пункт 11. Учебные ресурсы

6. Контрольные вопросы:

1. Что такое конфиденциальность в медицинской практике?
2. Что включает в себя понятие «врачебная тайна» согласно законодательству РК?
3. Какие данные считаются персональными в медицинской сфере?
4. Какие категории персональных данных пациента подлежат защите?

№8 лекция

1. Тема: Правовые аспекты лицензирования и сертификации медицинской деятельности в РК.

2. Цель: Изучить правовые основы лицензирования и сертификации медицинской деятельности в Республике Казахстан, сформировать у обучающихся представление о требованиях, порядке и условиях получения лицензий и сертификатов, а также об ответственности за осуществление деятельности без соответствующего разрешения.

3. Тезисы лекции:

1. Введение

Лицензирование и сертификация — ключевые механизмы государственного регулирования качества и безопасности медицинских услуг. Они обеспечивают контроль за соответствием медицинских организаций и специалистов установленным стандартам и требованиям законодательства.

2. Понятие и значение лицензирования медицинской деятельности

Лицензирование — это процедура предоставления медицинской организации или индивидуальному предпринимателю официального разрешения (лицензии) на право ведения медицинской деятельности.

Цели лицензирования:

- Обеспечение качества и безопасности медицинских услуг;
- Защита прав и интересов пациентов;
- Контроль за соблюдением санитарных норм и правил;
- Формирование прозрачной и регулируемой системы здравоохранения.

3. Законодательное регулирование лицензирования в РК

Основные нормативно-правовые акты:

ОНТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	28стр. из 31

Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» Республики Казахстан (2020);

Закон РК «О лицензировании»;

Приказы Министерства здравоохранения РК, регламентирующие лицензирование.

4. Объекты и виды лицензируемой медицинской деятельности

- Под лицензирование подпадают следующие виды деятельности:
- Амбулаторно-поликлиническая помощь;
- Стационарная медицинская помощь;
- Диагностические и лабораторные услуги;
- Стоматологическая помощь;
- Фармацевтическая деятельность;
- Реабилитационные услуги;
- Другие виды, связанные с охраной здоровья.

5. Порядок получения лицензии

Для получения лицензии медицинская организация должна подать заявку с необходимым пакетом документов в уполномоченный орган (Министерство здравоохранения или его территориальные подразделения).

Основные документы:

- Заявление на получение лицензии;
- Учредительные документы организации;
- Договоры аренды или свидетельства о праве собственности на помещения;
- Перечень медицинских услуг и штат специалистов;
- Санитарно-эпидемиологическое заключение;
- Другие документы, предусмотренные законодательством.
- После подачи документов проводится проверка соответствия требованиям, и принимается решение о выдаче или отказе в лицензии.

6. Срок действия, приостановление и отзыв лицензии

Лицензия выдается бессрочно (если не установлено иное).

При нарушении требований лицензирующего органа возможно приостановление действия лицензии.

В случае систематических нарушений или угрозы жизни пациентов лицензия может быть отозвана.

7. Сертификация медицинских специалистов

Сертификация — это процедура подтверждения квалификации медицинских работников, соответствия их профессиональных знаний, навыков и компетенций установленным требованиям.

Сертификация обязательна для получения права на самостоятельную медицинскую практику.

Проходит через аттестацию, сдачу экзаменов, стажировки.

Сертификаты выдаются на определенный срок (обычно 5 лет) с обязательным периодическим подтверждением.

8. Различия между лицензией и сертификатом

Лицензия

Выдается организацией или ИП

Право на ведение медицинской

Сертификат

Выдается медицинскому специалисту

Подтверждение квалификации специалиста

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Введение в клинику»	75/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Введение в профессию»	29стр. из 31

Лицензия

деятельности

Обязательна для деятельности

Сертификат

Обязательна для работы специалиста в системе здравоохранения

9. Ответственность за нарушение правил лицензирования и сертификации

Осуществление медицинской деятельности без лицензии или сертификата влечет административную, гражданскую или уголовную ответственность.

Возможны штрафы, приостановление деятельности, лишение права работать.

За нарушение стандартов качества и безопасности — дисциплинарные меры и судебные иски.

10. Заключение

Лицензирование и сертификация являются основой контроля качества и безопасности медицинских услуг в Республике Казахстан. Знание правовых основ этих процессов необходимо для законной и эффективной деятельности медицинских организаций и специалистов.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: Указана в силлабусе пункт 11. Учебные ресурсы

6. Контрольные вопросы:

1. Что такое лицензирование медицинской деятельности?
2. Какие виды медицинской деятельности подлежат обязательному лицензированию в РК?
3. Какие органы осуществляют лицензирование в сфере здравоохранения?
4. Какие нормативно-правовые акты регулируют порядок лицензирования медицинской деятельности в РК?
5. Каков порядок получения лицензии на медицинскую деятельность?