

## Лекция 1. Система организации здравоохранения в РФ

Согласно Конституции Российской Федерации и Гражданского кодекса, охрана здоровья граждан и укрепление общественного здоровья лежит в основе социальной и экономической политики государства. Выполнение этой важной социальной политики призвана осуществлять государственная система здравоохранения.

Всю профилактическую работу по сохранению и поддержанию санитарно-противоэпидемического состояния в городах, поселках и сельских районах призваны осуществлять подразделения санитарно-эпидемического контроля Минздрава Российской Федерации. Указанная служба осуществляет контроль за качеством питьевой воды, продуктов питания, санитарным состоянием городов, соблюдением гигиенических норм труда, жилища, объектов питания и др. В задачи санитарно-эпидемиологической службы входит приведение профилактических прививок как плановых, так и по эпидемиологическим показаниям при опасности распространения группа, кори, полиомиелита, скарлатины и других инфекционных заболеваний.

Под здравоохранением как общественной функциональной системой понимается весь комплекс государственных, коллективно-групповых и личных мероприятий, направленных на защиту жизни и здоровья каждого человека и всего населения. В таком широком плане здравоохранение включает все элементы окружающей природной и социальной среды, в т.ч. и системы непосредственного жизнеобеспечения, а также образ и условия жизни населения, уровень его образования и культуры – все то, что способствует защите жизни и здоровья, максимальному продлению активной творческой жизни человека.

В более узком плане системой здравоохранения называют ту совокупность служб, органов и учреждений, которые непосредственно заняты медико-санитарным делом, изучением здоровья и его нарушений, профилактикой, распознаванием и лечением болезней.

Современная концепция здравоохранения рассматривает его не как социальную сферу, которая финансируется по остаточному принципу, а как *сферу жизнеобеспечения и безопасности*.

Как система сохранения и укрепления здоровья человека в РФ, здравоохранение включает следующие формы:

- **государственная система здравоохранения** – обеспечивает возможности обязательного применения медицинскими учреждениями единых наиболее эффективных методов работы, проведения плановых

оздоровительных и санитарно-гигиенических мероприятий, а также принципа общедоступности;

- **система страховой медицины;**
- **частная медицина** (клиники, кабинеты).

Система здравоохранения имеет два направления:

**1. Профилактическое,** основной задачей которого является предупреждение ослабления здоровья и развития заболевания.

Включает следующие виды деятельности:

- санитарно-гигиенические мероприятия;
- диспансерный метод, имеющий следующие особенности:

1) активное выявление больных с ранними стадиями заболевания и постоянное наблюдение за ними.

2) активное наблюдение за больными и их систематическое лечение.

3) патронаж – составная часть диспансерного метода – активное систематическое наблюдение за больными в домашней обстановке, изучение социально-бытовых и гигиенических условий их жизни.

Проводится в следующих учреждениях:

а) поликлиники (до 90% больных). Нуждающиеся в лечении после обращения направляются в больницы на госпитализацию.

б) диспансеры: специализированные или кабинеты при поликлиниках (туберкулезные, онкологические, психоневрологические)

Диспансеры являются лечебно-профилактическими учреждениями.

**II. Лечебное** – выполняют различные клиники, основная задача которых – оказание лечебной помощи с использованием медикаментозных методов лечения, физических методов, оперативного метода в хирургических отделениях.

Особую категорию занимает родильный дом, где оказывают лечебную и профилактическую помощь.

**Лечебно-профилактические учреждения здравоохранения:**

*1. Амбулаторные.*

а) амбулатория – лечебные учреждения, мед. помощь осуществляется в самом учреждении и на дому. От поликлиники отличается меньшим числом специалистов и объемом диагностических исследований.

б) поликлиника – самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение, или входит в состав объединения больницы, имеет лаборатории, диагностические кабинеты, процедурный кабинет, прием проводят врачи всех специальностей.

в) здравпункт – на промышленных предприятиях и ФАП в сельских местностях, оказывают первую квалифицированную медицинскую помощь,

проводят профилактические осмотры, следят за санитарным состоянием предприятия и соблюдением техники безопасности.

г) диспансер – лечебно-профилактическое учреждение, где находятся под наблюдением больные с определенным заболеванием (туберкулезом, кожно-венерологическим, психоневрологическим, онкологическим заболеваниями). Проводят лечение, профилактику, патронаж больных.

д) женская консультация – лечебно-профилактическое учреждение, где осуществляется лечение и профилактика гинекологических заболеваний, наблюдение за беременными, обучают уходу за новорожденными и личной гигиене.

е) станции скорой помощи – обеспечивают население мед. помощью в острых случаях.

## *2. Стационарные.*

а) больницы – лечебные учреждения для больных, нуждающихся в постоянном лечении и уходе. Строительство больниц осуществляется и расчета 100 коек на 10000 жителей. В зависимости от величины и подчинения различают больницы: республиканские, областные, краевые, городские, районные, сельские; по профилю: общего профиля и специализированные (туберкулезные, инфекционные, психиатрические).

б) госпитали – больница для лечения военнослужащих или инвалидов.

в) клиники – больничные учреждения, где осуществляется стационарное лечение больных и обучение студентов и выполнение НИР.

Главным направлением совершенствования организации здравоохранения становится обеспечение его целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, стандартизации, лицензированию и сертификации. При этом положительное влияние должна оказать система обязательного медицинского страхования как основа финансирования медицинской помощи в рамках государственных гарантий. На федеральном уровне утверждаются методики расчета нормативов обеспечения учреждений здравоохранения материальными, трудовыми и финансовыми ресурсами.

Программы здравоохранения субъектов Российской Федерации включают в себя программы государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью.

Развитие и совершенствование государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации являются важнейшим условием улучшения охраны здоровья населения страны. В основе законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан закреплён приоритет профилактических мер в укреплении и охране здоровья населения. Министерством здравоохранения Российской Федерации

разработан и осуществлен ряд организационных мероприятий, направленных на совершенствование и дальнейшее развитие этой важной сферы деятельности органов и учреждений здравоохранения.

### **Этапы лечения и оздоровления в РФ.**

В отечественном здравоохранении выделяют следующие этапы лечения и оздоровления:

I. **Диагностический** – выявление на раннем этапе изменений физиологических систем организма (нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварения). Для этой цели используются традиционные методы, а также современные экспресс-методы.

II. **Лечебно-профилактический** – восстановление ослабленных или нарушенных систем организма. В экстренных случаях назначается лечение (медикаментозное, оперативное).

III. **Реабилитационно-рекреационный** – осуществляется в условиях учреждений санаторно-курортной отрасли:

– *профилакторий* – оздоровительные учреждения для ослабленных или для долечивания после выписки из клиники;

- *санаторий местного типа* – профилактическое учреждение для лиц, перенесших сложные заболевания и с метеореакциями. Лицам, которым не рекомендуются поездки на отдаленные курорты с риском ухудшения здоровья. Показания для направления в них гораздо шире.

- *санаторий* – лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное, для лечения, профилактики и медицинской реабилитации с использованием приоритетно природных лечебных физических факторов;

- *пансионат с лечением*;

- *детский санаторий*;

- *санаторий матери и ребенка*;

- *санаторно-оздоровительный центр*;

- *дом отдыха*;

- *турбаза*;

В целом, в отечественном здравоохранении была разработана и эффективно действовала **трехэтапная система реабилитации**, где санаторно-курортным мероприятиям отводилась значительная роль.

**1 этап** – *поликлинический*, где могут получить первичную медицинскую помощь по месту жительства, как дети, так и взрослые. Для этих целей развернута сеть детских поликлиник, а также для обслуживания взрослых с 16 лет. Для студенческой молодежи функционируют студенческие поликлиники, для занимающихся физкультурой и спортом –

врачебно-физкультурные диспансеры, где наблюдаются высококлассные спортсмены и проходят медицинские осмотры перед соревнованиями.

Существуют, как было указано ранее, и другие диспансеры – противотуберкулезные, кожно-венерические, кардиологические и другие. В задачи последних входит раннее выявление, профилактика и лечение больных, а также длительное наблюдение за ними.

На поликлиническом или диспансерном этапах получают лечение до 75-90% всех первичных больных, а пациенты с осложненным течением, с обострением хронического заболевания или в экстренных случаях направляются на *клиническое лечение* или **II этап (клинический)**.

В условиях стационарного пребывания больные получают курс медикаментозной или комплексной терапии, а по показаниям им проводят *экстренные или плановые операции*. После оперативных вмешательств обязательным является назначение восстановительного лечения с использованием средств лечебной физкультуры, массажа, физиотерапии.

В среднем, стационарный этап в терапевтических клиниках составляет 14-18 дней, в хирургических 10-14 дней. В кардиологических (инфарктных) отделениях сроки пребывания удлиняются до 30-45 дней и объясняются тяжестью заболевания и этапностью реабилитации.

После выписки из стационара наступает **III этап – восстановительный** (поддерживающий), который проводится в условиях поликлинического наблюдения или санаторно-курортного оздоровления. Наибольший оздоровительный эффект отмечается при преемственности лечения и наблюдения за больными. Перевод пациента для восстановления физической и психологической активности в санаторий или профилакторий местного типа, которые обычно располагаются по месту жительства в загородной зоне, позволяет за срок пребывания 30-45 дней получить значительные результаты.

По показаниям и с целью закрепления результатов лечения пациенты направляются в санаторно-курортные организации. Выбор курортов зависит от наличия курортных лечебных факторов, таких, как минеральные воды, лечебные грязи, благоприятный климат и других специфических лечебных факторов (нафталан, кумысолечение, спелеолечение и др.).

Показания к назначению курортного лечения и сезонность пребывания определяются лечащим врачом. При этом необходимо строгое соблюдение медицинских предписаний, невыполнение которых снижает оздоровительную эффективность, а в отдельных случаях, является причиной обострения заболевания и даже гибели людей, например в постинфарктном состоянии, при микроинсультах и др.

## **Сущность и осуществление курортной медицины**

Функционирование курортной отрасли требует разработки новых структурно-организационных форм, основанных на учете исторических, региональных и национальных особенностей курортного дела. В последние годы под сомнение ставится и сам термин «Курортология». Он был предложен видным энтузиастом курортного дела И.А.Багашевым на Всероссийском съезде по улучшению естественных лечебных местностей (т.е. курортов) в Петрограде в 1915г. Термин «курортология» образован от немецкого слова «курорт» (die Kuhr - лечение, der Ort - место).

**Курортология** охватывает достаточно полно многообразие содержания предмета, это емкий термин (включающий климатологию, бальнеологию, гидротермальную медицину, ландшафтотерапию и др).

**Курортотерапия** отражает лечебную сторону курортного дела. Чаще в этом контексте употребляют более официальное словосочетание «санаторно-курортное лечение».

В отличие от западных курортов, где основное курортное учреждение – гостиница с барами, казино, кабаре и т.д., и где не обязательно развитие курортной медицины, отечественные курорты, не имея гостиничного сектора высокого класса, заслуженно считают своим главным достоинством развитую курортную медицину, позволяющую оптимально использовать курортные ресурсы для оздоровления людей.

Таким образом, в курортной медицине предусматривается организация работы по формированию санаторно-курортного продукта, в основе которого заложена лечебная или оздоровительная технология, улучшающая качество жизни. Социальное значение курортной медицины заключается в создании значимой части целостной системы охраны здоровья за счет формирования подсистемы «отдых» (для здоровых).

Отечественная курортология разработала комплексную систему показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению и оздоровлению при различных заболеваниях. При этом внедрены рациональных схемы комплексной реабилитации с учетом, возрастных, половых и профессиональных особенностей организма отдыхающих.

Вместе с тем, в связи с вступлением России в рыночную экономику изменились условия функционирования курортной отрасли, что требует разработки новых структурно-организационных форм, основанных на учете исторических, региональных особенностей и рекреационно-оздоровительных возможностей курортных факторов ослабленных и больных и повышении рентабельности санаторно-курортной отрасли за счет внедрения закономерностей бизнеса и технологии управления качеством обслуживания.

Курортная медицина занимает особое место в системе здравоохранения. При правильном ее использовании оказывает существенное положительное влияние на уровень здоровья как отдельных людей, так и народа в целом. После успешно проведенного курортного лечения число дней нетрудоспособности снижается в 3-4, а то и 6-8 раз.