ФЕДЕРАЛЬНОЕ МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Факультет государственного и муниципального образования

Специальность 080504.65 «Государственное и муниципальное

управление»

Кафедра государственного управления

**РЕФЕРАТ**

на тему: **Деятельность здравоохранения по охране здоровья**

 **населения**

студент 3 курса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

группа 131 взЧ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2007 г.

Руководитель практики:

 «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2007 г.

СОДЕРЖАНИЕ:

ВВЕДЕНИЕ 3

**1 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.** 4

1.1 Основные теоретические и организационные принципы современного здравоохранения 4

1.2 Социальная медицина и управление здравоохранением как врачебная специальность и наука о здоровье населения 5

1.3 Современные теории медицины и здравоохранения 6

**2 ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ** 7

2.1 Социальные и биологические факторы здоровья 7

2.2 Понятие о профилактике. Основные ее принципы и виды 7

2.3 Образ жизни как медико-социальный фактор здоровья 8

2.4 Понятие о медицинской активности и здоровом образе жизни 9

2.5 Здоровье как показатель эффективности медико - профилактической деятельности 11

2.6 Определение здоровья. Основные методы его изучения. 12

**3 ОРГАНИЗАЦИОННО - ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ** 14

3.1 Основные правовые принципы охраны здоровья населения 14

3.2 Правовой статус муниципальной системы здравоохранения 18

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ** 21

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ** 23

# ВВЕДЕНИЕ

Процессы социально-экономического реформирования, охватившие все сферы жизнедеятельности населения России, в частности – населения Читинской области, в значительной степени изменяют медико-социальную ситуацию, формы медико-санитарного обеспечения, критерии и показатели работы медицинских учреждений. Появляются новые данные о показателях общественного здоровья, факторах риска окружающей среды и образа жизни. Входят в повседневную деятельность медицинских работников новые формы хозяйственного механизма, экономических отношений, программно-целевого планирования. Новую интерпретацию получают изданные ранее законодательные и нормативные документы. Происходят изменения в структуре и формах первичной медицинской помощи и обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Это определяет необходимость подготовки новых учебных пособий.

В настоящее время система здравоохранения, показатели и нормативы медико-социального обеспечения все еще не стабильны. Не отработана четкая стратегия развития здравоохранения на ближайшие и отдаленные сроки. Новую информацию о современных проблемах здоровья и здравоохранения можно получить только при непосредственном общении со специалистами. Как правило, материал, содержащийся в литературе, достаточно обширен, разбросан, что усложняет рассмотрение обязательных положений, методов, показателей.

Изучение проблемы здоровья населения продиктовано необходимостью выявления зависимости между состоянием здоровья и санитарно-бытовыми условиями жизни в суровых природно-климатических условиях региона.Для Восточного Забайкалья необходимо получение интегральной оценки здоровья, позволяющей построить математическую модель, описывающую количественную зависимость между степенью выраженности факторов окружающей Среды и показателями здоровья.

**1 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

**1.1 Основные теоретические и организационные принципы современного здравоохранения**

Понятие «здравоохранение» означает деятельность по сохранению, улучшению, обеспечению и укреплению здоровья различных групп населения. Основными законодательными актами закреплено право человека на охрану и укрепление здоровья. Оптимизация системы здравоохранения является важнейшей частью социально-экономической политики государства. Здравоохранение рассматривается как государственная система с единством целей, взаимодействия и преемственностью служб (лечебных и профилактических), всеобщей доступностью квалифицированной медицинской помощи, реальной гуманистической направленностью.

Приоритетным структурным элементом системы здравоохранения является профилактическая деятельность медицинских работников, развитие медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни среди различных групп населения.

Главное направление в развитии и совершенствовании здравоохранения на современном этапе - охрана материнства и детства, создание оптимальных социально-экономических, правовых и медико-социальных условий для укрепления здоровья женщин и детей, планирование семьи, решение медико-демографических проблем.

Государственный характер здравоохранения обеспечивает финансирование, подготовку и усовершенствование кадров. Деятельность органов и учреждений осуществляется на основе государственного законодательства и нормативно-правовых документов. Принцип единства медицинской науки и практики реализуется в виде совместной деятельности и внедрения научных разработок в учреждениях здравоохранения.

К числу важнейших теоретических проблем здравоохранения относятся: социальная обусловленность общественного здоровья, болезнь как биосоциальный феномен, основные категории здравоохранения (общественное здоровье, материально-экономическая база, кадры и т. д.), формы и пути развития здравоохранения при различных социально-экономических условиях и др.

Всемирной организацией здравоохранения определены 4 категории обобщенных показателей, которые характеризуют состояние здравоохранения в стране:

1) показатели, относящиеся к политике в области здравоохранения;

2) социальные и экономические показатели;

3) показатели обеспеченности медико-социальной помощью;

4) показатели состояния здоровья населения.

**1.2 Социальная медицина и управление здравоохранением как врачебная специальность и наука о здоровье населения**

Основатели отечественной социальной медицины определяли социальную медицину как науку об общественном здоровье и здравоохранении. Основной ее задачей являются изучение влияния медико-социальных факторов, условий и образа жизни на здоровье различных групп населения, разработка научно обоснованных рекомендаций по предупреждению и устранению неблагоприятных социальных условий и факторов, а также оздоровительных мероприятий для повышения уровня здоровья населения. Основное назначение социальной медицины и управления здравоохранением как науки и учебной дисциплины - оценка критериев общественного здоровья и качества медицинской помощи, их оптимизация.

Методы медико-социальных исследований:

1) исторический;

2) динамического наблюдения и описания;

3) санитарно-статистический;

4) медико-социологического анализа;

5) экспертных оценок;

6) системного анализа и моделирования;

7) организационного эксперимента;

8) планово-нормативный и др.

Социальная медицина - это наука о стратегии и тактике здравоохранения. Объектами медико-социальных исследований являются:

1) группы лиц, население административной территории;

2) отдельные учреждения (поликлиники, стационары, диагностические центры, специализированные службы);

3) органы здравоохранения;

4) объекты окружающей среды;

5) общие и специфические факторы риска различных заболеваний и др.

**1.3 Современные теории медицины и здравоохранения**

Знание современных теорий медицины и здравоохранения позволяет избегать ошибочных положений при оценке воздействия факторов окружающей и социальной среды на здоровье человека. Отдельные теории условно могут быть распределены на 2 группы.

1. Теории народонаселения и здравоохранения (преимущественно социологизаторские, натуралистические): мальтузианство, неомальтузианство, теория «оптимума населения», расизм, патернализм, евгеника (расовая гигиена); социал-дарвинизм, органическая теория Г. Спенсера, социальная экология; теория «болезней цивилизации» и социальной дизадаптации; теория конвергенции в здравоохранении; теория факторов; теория «порочного круга», нищеты и болезней.

Эта группа включает теории народонаселения и здравоохранения, которые сопряжены с такими понятиями, как сущность демографических явлений, особенно воспроизводства населения, политика здравоохранения, развитие общественного здравоохранения.

2. Теории медицины: патологии (медико-биологические, психологизаторские), теория «стресса» и общего адаптационного синдрома Г. Селье; фрейдизм, неофрейдизм; психоаналитическая психосоматика; неогиппократизм; биотипология.

Эта группа объединяет теории о сущности патологических процессов, медико-биологических и социально-психологических состояний.

**2 ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ**

**2.1 Социальные и биологические факторы здоровья**

Показатели здоровья и заболеваемости используются применительно к конкретным группам здоровых и больных людей. Это обязывает подходить к оценке образа жизни человека не только с биологических, но и с медико-социальных позиций. Социальные факторы обусловлены социально-экономической структурой общества, уровнем образования, культуры, производственными отношениями между людьми, традициями, обычаями, социальными установками в семье и личностными характеристиками. Большая часть этих факторов вместе с гигиеническими характеристиками жизнедеятельности входит в обобщенное понятие «образ жизни», доля влияния которого на здоровье составляет более 50% среди всех факторов.

Биологические характеристики человека (пол, возраст, наследственность, конституция, темперамент, адаптационные возможности и др.) составляют в общей доле воздействия факторов на здоровье не более 20%. Как социальные, так и биологические факторы воздействуют на человека в определенных условиях окружающей среды, доля влияния которых составляет от 18 до 22%. Только незначительная часть (8-10%) показателей здоровья определяется уровнем деятельности медицинских учреждений и усилиями медицинских работников. Поэтому здоровье человека - это гармоническое единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными свойствами, а болезнь - нарушение этой гармонии.

**2.2 Понятие о профилактике. Основные ее принципы и виды**

Профилактика - составная часть медицины. Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия. Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства. Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики.

Первичная профилактика - это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.). К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию и др. Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома называются лечебно-профилактическими учреждениями.

Вторичная профилактика - это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Ряд специалистов предлагают термин «третичная профилактика» как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию.

Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни.

**2.3 Образ жизни как медико-социальный фактор здоровья**

Образ жизни - ведущий обобщенный фактор, определяющий основные тенденции в изменении здоровья, рассматривается как вид активной жизнедеятельности человека. В структуру образа жизни с его медико-социальной характеристикой входят:

1) трудовая деятельность и условия труда;

2) хозяйственно-бытовая деятельность (вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.);

3) рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой;

4) социолизаторская деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками); 5) планирование семьи и взаимоотношения членов семьи;

6) формирование поведенческих характеристик и социально-психологического статуса;

7) медико-социальная активность (отношение к здоровью, медицине, установка на здоровый образ жизни).

С образом жизни связывают такие понятия, как уровень жизни (структура доходов на человека), качество жизни (измеряемые параметры, характеризующие степень материальной обеспеченности человека), стиль жизни (психологические индивидуальные особенности поведения), уклад жизни (национально-общественный порядок жизни, быт, культура).

**2.4 Понятие о медицинской активности и здоровом образе жизни**

Под медицинской активностью понимают деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья в определенных социально-экономических условиях. Медицинская (медико-социальная) активность включает: наличие гигиенических навыков, выполнение медицинских рекомендаций, участие в оздоровлении образа жизни и окружающей среды, умение оказывать первую доврачебную помощь себе и родственникам, использовать средства народной, традиционной медицины и др.

Повышение уровня медицинской активности и грамотности населения - важнейшая задача участкового врача-терапевта и педиатра (особенно семейного врача). Важной составной частью медико-социальной активности является установка на здоровый образ жизни (ЗОЖ).

ЗОЖ - это гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, активизацию защитных сил организма, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Таким образом, ЗОЖ можно рассматривать как основу профилактики заболеваний. Он направлен на устранение факторов риска (низкий уровень трудовой активности, неудовлетворенность трудом, пассивность, психоэмоциональная напряженность, невысокая социальная активность и низкий культурный уровень, экологическая безграмотность, гиподинамия, нерациональное, несбалансированное питание, курение, употребление алкоголя, наркотических и токсических веществ, напряженные семейные отношения, нездоровый быт, генетический риск и др.). ЗОЖ является важным фактором здоровья (повышает трудовую активность, создает физический и душевный комфорт, активизирует жизненную позицию, защитные силы организма, укрепляет общее состояние, снижает частоту заболеваний и обострений хронических заболеваний).

Формирование здорового образа жизни - это создание системы преодоления факторов риска в форме активной жизнедеятельности людей, направленной на сохранение и укрепление здоровья. ЗОЖ включает следующие компоненты:

1) сознательное создание условий труда, способствующих сохранению здоровья и повышению работоспособности;

2) активное участие в культурных мероприятиях, занятиях физкультурой и спортом, отказ от пассивных форм отдыха, тренировка психических способностей, аутотренинг, отказ от вредных привычек (употребления алкоголя, курения), рациональное, сбалансированное питание, соблюдение правил личной гигиены, создание нормальных условий в семье;

3) формирование межличностных отношений в трудовых коллективах, семьях, отношения к больным и инвалидам;

4) бережное отношение к окружающей среде, природе, высокую культуру поведения на работе, в общественных местах и транспорте;

5) сознательное участие в профилактических мероприятиях, проводимых медицинскими учреждениями, выполнение врачебных предписаний, умение оказывать первую медицинскую помощь, чтение популярной медицинской литературы и др.

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ пропаганда ЗОЖ является обязанностью не только органов государственного управления, ни и каждого медицинского работника. При этом используются методы устной, печатной, наглядной (изобразительной) и комбинированной пропаганды.

Метод устной пропаганды является наиболее эффективным. Это самый популярный, экономичный, простой и доступный в организационном отношении метод. Он включает следующие средства пропаганды: лекции, беседы, дискуссии, конференции, кружковые занятия, викторины.

Метод печатной пропаганды охватывает широкие слои населения. Он включает статьи, санитарные листки, памятки, листовки, стенные газеты, журналы, буклеты, брошюры, книги, лозунги.

Наглядный метод - самый многообразный по числу входящих в него средств. Их можно разделить на 2 группы: натуральные объекты и изобразительные средства (объемные и плоскостные).

Комбинированный метод - метод массовой пропаганды, при которой происходит одновременное воздействие на слуховые и зрительные анализаторы.

**2.5 Здоровье как показатель эффективности медико - профилактической деятельности**

Любой вид врачебной деятельности, комплекс оздоровительных, гигиенических и профилактических мероприятий в отдельных коллективах и на административной территории должен оцениваться с точки зрения социальной, медицинской и экономической их эффективности. Ведущим критерием оценки эффективности могут быть только показатели здоровья в динамике (снижение заболеваемости, смертности, инвалидизации, увеличение продолжительности периода трудовой деятельности и др.). Эффективность оценивается как отношение полученного результата к произведенным затратам.

В здравоохранении не может преследоваться цель экономии средств на здоровье человека или экономии за счет здоровья. Экономическое обоснование лечебно-профилактических мероприятий, анализ использования средств в здравоохранении необходимы для выбора наиболее оптимальных вариантов ассигнования, достижения наилучших результатов в охране здоровья населения. Основные слагаемые экономической эффективности (или предотвращенного ущерба) следующие:

* прирост продукции за счет уменьшения времени, потерянного трудящимися из-за временной нетрудоспособности, инвалидности, преждевременной смерти;
* уменьшение потерь от снижения производительности труда работников, ослабленных болезнью;
* сокращение дополнительных затрат на оздоровление и технику безопасности на участках с вредными и тяжелыми условиями труда;
* уменьшение затрат на дополнительную подготовку работников, замещающих заболевших и инвалидов;
* сокращение расходов на медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения в связи с уменьшением численности пациентов;
* уменьшение затрат на социальное страхование временной нетрудоспособности.

Если после проведения прививок (оздоровительных мероприятий и др.) заболеваемость рабочих снизилась на 800 рабочих дней, то экономической эффективностью будет являться сохраненная стоимость этих рабочих дней, умноженная на стоимость выпускаемой продукции за каждый из 800 дней.

**2.6 Определение здоровья. Основные методы его изучения.**

Здоровье - это такое состояние, которое обеспечивает оптимальное взаимоотношение организма с окружающей средой и способствует активизации всех видов жизнедеятельности человека (трудовой, хозяйственной, бытовой, рекреационной, социолизаторской, планирования семьи, медико-социальной и др.). Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов». Имеются другие определения, среди которых здоровье индивидуума рассматривается как динамическое состояние сохранения и развития его биологических, физиологических и психических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимально продолжительной и активной жизни.

Основными критериями, характеризующими общественное здоровье, являются:

* медико-демографические (рождаемость, смертность, естественный прирост, младенческая смертность, частота рождения недоношенных детей, ожидаемая средняя продолжительность жизни) (таблица 1);
* заболеваемость (общая, инфекционная, с временной утратой трудоспособности, по данным медицинских осмотров, основными неэпидемическими заболеваниями, госпитализированная) (таблица 2,3,4);
* первичная инвалидность (таблица 5);
* показатели физического развития;
* показатели психического здоровья.

Все критерии оцениваются в динамике. Важным критерием оценки здоровья населения следует считать индекс здоровья, то есть долю не болевших на момент исследования (в течение года и т. д.). Можно учитывать долю лиц с хроническими формами заболеваний, часто и длительно болеющих и др.

Сведения о состоянии здоровья (заболеваемости) можно получить на основании проведенных медицинских осмотров, обращаемости населения за медицинской помощью, результатов специальных выборочных исследований, данных о причинах смерти и др.

При оценке здоровья население распределяется по группам здоровья:

1-я группа (здоровые) - это лица, которые не имеют жалоб, хронических заболеваний в анамнезе, функциональных отклонений и органических изменений;

2-я группа (практически здоровые) - лица, у которых имеются хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии, функциональные изменения в органах и системах, не влияющие на их деятельность и трудоспособность;

3-я группа - больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, субкомпенсации или декомпенсации.

**3 ОРГАНИЗАЦИОННО - ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**3.1 Основные правовые принципы охраны здоровья населения**

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медико-социальной помощи в случае утраты здоровья.

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Основными правовыми принципами охраны здоровья граждан являются:

* 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.

Задачами законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан являются:

* определение ответственности и компетенции Комитета здравоохранения Читинской области в вопросах охраны здоровья граждан в соответствии с Федеративным договором, а также определение ответственности и компетенции в этих вопросах органов местного самоуправления;
* правовое регулирование деятельности предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
* определение прав граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения;
* определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты.

Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается проведением мероприятий по охране окружающей природной среды, созданию благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан; производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство обеспечивает гражданам право на охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, вероисповедания, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

Гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемическом состоянии района проживания, рациональных нормах питания, продукции, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эти сведения предоставляются местной администрацией средствам массовой информации или непосредственно гражданам по их запросам в порядке, установленном Правительством РФ. В интересах охраны здоровья граждан реклама алкогольных напитков и табачных изделий в средствах массовой информации запрещена. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

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. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программой ОМС.

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

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 проводится по их личному заявлению в специализированных учреждениях.

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 органами санэпиднадзора вследствие заразного заболевания. 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 установленном законом порядке.

Организационно-правовые предпосылки медицинской и фармацевтической деятельности

Право на занятие медицинской или фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, имеющие также сертификат специалиста и лицензию.

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку в порядке, установленном МЗ РФ. Лица, не имеющие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, могут быть допущены к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, установленном МЗ РФ.

Врачи или провизоры, не работавшие по своей специальности более 5 лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Лица, получившие медицинскую или фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской или фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а также после получения лицензии на занятие определенными Министерством здравоохранения Российской Федерации видами деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской или фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**3.2 Правовой статус муниципальной системы здравоохранения**

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, которые являются юридическими лицами.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема и качества медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Правовой статус медицинских учреждений индивидуально-частного предпринимательства

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские структуры, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с «Основами законодательства об охране здоровья граждан» и другими законодательными актами Российской Федерации и местных органов власти.

Правовые основы трудовой деятельности медработников. Понятие трудового права

В соответствии с Конституцией Российской Федерации каждый гражданин имеет право на труд, который он свободно выбирает или на который свободно соглашается, право распоряжаться своими способностями к труду, выбирать профессию и род занятий, а также право на защиту от безработицы. Трудовое право является самостоятельной отраслью в правовой системе нашего государства и представляет собой совокупность юридических норм, регулирующих трудовые отношения всех работников, деятельность которых основана на трудовом договоре (контракте).

Трудовое законодательство предоставляет каждому работнику право на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены; на возмещение ущерба, причиненного здоровью в связи с работой; на равное вознаграждение за равный труд без какой бы то ни было дискриминации и не ниже установленного законом минимального размера; на отдых, обеспечиваемый установлением предельной продолжительности рабочего времени, предоставлением еженедельных выходных дней, праздничных дней, а также оплачиваемых ежегодных отпусков; на объединение в профессиональные союзы; на социальное обеспечение; на судебную защиту своих трудовых прав.

Трудовое право в качестве своих источников имеет множество нормативных актов неодинаковой юридической силы и с разнообразной сферой применения. Нормативные акты о труде делятся на: законы (Конституция РФ, КЗоТ); подзаконные акты (постановления Правительства, приказы и положения, инструкции министерств и ведомств); локальные нормативные акты (решения администрации конкретного учреждения, принятые, как правило, совместно или по согласованию с профсоюзным комитетом).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В настоящее время проблема анализа качества жизни населения в целом и состояние его здоровья приобретает достаточно четко выраженный прикладной акцент. Сложилась ситуация, когда практика не может ждать завершения исследовательских работ в отмеченных направлениях.

В годовых докладах о состоянии здоровья жителей Читинской области среди факторов, определяющих продолжительность жизни населения, его заболеваемость и т. п. не нашлось места таким, которые характеризовали бы собственно систему здравоохранения, условия жилья, быта, качество питания и экологическую ситуацию в регионе.

Связанно это, скорее всего, с остающейся неопределенностью в дефиниции качества жизни населения, его основных составляющих. Отсюда и трудности в определении основных направлений аналитических работ, и существенный «разнобой» в выборе индикаторов для оценки состояния общественного здоровья населения Читинской области.

В тоже время в области идет подготовительная работа по разграничению полномочий государственной власти в муниципальных образованиях, в том числе по вопросам здравоохранения. Больших изменений организации медицинской помощи в области не предполагается, более того часть специализированной помощи особенно по социально-значимым заболеваниям (психиатрия, туберкулез, наркология) остается на уровне муниципальных образований. Передача всей специализированной помощи на уровень субъекта ухудшит доступность получения этой помощи населением, особенно отдаленных районов. Реорганизация служба крови на территории с низкой плотностью населения и большой удаленностью населенных пунктов от областного центра (максимальное расстояние 800 км.) может ухудшить качество оказания медицинской помощи, особенно в экстренных случаях при необходимости применения компонентов крови, в части быстрой доставки крови в центральные районные больницы. Данная ситуация диктует необходимость сохранения отделений переливания крови на уровне муниципальных образований в качестве филиалов Областной станции переливания крови.

О государственных гарантиях медицинской помощи - считаем, что необходимо иметь единые минимальные, гарантированные государством, стандарты оказания медицинской помощи обеспеченные финансированием. В случае недостаточности финансовых средств в субъекте, должно быть гарантированное выравнивание уровня финансирования Территориальной программы государственных гарантий субъекта за счет субвенции, дотаций из федерального бюджета.

Созданная в области трехуровневая система контроля качества медицинской помощи дает возможность слежения за уровнем доступности квалифицированной медицинской и лекарственной помощи населению, но при этом необходимо узаконить приказами введение должностей экспертов по качеству оказания медицинской помощи в лечебные учреждения. В дотационных территориях, каковым является Читинская область, объем платных медицинских услуг населению незначительный, и не превышает 3-4% от общего уровня финансирования здравоохранения.

Трудностями развития службы врача общей практики на сегодняшний день является то, что в период первичного формирования службы врачей общей практики не были централизованно решены вопросы создания материально-технической базы общих врачебных практик и обучение врачей, из-за сложной финансово-экономической ситуации в области, каковым оно и сохраняется на сегодняшний день.

Обобщая вышесказанное, состояние общественного здоровья можно трактовать как интегральную категорию, всесторонне характеризующую уровень и степень благосостояния, социального и духовного развития человека, а также его физическое здоровье.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И**

**ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Конституция РФ.
2. Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта "Здоровье". Утверждены президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов (протокол № 2 от 21 декабря 2005 г.).
3. Правительство РФ. Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу. Одобрены на заседании Правительства Российской Федерации 28 июня 2000 г.
4. Бестужев–Лада И.В. Современные концепции уровня, качества и образа жизни. М.,1978
5. Вишняков Н. И. (ред.). Экспертиза нетрудоспособности в здравоохранении: Учебно-методическое пособие. - СПб, 1995. - 39 с.
6. Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении. – Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 5-11.
7. Журавлева К. И. Статистика в здравоохранении. - М.: Медицина, 1981. - 176 с.
8. Кича Д. И. Здоровье и потребность семьи в медико-социальной помощи. - М., 1993. - 65 с.
9. Комаров Ю. М. (ред.). Концепция дальнейшего развития здравоохранения и прикладной медицинской науки в Российской Федерации. - М., 1994. - 180 с.
10. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции: Учебное пособие. - М.: Медицина, 1992. - 509 с.
11. Миняев В. А. (ред.). Методические указания к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения. - Л., 1991. - 110 с.
12. Образ жизни населения России: последствия реформ //СоцИс.2001.№4
13. Постановление Правительства РФ «Об утверждении Положения о социально-гигиеническом мониторинге» от 01.06.2000г. №426
14. Римашевсакя Н.М. Система моделей уровня жизни населения. М.,1980
15. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю. П. Лисицына. - М.: Медицина, 1984. - Т. 1, 2.
16. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. - М.: Медицина, 1984. - 630 с.
17. Сырцова Л. Е., Костродымов Н. Н. и др. Основы управления в здравоохранении и менеджмент // Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. - М., 1994. - С. 140-169.
18. Учебное пособие по медицинской статистике / Под ред. Е. Я. Белицкой. - Л., 1972. - С. 141-146.
19. Шкуркин А.М., Шкуркин А.А. Мониторинг качества жизни населения муниципального образования: проблемы, принципы и перспективы построения. Хабаровск, 2000. - 69 с.
20. Юрьев В. К. Здоровье населения и методы его изучения: Учебное пособие. - СПб, 1993. - 144 с.