Министерство образования Республики Башкортостан

Федеральное бюджетное государственное образовательное

учреждение

высшего профессионального образования

«Башкирский государственный университет»

Колледж

КУРСОВАЯ РАБОТА

по МДК.01.01.: Право социального обеспечения

по теме: Понятие медицинской помощи и её виды

Курсовую работу выполнил:

студентка группы 2 ПО-2

Колчанова А.Э.

Курсовую работу проверил:

Преподаватель колледжа:

Шафеев Р.Р.

Уфа-2013

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

. Понятие медицинской помощи

.1 Этапы развития здравоохранения в России

.2 Основные принципы охраны здоровья граждан

.3 Правовое положение граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья

. Виды медицинской помощи в России

.1 Общая характеристика видов медицинской помощи

.2 Скорая медицинская помощь

.3 Система стационарной медицинской помощи населению

.4 Амбулаторно-поликлиническая помощь

.5 Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями

Заключение

Список использованных источников

Приложения

медицинская помощь охрана здоровье

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы заключается в том, что в современном российском обществе за последние 10-15 лет уровень жизни большинства обычных граждан существенно понизился, значительное количество населения проживает в бедности или за чертой бедности. Государство практически перестало поддерживать социально-экономические требования своих граждан, не выполняет свою социальную функцию, экономика не обеспечивает адекватное обеспечение прав человека в сфере охраны здоровья и медицинской помощи.

Конституция Российской Федерации провозгласила широчайший перечень основных прав, свобод и обязанностей человека и гражданина, нуждающихся в полноценном обеспечении и защите. Одно из центральных мест в основах правового положения личности в России принадлежит естественному и неотъемлемому праву каждого человека на охрану здоровья (ст. 41 Конституции Российской Федерации).

Состояние российской системы охраны здоровья и медицинской помощи как ее важнейшего элемента сегодня характеризуется как кризисное. Благополучное состояние здоровья населения есть фактор устойчивого развития государства и общества. В Указе Президента Российской Федерации «О Концепции национальной безопасности Российской Федерации» от 10 января 2000 г. № 24 среди факторов национальной безопасности Российской Федерации было выделено физическое здоровье нации, угрозой которому является кризис систем здравоохранения и социальной защиты населения, рост потребления алкоголя и наркотических веществ.

Задачи организации медицинской помощи населению на современном этапе заключаются в том, чтобы эффективно и экономично использовать имеющиеся ресурсы здравоохранения, увеличить доступность и повысить качество медицинских услуг.

Совершенствование организации медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах в течение последних лет привело к значительным изменениям в структуре амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов оказания медицинской помощи населению.

Целью работы является исследование понятия медицинской помощи и выявление основных её видов. Для достижения поставленной цели мы используем следующие задачи:

отслеживание этапов развития здравоохранения в России;

охарактеризовать основные принципы охраны здоровья граждан;

определить правовое положение граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья;

установить субъекты авторского права ;

дать краткую характеристику видам медицинской;

раскрыть сущность оказания скорой медицинской помощи;

дать характеристику системе стационарной медицинской помощи населению;

определить сущностное значение амбулаторно-поликлинической помощи.

Работа состоит из введения, двух разделов, заключения и списка используемых источников.

1. ПОНЯТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

.1 Этапы развития здравоохранения в России

Первым государственным органом управления медицинским делом в России был Аптекарский приказ, созданный в 1620 г. В XVIII столетии, в период осуществления больших преобразований в экономике, науке, культуре и медицине, совершенствовались и органы управления здравоохранением: в 1721 г.появилась Медицинская канцелярия, в 1763 г. - Медицинская коллегия.

Подготовка медицинских кадров осуществлялась в госпитальных школах (с 1707 г.), медико-хирургических училищах (с 1786 г.), а с 1798 г. - в Петербургской и Московской медико-хирургических академиях. В 1725 г. открылась Петербургская академия наук, а в1755г. был создан первый в стране Московский университет с медицинским факультетом.

Выдающийся вклад в охрану здоровья внес М. В. Ломоносов, который в своем труде «Слово о размножении и сохранении российского народа» дал глубокий анализ здравоохранения и предложил ряд конкретных мер для улучшения его организации.

В первой половине XIX в. формируются первые научные медицинские школы: анатомическая (П. А. Загорский), хирургические (И. Ф. Буш, Е. О. Мухин, И. В. Буяльский), терапевтические (М. Я. Мудров, И. Е. Дядьковский). Н. И. Пирогов создает топографическую анатомию и военно-полевую хирургию, в которой выдвинул положение о важности организации медицинской помощи во время боевых действий, подчеркнул исключительно высокую роль предупредительной медицины. Н. И. Пирогов впервые в мире в военно-полевых условиях применил для наркоза этиловый эфир (1847 г.), разработал много методов оперативного лечения, являющихся и сегодня классическими, первым в стране использовал на войне женский труд (1853 г.).

Со второй половины XIX в. вопросами охраны здоровья, помимо государственных структур, занималась и общественная медицина: общество охранения народного здравия (1878г.), общество врачей в память Н. И. Пирогова (1885 г.). Много в этом плане было сделано С.П. Боткиным, который через организационные формы общественной медицины (медицинская периодическая печать, медицинские общества, съезды, комиссии) создал первую в России участковую систему оказания медицинской помощи (земские врачи), положил начало организации санитарного дела в Петербурге (1882 г.), был инициатором строительства в столице образцового инфекционного стационара (1882 г.). В 70-е годы прошлого столетия сформировалась отечественная гигиена как самостоятельная дисциплина, создавались первые научные гигиенические школы (А. П. Доброславин, Ф. Ф. Эрисман).

Для развития земской и городской санитарных организаций много сделали первые санитарные врачи И. И. Моллесон, И. А. Дмитриев, Г. И. Архангельский, Е. А. Осипов, Н. И. Тезяков, З. Г. Френкель и др.

С 1917 г., в условиях формирования нового общественного строя в нашей стране, создаются новые органы управления и формируются теоретические основы здравоохранения, ведущая роль в разработке которых принадлежит Н. А. Семашко и З. П. Соловьеву.

Период Великой Отечественной войны и послевоенные годы связаны с развитием военной медицины, восстановлением материальной базы здравоохранения и активной подготовкой медицинских кадров.

Начиная с 1961 г. принимается ряд законодательных актов и постановлений Правительства, направленных на развитие системы здравоохранения. Важнейшей социальной задачей провозглашена охрана здоровья населения. Укрепляется материальная база здравоохранения, осуществляется специализация медицинской помощи, совершенствуется система первичной медико-санитарной помощи. Становлению социальной гигиены в эти годы способствовали известные ученые С. В. Курашев, Г. А. Баткис, С. Я. Фрейдлин, Е. Я. Белицкая и др.

Современный период медико-социальных исследований проблем здоровья населения и здравоохранения связан с именами ведущих отечественных ученых: Ю. П. Лисицына, О. П. Щепина, О. В. Грининой, Э. Д.

Грибанова, И. Н. Денисова, К. И. Журавлевой, И. П. Катковой, Ю. М. Комарова, В. З. Кучеренко, И. В. Лебедевой, В. А. Миняева, А. М. Москвичева, В. К. Овчарова, А. И. Потапова, И. В. Пустового, Л.Г. Розенфельд, О. М. Хромченко, С.Я. Чикина и др.

В последние годы приоритетными проблемами здравоохранения являются такие, как охрана материнства и детства, становление государственного санитарного надзора и охрана окружающей среды, медицинское обеспечение в условиях нового хозяйственного механизма, рыночной экономики и медицинского страхования, внедрение принципов семейной медицины, совершенствование подготовки медицинских кадров.

«Совершенствование организации медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах в течение последних лет привело к значительным изменениям в структуре амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов оказания медицинской помощи населению.», - отмечает В.П. Галаганов.

.2 Основные принципы охраны здоровья граждан

Предоставление гражданам медицинской помощи и лечения регулируется нормами Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г., Законом РФ «О медицинском страховании граждан» от 28 июня 1991 г. и другими актами.

Российская Федерация гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией РФ и иными законодательными актами РФ, Конституциями и иными законодательными актами республик, входящих в состав РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами РФ.

В соответствии со ст. 41 Конституции РФ все граждане России имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения.

Объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медикосоциальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации и правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

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

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются Правительством Российской Федерации.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со ст. 53 настоящих Основ.

Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы санитарно-эпидемиологической службой вследствие заразного заболевания лиц, контактировавших с ними. Если карантину подлежат несовершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Работающие граждане в случае болезни имеют право на неоплачиваемый отпуск продолжительностью три дня в течение года, который предоставляется по личному заявлению гражданина без предъявления медицинского документа, удостоверяющего факт заболевания.

Основы законодательства РФ « Об охране здоровья граждан» ( ст. 2) закрепили следующие основные принципы охраны здоровья граждан:

) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;

) доступность медико-социальной помощи;

) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.

) ответственность органов государственной власти и управления предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Правовая доктрина не исключает возможности применения принципов при разрешении юридических споров в сферах, не связанных с уголовной и административной регламентацией. Следовательно, в случае невозможности использования при защите своих прав норм иных законодательных актов граждане РФ вправе ссылаться на закрепленные в Основах принципы.

Принцип «соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий» обозначает, что государство обязуется выполнять требования ратифицированных международных документов, закрепляющих права человека в сфере здравоохранения, а также нормы российского законодательства, закрепляющие соответствующие права граждан. Гарантии в юридической литературе рассматриваются как условия и средства, обеспечивающие фактическую реализацию.

Гарантией осуществления медико-социальной помощи гражданам является предоставление первичной медико-санитарной помощи:

) скорой медицинской помощи; специализированной медицинской помощи;

) медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями;

) медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

) Скорая медицинская помощь оказывается специальной службой.

Если при возникшем заболевании требуется выполнение специальных методов диагностики, лечения и использование сложных медицинских технологий, то гражданам оказывается специализированная медицинская помощь. Она может быть осуществлена врачами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности. Конституция РФ (часть 1 статьи 41) устанавливает, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования. Граждане имеют право и на дополнительные медицинские услуги в соответствии с законом, а также за счет средств предприятий, учреждений, организаций, своих личных средств и иных источников.

В части 2 статьи 41 Конституции РФ определено, что 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. Источником финансирования здравоохранения являются; средства бюджетов всех уровней; средства, направленные на обязательное и добровольное медицинское страхование; средства целевых фондов, предназначенные для охраны здоровья, государственных и муниципальных предприятий, организаций; доходы от ценных бумаг, кредиты, благотворительные взносы, иные законные источники.

Платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи. Такие медицинские услуги могут осуществляться медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей.

Предоставление платных медицинских услуг медицинскими учреждениями оказывается при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности.

Государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают такой вид медицинских услуг по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранения.

Исследуя принципы охраны здоровья граждан в современном российском обществе, мы выяснили главное - они направлены на защиту граждан и сохранение здоровья каждого индивидуума. Кроме того мы обозначили лиц, ответственных за соблюдение принципов охраны здоровья.

1.3 Правовое положение граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья

Законодатель закрепил права граждан при оказании медико-социальной помощи:

) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала к пациентам;

) выбор врача с учетом его согласия; выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами медицинского страхования;

) соответствующие санитарно-гигиенические требования к условиям обследования и лечения;

) проведение по его просьбе консилиума и консультации других специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством;

) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследования и лечении;

) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

) отказ от медицинского вмешательства;

) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана эта информация.

В случаях неблагоприятного прогноза развития болезни информация должна сообщаться в деликатной, доступной форме гражданину, членам семьи или лицу, который был назван больным для передачи информации.

Закон позволяет гражданину непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. При необходимости проведения медицинского вмешательства должно быть добровольное согласие граждан. Если состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а проведение медицинского вмешательства неотложно, вопрос решается консилиумом врачей-специалистов, а при невозможности его созвания - лечащим или дежурным врачом с последующим уведомлением должностных лиц лечебного учреждения. Если лицо не достигло 15-летнего возраста или недееспособно, то согласие на медицинское вмешательство дают их законные представители, при их отсутствии - консилиум, а при невозможности его создать-лечащий или дежурный врач с последующим уведомлением должностного лица данного учреждения.

Право граждан на отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем и медицинским работником. Однако существует исключение, когда оказание медицинской помощи допускается без согласия граждан или их законных представителей в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, а также лиц, совершивших общественно опасное деяние. Под оказанием медицинской помощи в данном случае понимается медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция. Кроме этого закон допускает оказание медицинской помощи по жизненным показаниям детям до 15 лет без согласия их законных представителей.

Проведение медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия может быть решено врачом (консилиумом), а решение об их госпитализации выносится судом. Пациент имеет право на допуск к нему священнослужителей.

Еще один аспект, на который необходимо обратить особое внимание -это проведение экспериментов с участием людей. В статье 21 Конституции Российской Федерации сказано, что никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам. В законах говорится о запрещении к применению неразрешенных методов диагностики, лечения и лекарственных средств без добровольного согласия граждан и лиц до пятнадцатилетнего возраста. Однако, если методы диагностики, лечения и лекарственные средства не разрешены к применению, но находятся на рассмотрении в установленном законом порядке, в интересах излечения пациента с его добровольного письменного согласия они могут быть использованы.

Биомедицинское исследование проводится только в учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения. Перед проведением исследования необходимо получить данные лабораторного эксперимента. Любое медицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия граждан. Принуждение к участию в таких исследованиях не допускается. Гражданин должен быть проинформирован о целях, методах, побочных эффектах, риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Испытуемый имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

В Российском законодательстве впервые появилось понятие эвтаназии, под которой понимается удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

В литературе существуют следующие точки зрения на данную проблему.

Каждому человеку принадлежит право человека на жизнь. Он может подвергать себя опасности, рисковать. В литературе ставится вопрос о праве человека на смерть. Не в силах перенести страдания, некоторые больные согласны на легкую смерть. В некоторых странах уголовно не преследуется ускорение смерти больного со стороны медицинского персонала, а в ряде штатов США даже есть соответствующие законодательные акты.

В Уголовном кодексе 1922 года в статье, карающей за умышленное убийство, было ненаказуемо убийство из сострадания по просьбе больного. Но практика показала, что под это понятие маскировали умышленные убийства и проверить это было практически невозможно.

Запрет на эвтаназию делает больницу относительно безопасным для больного местом, ведь тогда больной не будет убит независимо ни от чьих желаний, не будет угрозы того, что их желания осуществятся через доступный акт эвтаназии, он будет спокойно осознавать свое желание смерти и бороться с ним, как все живое на свете (Вульф С., 1993). Больной, даже самый тяжелый, пока он в сознании, не стремится умереть даже тогда, когда он кричит о смерти. Узаконенная эвтаназия снимает уголовный запрет на убийство без предоставления больному безопасности. В случае, когда снята ответственность, становится возможным использование в качестве доноров людей путем воздействия (шантаж) на работников реанимационных служб, банков органов и тканей по сбыту «человеческих запчастей. Описаны случаи, когда из стран, где разрешена эвтаназия (Парагвай, Гватемала и др.), органы и ткани поступали в США (Доув М., 1990).

Если добровольная эвтаназия станет законом, то врач во время одного визита будет нести исцеление, а во время другого-смерть. Нет гарантии того, что добровольная эвтаназия не превратится в принудительную (Асадов Э., 1996).

Законом запрещено медицинскому персоналу осуществлять эвтаназию. Подлежит уголовной ответственности лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии или осуществляет ее.

В части 3 статьи 41 Конституции РФ устанавливает ответственность должностных лиц за сокрытие ими актов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей. Граждане имеют право на регулярное получение достоверной информации о различных факторах, воздействующих на организм человека.

Законом выделены права отдельных групп населения в области охраны здоровья. Такие гарантии установлены:

. Семье предусматриваются бесплатные консультации по медицинским показаниям, по вопросам планирования семьи, медико-генетические, медико-патологические, другие консультации и обследования с целью предупреждения возникновения возможных наследственных заболеваний у потомства.

В период лечения ребенка в стационаре одному из родителей или иному члену семьи предоставляется право нахождения с ним в течение всего времени пребывания в больничном учреждении независимо от возраста ребенка. Этому лицу должен быть выдан листок нетрудоспособности.

При карантине, в случае ухода за ребенком в возрасте до 7 лет одному из членов семьи выплачивается пособие за весь период карантина или амбулаторного лечения. Пособие по уходу за больным ребенком в возрасте от 7 до 15 лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

. Беременным женщинам и матерям обеспечивается право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья.

В период беременности, во время и после родов каждая женщина обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения. В соответствии с законодательством РФ гарантирован оплачиваемый отпуск по беременности и родам.

. Несовершеннолетним, которые в интересах охраны здоровья имеют право на диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах, предоставляется медико-социальная помощь и питание на льготных условиях, обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов, бесплатную медицинскую консультацию при определении профессиональной пригодности, получение информации о состоянии здоровья.

. Военнослужащим, гражданам, подлежащим призыву на военную службу и поступающим на военную службу по контракту, которые имеют право на медицинское освидетельствование для определения годности к военной службе, досрочного увольнения на основании заключения военно-врачебной комиссии.

. Гражданам пожилого возраста по достижении возраста, установленного законодательством РФ для назначения пенсии по старости. Они имеют право на медико-социальную помощь и на лекарственное обеспечение на льготных условиях.

. Инвалидам, которые имеют право на медико-социальную помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, средствами передвижения на льготных условиях.

Порядок оказания инвалидам медико-социальной помощи определяется законодательством РФ. Кроме этого выделяются права граждан при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах. Пострадавшие при чрезвычайной ситуации имеют право на получение бесплатной медицинской помощи, санитарно-курортного лечения.

Особо выделены права на получение медицинской помощи в учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения лиц, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы. Не допускается испытание новых методов диагностики, профилактики и лечения, лекарственных средств, проведение биомедицинских исследований с привлечением в качестве объекта этого контингента.

Документом, регламентирующим обязанности пациента при оказании ему медицинской помощи, являются Правила приема и выписки больных, утвержденные главным врачом лечебно-профилактического учреждения. С этими правилами пациент знакомится при поступлении и расписывается в истории болезни после ознакомления с ними. Пациент обязан соблюдать распорядок дня, чистоту и порядок в помещениях, находиться во время врачебных обходов в палате, не курить, не употреблять алкоголь, не играть в азартные игры, не нарушать общественный порядок, принимать лекарства согласно предписаниям врача и т.д. В случае нарушения предписанных врачом больничного режима и лечебных назначении лечащий врач по согласованию с соответствующими должностными лицами может отказаться от лечения больного.

В ходе исследований по данному вопросу, В.П.Галаганов пришел к выводам, что - «все граждане нашей страны имеют право на медицинскую помощь, однако существуют категории граждан, имеющие ряд привилегий. Так например, инвалиды, беременные женщины, дети, ветераны, пострадавшие при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах, военнослужащие имеют право на оказание специальных услуг»¹.

2. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

.1 Общая характеристика видов медицинской помощи

Первичная медицинская помощь является основным бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает лечение наиболее распространенных заболеваний, а также травм, отравлений и других неотложных состояний, проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики и других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Этот вид помощи обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. Ее объем устанавливается местной администрацией в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территории, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается бесплатно специальной службой скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ.

При заболеваниях, требующих специальных методов лечения, диагностики и использования сложных медицинских технологий, оказывается специализированная медицинская помощь. Этот вид помощи осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, личных средств граждан и других источников, не запрещенных законодательством РФ.

Медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается бесплатно или на льготных условиях соответствующими лечебно-профилактическими учреждениями. Перечень и виды льгот при оказании этого вида медицинской помощи устанавливаются Государственной Думой и Правительством РФ, а также правительствами республик, входящих в состав РФ, органами власти и управления на местах.

Медицинская помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, оказывается бесплатно в предназначенных для этой цели учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Виды и объем этой помощи устанавливаются Министерством здравоохранения РФ и Государственным комитетом санитарно-эпидемиологического надзора РФ совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами.

Статья 20 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» предусматривает в случае заболевания, утраты трудоспособности и в иных случаях право граждан на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Программой государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, утвержденной постановлением Правительства РФ от 11 сентября 1998 г., предусмотрено предоставление бесплатно следующих видов медицинской помощи:

а) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

б) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая доведение мероприятий по профилактике ( в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому;

в) стационарная помощь:

при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии;

медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

при патологии беременности, родах и абортах;

при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих стационарного режима.

При оказании скорой медицинской и стационарной помощи осуществляется бесплатная лекарственная помощь в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, ежегодно утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Условия и порядок предоставления медицинской помощи населению определяются Министерством здравоохранения Российской Федерации по согласованию с федеральным Фондом обязательного медицинского страхования.

По результатам исследования вопроса общей характеристики видов медицинской помощи, мы можем сказать, что существует классификация данной помощи на основании законодательства. Кроме того, нормативные документы чётко обозначают действия той или иной помощи, которую осуществляют медицинские и социальные работники.

В ходе своей работы мы выяснили, что законодательство выделяет четыре основных вида медико-социальной помощи:

а) первичная; б) скорая; в) специализированная; г) помощь гражданам, страдающим социально значимыми и опасными заболеваниями.

а) Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Этот вид помощи обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. Ее объем устанавливается местной администрацией в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

б) Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территории ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно.

в) При заболеваниях, требующих специальных методов лечения, диагностики и использования сложных медицинских технологий, оказывается специализированная медицинская помощь. Этот вид помощи осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, личных средств граждан и других источников, не запрещенных законодательством РФ.

г) Медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми или опасными заболеваниями, оказывается бесплатно или на льготных условиях соответствующими лечебно-профилактическими учреждениями. Перечень и виды льгот при оказании этого вида медицинской помощи устанавливаются Государственной Думой и Правительством РФ, а также правительствами республик, входящих в состав РФ, органами власти и управления на местах.

Медицинская помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, оказывается бесплатно в предназначенных для этой цели учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Виды и объем этой помощи устанавливаются Министерством здравоохранения РФ и Государственным комитетом санитарно-эпидемиологического надзора РФ совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами.

В результате работы над данным вопросом, В.П. Галаганов пришел к выводу, что - «медико-социальная помощь включает в себя более широкий перечень услуг гражданам. Осуществление медицинской помощи происходит посредством органов здравоохранения, а помощь медико-социальная осуществляется при содействии социальных органов»¹.

.2 Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается специальной службой скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней.

При угрозе жизни гражданина медицинские работники имеют право использовать бесплатно любой имеющийся вид транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение. В случае отказа должностного лица или владельца транспортного средства выполнить законное требование медицинского работника о предоставлении транспорта для перевозки пострадавшего они несут ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью дает следующие характеристики скорой медицинской помощи:

) скорая медицинская помощь необходима при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

) скорая медицинская помощь оказывается станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи.

Станция скорой медицинской помощи является лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для оказания круглосуточной скорой медицинской помощи взрослому и детскому населению как на месте происшествия, так и в пути следования в стационар при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан или окружающих их лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах. Станции скорой медицинской помощи создаются в городах с населением свыше 50 тыс. человек как самостоятельные лечебно-профилактические учреждения. В населенных пунктах с численностью жителей до 50 тыс. организуются отделения скорой медицинской помощи в составе городских, центральных районных и других больниц. В городах с населением более 100 тыс. человек, с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности, организуются подстанции скорой медицинской помощи как подразделения станций.

Система скорой медицинской помощи включала в себя свыше 3000 станций и отделений скорой медицинской помощи, в которых работали около 20 тыс. врачей и свыше 70 тыс. средних медицинских работников. Почти в 60% случаев служба скорой медицинской помощи выполняет несвойственные ей функции, подменяя обязанности амбулаторно-поликлинической службы по оказанию помощи на дому и транспортировке больных. Значительное количество выездов бригад скорой медицинской помощи к больным, нуждающимся в экстренном поддержании жизненных функций, на места происшествий выполняется несвоевременно.

Статья 39 предусматривает наличие особого акта Минздрава России, в котором был бы установлен порядок оказания скорой медицинской помощи. В настоящее время функции указанного акта выполняют ряд положений, инструкций, введенных в действие Приказом Минздрава от 26 марта 1999 г. N 100. Среди них: Положение об организации деятельности станции скорой медицинской помощи, Положение об организации деятельности подстанции скорой медицинской помощи, Положение об организации деятельности отделения скорой медицинской помощи, Положение об организации деятельности оперативного отдела станции скорой медицинской помощи, Положение о деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи, Положение о главном враче станции скорой медицинской помощи, Положение о заместителе главного врача по медицинской части станции скорой медицинской помощи, Положение о старшем враче станции скорой медицинской помощи, Положение о враче выездной бригады скорой медицинской помощи, Положение о фельдшере выездной бригады скорой медицинской помощи, Положение о фельдшере (медсестре) по приему и передаче вызовов станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи, Положение о водителе бригады скорой медицинской помощи, Примерный перечень оснащения выездной бригады скорой медицинской помощи.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 8 апреля 1998 г. N 108 "О скорой психиатрической помощи" утверждено Положение о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи. Подобные бригады организуются в составе станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи, психоневрологического диспансера, психиатрической больницы, а также центральной районной больницы. Деятельность психиатрических бригад регламентируется также вышеуказанными положениями о скорой медицинской помощи. В число задач бригад скорой психиатрической помощи входят: оказание скорой психиатрической помощи, освидетельствование лица без его согласия или согласия законного представителя, госпитализация лица в недобровольном порядке, транспортировка лиц, страдающих психическими расстройствами, по направлению врача-психиатра.

Статья 124 Уголовного кодекса РФ рассматривает неоказание помощи больному как самостоятельное преступление. 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, - наказывается штрафом в размере от 50 до 100 минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного месяца, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

.3 Система стационарной медицинской помощи населению

Больницы - ключевой элемент системы здравоохранения и основная точка приложения реформы в этой сфере. На долю больниц приходится значительная часть бюджета системы здравоохранения (до 70%) в России. В больницах работают до половины всех врачей и три четверти медсестер. Благодаря своей ключевой роли больницы оказывают большое влияние на всю отечественную систему здравоохранения. Помимо лечения пациентов, больницы ведут исследовательскую и учебную работу.

По данным работы стационаров муниципального, регионального и федерального подчинения, среднегодовая занятость койки в 2007 году в России составила 318 дней, средняя длительность пребывания больного в стационаре 13,2 дня. Уровень госпитализации в круглосуточные стационары остается настолько высоким (22,5 на 100 чел. населения в 2007 г.), что создается значительный дефицит стационарных коек, хотя показатель обеспеченности койками на 1 тыс. населения в Российской Федерации составляет 12,4, т.е. соответствует уровню таких развитых стран, как Япония (15,4), Голландия (14,3), Норвегия (11,7), и значительно превышает уровни других экономически развитых стран.

Системы здравоохранения европейских стран существенно отличаются от отечественной. В странах Западной Европы одним из основных направлений реформы больниц, отражающим изменения в структуре заболеваемости и подходах к стационарному лечению, является сокращение коечного фонда. За постепенным равномерным уменьшением среднего числа коек в больницах Западной Европы скрываются значительные национальные различия. Так, в Германии отношение числа коек в больницах скорой помощи к численности населения почти вдвое превышает аналогичный средний показатель в странах Европейского Союза (ЕС). В Италии, несмотря на снижение, этот показатель все еще на 90% больше, чем в Великобритании, где планируется существенно расширить коечный фонд, не соответствующий современным потребностям населения.

В странах ЕС помимо уменьшения числа коек сокращаются сроки пребывания в стационаре. В 90-е годы количество госпитализаций в расчете на численность населения в большинстве стран увеличилось. Это увеличение было бы еще более заметным, если бы при расчете учитывали однодневные госпитализации (во многих странах число таких госпитализаций значительно возросло, хотя сравнительные данные отсутствуют). Таким образом, при меньшем количестве больничных коек возрастает интенсивность их использования и сокращается средняя продолжительность пребывания в стационаре. В России и бывших советских республиках последняя составляет около 13-14 суток, в странах ЕС ─ менее 9 суток, а в США ─ 5-7 суток.

В разных европейских странах продолжительность пребывания в стационаре разная. В Германии она более чем в два раза выше, чем в Великобритании, из-за жесткого разделения амбулаторной и стационарной помощи. Рост частоты госпитализации (в том числе на одни сутки), сокращение сроков пребывания в стационаре и более частое обращение в амбулаторные службы увеличивает нагрузку на больницы.

В основе перечисленных выше тенденций лежит несколько причин. Больных, которые раньше долго лечились в стационаре, сейчас переводят в дома для престарелых, интернаты для хронических больных или выписывают домой, под наблюдение амбулаторных и социальных служб. Более ранняя активизация больных после операции способствует сокращению сроков пребывания в стационаре.

В России к ведущим больничным учреждением данного направления являются больницы различного уровня от сельских участковых больниц, где оказывается преимущественно стационарная квалифицированная помощь до региональных больниц и высокотехнологичных специализированных центров. Это ЛПУ, обеспечивающее квалифицированное и специализированное обслуживание населения на основе достижений современной медицинской науки и практики.

Общая характеристика больницы. По виду, объему и характеру оказываемой медицинской помощи и системе организации работы больница может быть:

) по профилю - многопрофильной и специализированной;

) по системе организации - объединенной или не объединенной с поликлиникой;

) по объему деятельности - различной коечной мощности.

Основные задачи больницы:

. Оказание высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи населению.

.Внедрение в практику обслуживания населения современных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний.

.Развитие и совершенствование организационных форм и методов медицинского обслуживания населения и ухода за больными, повышение качества и культуры работы.

. Санитарно-гигиеническое воспитание населения.

. Привлечение общественности к разработке и проведению мероприятий по лечебно-профилактическому обслуживанию.

Во главе больницы стоит административно-управленческий аппарат в лице главного врача, главной медсестры, заместителей главного врача по медицинской части, по поликлинике, по работе с сестринским персоналом, по административно-хозяйственной части и др.

По режиму работы стационары городских больниц делятся на стационары с круглосуточным пребыванием больных, дневные стационары и стационары смешанного режима работы.

Мощность и структура отдельных типов стационарных учреждений увязывается с численностью обслуживаемого населения при условии: величина отделения должна быть оптимальной (40 - 60 коек), но не менее 30 однопрофильных.

Основными структурными подразделениями стационара являются: приемное отделение, профилированные лечебные отделения, отделения специальных видов лечения, отдельные диагностические службы и др.

Приемное отделение стационара больницы может быть централизованным (для всей больницы) и децентрализованным (для отдельных профильных структурных ее частей).

Штаты приемного покоя устанавливаются в зависимости от коечной мощности больницы и ее профиля.

Лечебные отделения стационара связаны с общими для больницы вспомогательными медицинскими и хозяйственными службами, а в крупных больницах - с общими для больницы клиническими и другими лабораториями. Штаты медицинского персонала отделения устанавливаются в зависимости от числа коек, типа и профиля учреждения. Основными в штатной структуре отделения стационара являются должности заведующего отделением, врача-ординатора, старшей медсестры, медсестры, сестры-хозяйки и др.

В России так же сформированы показатели оценки стационарной медицинской помощи:

. Число коек на 10000 населения.

. Уровень госпитализации населения в расчете на 1000 жителей.

. Число коек на 1 должность (в смену) врача (среднего медицинского персонала).

. Укомплектованность стационара врачами (средним медицинским персоналом).

. Среднее число дней работы койки в году (занятость койки в году).

. Средняя длительность пребывания больного на койке.

. Оборот койки.

. Среднее время простоя койки.

. Летальность при определенном заболевании.

. Общебольничный показатель летальности и др.

Больница не только является медицинским учреждением, где население получает комплексную медицинскую помощь (одновременно лечебную и профилактическую), но и служит центром обучения медицинских работников и центром биосоциальных исследований. Это определение расширяет традиционное представление о больнице как о месте лечения и облегчения страданий больных.

Развитие стационарной медицинской помощи в последние годы происходит по следующим направлениям: строительство крупных многопрофильных больниц и реконструкция существующих; создание специализированных учреждений или отделений в многопрофильных больницах; постепенное стирание границ в уровне и объеме стационарной помощи, оказываемой в городе и сельской местности; повышение уровня материально-технической оснащенности; специализация и усовершенствование медицинских кадров. Обеспеченность больничными койками взрослого населения в России составляет в среднем 13 коек на 1000 жителей, детского (до 14 лет) - 9 коек на 1000 детей.

Организационные формы оказания стационарной помощи населению, структура больничных учреждений и их размещение зависят от уровня и характера заболеваемости и возрастно-полового состава населения, особенностей его расселения. Медицинская помощь может быть оказана в специализированных отделениях крупных многопрофильных больниц, а также в специализированных больницах (кардиологических, онкологических, психиатрических и др.). В настоящее время в России основными стационарными учреждениями являются центральные, районные, городские, областные и республиканские больницы. Уровень госпитализации населения составляет около 21%.

Современная региональная система состоит из трех групп больниц, различных по объему и функциям (ПРИЛОЖЕНИЕ Б). В первую группу входят больницы, которые обслуживают только местное население и выполняют локальные функции. Обычно они имеют отделения по терапии, хирургии, акушерству, инфекционным и эндемичным для района заболеваниям.

Вторую группу составляют больницы, которые осуществляют промежуточные функции и оказывают специализированную помощь населению более обширной территории. В них есть дерматологическое, офтальмологическое, оториноларингологическое, урологическое и другие отделения.

Третья группа включает крупные больницы, которые выполняют локальную, промежуточную и региональную функции, охватывают большую территорию широким спектром специализированной помощи (современная терапия рака, грудная хирургия, кардиология и т.д.).

Сельские больницы составляют отдельную, четвертую, группу. Они играют роль элементарного медицинского и больничного центра в отдаленных селах.

В зависимости от вида, объема и характера оказываемой медицинской помощи городские больницы подразделяются на многопрофильные и специализированные. По объему деятельности стационарные учреждения бывают различной категорийности (мощности), а по системе организации - объединенными или не объединенными с поликлиникой.

Развивается сеть специализированных центров и клиник научно-исследовательских институтов (онкологических, хирургических, кардиологических, пульмонологических, нефрологических, гастроэнтерологических, микрохирургии, специализированных детских и др.). Важно обеспечить преемственность между поликлиникой и стационаром с целью непрерывности лечебно-диагностического процесса. Она достигается путем обмена информацией между врачами поликлиники и врачами стационара о состоянии больных, активного привлечения врачей стационара к участию в диспансеризации, осуществлению совместных мероприятий по повышению квалификации (клинические конференции, консультации и др.).

2.4 Амбулаторно-поликлиническая помощь

Амбулаторно-поликлиническая помощь - вид медицинской помощи, оказываемой больным на приеме в поликлинике (амбулатории) и при посещении больных медицинским работником на дому.

Амбулаторно-поликлиническая помощь является самым массовым видом лечебно-профилактической помощи городскому и сельскому населению. В 1986 г. в СССР функционировало св. 40 тыс. амбулаторно-поликлинических врачебных учреждений, являющихся основным звеном системы здравоохранения, осуществляющим постоянное динамическое наблюдение за здоровыми и больными, обеспечивающим проведение широкого комплекса профилактических, лечебно-диагностических и оздоровительных мероприятий.

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается самостоятельными и объединенными с больницами поликлиниками, медико-санитарными частями, диспансерами, детскими поликлиниками, женскими консультациями, поликлиническими отделениями центральных районных больниц, амбулаториями сельских участковых больниц, врачебными амбулаториями. Кроме врачебных учреждений амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают под руководством врачей фельдшерско-акушерские пункты (сельскому населению) и фельдшерские здравпункты (работающим на небольших предприятиях промышленности, транспорте, строительстве, предприятиях связи).

Основными лечебно-профилактическим учреждениями, оказывающими населению внебольничную помощь, являются многопрофильные поликлиники, в которых осуществляются приемы больных по 20-25 врачебным специальностям и более. В состав таких поликлиник входят различные специализированные отделения и кабинеты.

Особенностями амбулаторно-поликлинической помощи являются ее массовость и общедоступность, широкая взаимосвязь лечебной и профилактической медицины, возможность активного выявления ранних форм заболеваний, внедрение профилактики и специализированных видов внебольничной помощи, участковый принцип работы.

В связи с переходом советского здравоохранения от диспансеризации отдельных групп населения к всеобщей диспансеризации значительно возрастут роль и значение амбулаторно-поликлинических учреждений в реализации комплексной программы работ по усилению профилактики заболеваний и укреплению здоровья населения. Под систематическим наблюдением поликлиник, диспансеров, женских консультаций и амбулаторий состоит значительное число практически здоровых лиц (дети, подростки, рабочие ряда профессий и производств, механизаторы с.-х. производства и животноводства, беременные женщины, инвалиды, ветераны войны и др.). Ежегодно медосмотры проходит св. 120 млн. человек, диспансерным наблюдением охвачено ок. 70 млн. человек, страдающих различными заболеваниями.

В основе всей деятельности территориальных амбулаторий и поликлиник лежит участковый принцип, а участковый врач-терапевт является ведущим специалистом. Принцип участковости распространяется также и на врачей других специальностей - акушеров, психиатров и др. Участковость позволяет установить систематическое мед. наблюдение за прикрепленным населением, обеспечивать мероприятия по формированию здорового образа жизни и предупреждению заболеваний.

Сеть территориальных и цеховых врачебных участков постоянно растет, они разукрупняются. Совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи способствуют ее специализация и создание многоуровневой системы. На первом уровне в территориальных поликлиниках и медсанчастях амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается, как правило, по основным врачебным профилям (терапевтическому, хирургическому, неврологическому,оториноларингологическому,офтальмологическому,дерматовенерологическому,гинекологическому). На втором уровне, в городских поликлиниках консультативно-диагностической помощи, функционируют специализированные кабинеты и отделения (урологические, эндокринологические, гастроэнтерологические, пульмонологические и др.). Третий уровень может быть представлен городскими центрами специализированной медпомощи, включающими поликлинический консультативный кабинет, стационарное отделение соответствующего профиля, а иногда и круглосуточную ургентную службу.

Амбулаторно-поликлиническая помощь взаимосвязана со скорой и стационарной медицинской помощью. От степени взаимодействия и преемственности в работе лечебно-профессиональных учреждений зависит эффективность не только амбулаторно-поликлинической помощи, но и всего лечебно-диагностического. Развитие помощи влияет на использование конечного фонда больниц и санаториев.

Взаимосвязь учреждений, оказывающих данный вид медицинской помощи, с другими медицинскими учреждениями обеспечивается документооборотом, совместными научно-практическими конференциями, практикой чередования в объединенных больничных учреждениях (врачи по очереди работают определенный срок в поликлинике и стационаре) и другими мероприятиями.

С целью повышения квалификации врачей амбулаторно-поликлинического звена в ряде институтов усовершенствования врачей организованы специальные курсы, кафедры, факультеты, в некоторых городах функционируют постоянно действующие семинары.

Большую роль в оказании амбулаторно-поликлинической помощи населению играют средние медработники (акушерка, медицинская сестра, средний медицинский работник, фельдшер). Медсестры поликлиник, амбулаторий, диспансеров и медсанчастей принимают активное участие во всех разделах работы по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи - от работы по организации своевременного обслуживания посетителей в регистратуре и приема их врачами до непосредственного участия в профилактической работе, осуществления патронажа больных, беременных и новорожденных на дому, проведения иммунизации населения, помощи врачам на приеме, выполнения лечебно-диагностических, физиотерапевтических и других процедур, участия в восстановительном лечении. Медсестры осуществляют мероприятия по первичной профилактике, проводят санитарно-просветительскую работу, ведут учетно-отчетную медицинскую документацию (отчетность медицинская), оказывают помощь врачам в анализе эффективности работы амбулаторно-поликлинических учреждений и др.

.5 Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях. Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются Минздравсоцразвития Российской Федерации. Меры социальной поддержки в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (за исключением помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями), является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих медико-социальная помощь оказывается в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Для отдельных категорий граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, сохраняется место работы на период их временной нетрудоспособности, устанавливаются меры социальной поддержки, определяемые органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Меры социальной поддержки при оказании медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Правительство Российской Федерации утвердило перечни социально значимых и опасных для окружающих заболеваний.

Это решение принято в соответствии со статьями 41 и 42 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», в которой говорится, что гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющим опасность для окружающих, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

К первой группе заболеваний отнесены туберкулез, гепатит В и С, СПИД, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, злокачественные новообразования, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

К заболеваниям, представляющим опасность для окружающих, отнесены СПИД, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, гепатит В и С, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, малярия, педикулез, акариаз, сибирская язва, туберкулез, холера, сaп и мелиоидоз, чума.

Людям, которые страдают опасными для окружающих заболеваниями, в соответствии со статьей 34 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) может проводиться и без их согласия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы выявили и исследовали актуальные проблемы современной медицинской помощи и в результате подводим итоги.

На сегодняшний день сформирована обширная система источников медицинского права, регулирующих всю многообразную систему правоотношений в сфере оказания медицинской помощи гражданам. Однако многие аспекты, касающиеся структуры, классификации, функционирования медицинских организаций, их принадлежности к определенным институтам власти и местного самоуправления, а также вопросы, касающиеся источников и порядка финансирования медицинских организаций, до сих пор остаются либо нечетко сформулированными, либо по их поводу возникают противоречия в различных нормативно-правовых актах. Решение данной проблемы подразумевает комплексный анализ всей законодательной системы с последующим ее уточнением и коррекцией. Безусловно, медицинское законотворчество представляет собой сложный научный процесс, который требует совместной кооперации юристов и врачей.

Исследуя принципы охраны здоровья граждан в современном российском обществе, мы выяснили главное - они направлены на защиту граждан и сохранение здоровья каждого индивидуума. Кроме того мы обозначили лиц, ответственных за соблюдение принципов охраны здоровья.

В ходе исследований правового положения граждан в области здравоохранения мы пришли к выводам, что все граждане нашей страны имеют право на медицинскую помощь, однако существуют категории граждан, имеющие ряд привилегий. Так например, инвалиды, беременные женщины, дети, ветераны, пострадавшие при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах, военнослужащие имеют право на оказание специальных услуг.

По результатам исследования вопроса общей характеристики видов медицинской помощи, мы можем сказать, что существует классификация данной помощи на основании законодательства. Кроме того, нормативные документы чётко обозначают действия той или иной помощи, которую осуществляют медицинские и социальные работники.

Медико-социальная помощь включает в себя более широкий перечень услуг гражданам, чем медицинская помощь, и имеет специфические особенности (ПРИЛОЖЕНИЕ А). Осуществление медицинской помощи происходит посредством органов здравоохранения, а помощь медико-социальная осуществляется при содействии социальных органов.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, осуществляется безотлагательно.

Система стационарной медицинской помощи населению реализуется посредством больниц, ключевого элемента системы здравоохранения и основной точка приложения реформы в этой сфере. В своей работе мы раскрыли структуру управления больниц, их классификацию и задачи.

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается самостоятельными и объединенными с больницами поликлиниками, медико-санитарными частями, диспансерами, детскими поликлиниками, женскими консультациями, поликлиническими отделениями центральных районных больниц, амбулаториями сельских участковых больниц, врачебными амбулаториями. Амбулаторно-поликлиническая помощь взаимосвязана со скорой и стационарной медицинской помощью. От степени взаимодействия и преемственности в работе лечебно-профессиональных учреждений зависит эффективность не только амбулаторно-поликлинической помощи, но и всего лечебно-диагностического.

В своей работе мы определили виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, а так же страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. Здесь мы раскрыли перечень этих заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Нормативные правовые акты

1 Конституция Российской Федерации//Российская газета. 2009.

января.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья

граждан//Ведомости РФ, 1993. № 33. Ст. 1318

Закон РСФСР от 28 июня 1991г. « О медицинском страховании граждан Российской Федерации»//Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1991. № 27. Ст. 920

Литературы

Буянова М.О. Право социального обеспечения Учебное пособие/М.О.

Буянова, С.И. Кобзева, З.А. Кондратьева. М.: Кнорус, 2005. 316 с.

Галаганов В.П. Право социального обеспечения: учебник для студ.

сред. проф. учеб. заведений/ В.П. Галаганов. 5-е изд., испр. М.: Издательский

центр «Академия», 2009. 416 с.

Гурочкина Ю.Д. Медицинское право/ Ю.Д. Гурочкина. Казань: КГУ,

. 256 с.

Мачульская Е.Е. Право социального обеспечения: учебник / Е.Е.

Мачульская. 2-е изд. М.: Издательство Юрайт; ИД Юрайт, 2011. 428 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Сравнительная таблица «Виды медицинской и медико-социальной помощи»

|  |  |
| --- | --- |
| Медико-социальной помощи | Медицинская помощь |
| первичная медико-санитарная помощь |  |
| скорая медицинская помощь | скорая медицинская помощь |
| специализированная медицинская помощь | амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике |
| медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми или опасными заболеваниями | стационарная помощь |

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Схема «Региональная система стационарных учреждений»

