



# ОГЛАВЛЕНИЕ

---

Предисловие .....	7
Список сокращений и условных обозначений .....	9
<b>Глава 1.</b> Историческое развитие и основы оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации ( <i>Н.А. Касимовская</i> ) .....	10
1.1. Исторические вехи развития первичной медико-санитар- ной помощи в России. ....	10
1.2. Основы организации системы здравоохранения в Российской Федерации. ....	18
1.3. Основы медицинского страхования в Российской Федерации. ....	24
<b>Глава 2.</b> Управление здоровьем населения. Профилактика неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирование здорового образа жизни ( <i>Н.А. Касимовская, Н.М. Шустикова, М.М. Волкова</i> ) .....	29
2.1. Проблема неинфекционной заболеваемости. Стратегии управления здоровьем населения .....	29
2.2. Виды медицинской профилактики неинфекционных заболеваний .....	32
2.3. Профилактические вмешательства и стратегии профилактики .....	35
2.4. Факторы риска развития неинфекционных болезней ...	40
2.5. Основы организации системы профилактики в Российской Федерации. ....	44
2.6. Технологии профилактики хронических неинфекционных заболеваний .....	53
2.7. Организация профилактических мероприятий на фельдшерско-акушерских пунктах. ....	58
2.8. Иммунопрофилактика. Порядок проведения профилактических прививок .....	60
<b>Глава 3.</b> Организация и структура оказания первичной медико-санитарной помощи ( <i>Н.А. Касимовская, Е.В. Фомина, С.А. Ивлева</i> ) .....	73
3.1. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь. Организация поликлиники для взрослых. ....	73

3.2. Организация первичной медико-санитарной помощи  
детям. .... 91

**Глава 4.** Организация и сроки проведения  
диспансеризации и профилактических медицинских  
осмотров (Н.А. Касимовская, С.А. Ивлева) ..... 99

4.1. Оценка состояния здоровья определенных групп  
населения ..... 99

4.2. Организация профилактических медицинских  
осмотров ..... 109

4.3. Организация профилактических медицинских  
осмотров несовершеннолетним ..... 126

4.4. Организация углубленной диспансеризации  
для переболевших новой коронавирусной инфекцией. .... 127

4.5. Организация диспансерного наблюдения  
за пациентами, имеющими хронические заболевания ..... 131

**Глава 5.** Информатизация системы здравоохранения  
(Н.А. Касимовская, И.А. Полещук) ..... 137

5.1. История и мировой опыт внедрения информационно-  
коммуникационных технологий в системе  
здравоохранения Российской Федерации ..... 137

5.2. Современное состояние информатизации  
в российской системе здравоохранения ..... 140

5.3. Обеспечение защиты прав и свобод человека  
и гражданина при обработке его персональных данных ..... 152

**Глава 6.** Основы организации безопасной  
окружающей среды в медицинской организации  
(М.В. Кривецкая, Н.А. Ульянова, О.И. Моругина) ..... 156

6.1. Основные тенденции и факторы риска  
распространения инфекционных болезней. .... 156

6.2. Основы асептики и антисептики. Принцип  
индивидуальной изоляции при выполнении  
медицинских вмешательств ..... 159

6.3. Меры индивидуальной защиты медицинского  
персонала и пациентов при выполнении медицинских  
вмешательств ..... 161

6.4. Дезинфекция и предстерилизационная очистка  
медицинских изделий ..... 167

6.5. Организация рабочего места и безопасной среды для проведения работ по стерилизации медицинских изделий . . . . .	179
6.6. Санитарно-эпидемиологические требования к медицинской организации. . . . .	180
6.7. Санитарные правила обращения с медицинскими отходами . . . . .	184
<b>Глава 7.</b> Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (Е.А. Мамленкова, С.А. Ивлева) . . . . .	196
7.1. Основы безопасности медицинской деятельности . . . . .	196
7.2. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности . . . . .	199
7.3. Источники информации, используемые при проведении внутреннего контроля. . . . .	204
7.4. Проведение плановых и внеплановых проверок . . . . .	206
7.5. Контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом . . . . .	210
<b>Глава 8.</b> Требования охраны труда при обращении с острыми (колющими и режущими) инструментами (Н.А. Касимовская, Е.А. Мамленкова). . . . .	218
8.1. Основы допуска медицинских работников к работе с острыми инструментами и медицинскими расходными материалами . . . . .	218
8.2. Требования охраны труда при работе с биологическими жидкостями пациентов. . . . .	220
8.3. Профилактические мероприятия (экстренная профилактика) при возникновении аварийных ситуаций с риском инфицирования медицинских работников. . . . .	224
<b>Глава 9.</b> Организация и оказание экстренной медицинской помощи (Н.А. Касимовская, Н.С. Гераськина, Е.В. Егорова). . . . .	229
9.1. Организация экстренной медицинской помощи . . . . .	229
9.2. Состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти . . . . .	234
9.3. Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации . . . . .	236

9.4. Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме .....247

**Глава 10.** Этика и деонтология в профессиональной деятельности медицинской сестры (Н.А. Касимовская, Е.В. Фомина, Л.Н. Воронова)..... 251

10.1. Этика и деонтология в медицине .....251

10.2. Этико-деонтологические принципы в работе медицинских сестер..... 255

10.3. Формирование взаимоотношений медицинской сестры с пациентами и их родственниками..... 259

10.4. Основы психологии общения ..... 260

10.5. Организационная и корпоративная культура в профессиональной деятельности медицинской сестры ... 267

10.6. Технологии командной работы междисциплинарной бригады.....271

10.7. Правила индивидуального и группового профилактического консультирования .....276

Приложение 1.....281

Рекомендации для пациентов с факторами риска .....281

Литература ..... 294

Список использованных источников..... 294

Дополнительная литература ..... 297

Предметный указатель..... 298

# ПРЕДИСЛОВИЕ

---

*Следить надо за здоровыми,  
чтобы они не стали больными.*

*Флоренс Найтингейл*

Существующий мировой опыт разработки и реализации различных концепций, стратегий сохранения и укрепления здоровья населения свидетельствует о том, что оптимальной из них является профилактика. Профилактика имеет многовековую историю и неоспоримые доказательства высокой результативности ее применения. Профилактическая направленность здравоохранения закреплена в стратегических и нормативно-правовых документах международного, национального и регионального уровня, что обуславливает ее приоритетность в реализации социальной политики государства. Развитие системы профилактики особенно важно в условиях первичной медико-санитарной помощи, где значимая часть участия в профилактических мероприятиях приходится на профессиональную деятельность средних медицинских работников, в том числе медицинских сестер. Перед системой подготовки медицинских кадров среднего звена стоит важная задача — выпуск специалистов, квалифицированных в вопросах профилактики, таких как предупреждение факторов риска и их воздействие на человека, развитие хронических и инфекционных заболеваний, организация и проведение медицинских осмотров, диспансеризации, консультирования пациентов и др.

Профилактическая направленность в деятельности сестринского персонала в первичном звене — надежный и эффективный инструмент сохранения здоровья и повышения качества жизни населения страны, что является приоритетной задачей российской системы здравоохранения и общества. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования 34.02.01 «Сестринское дело» предусматривает, что «медицинская сестра/медицинский брат» в процессе обучения готовятся к профессиональной деятельности, в том числе и по проведению профилактических мероприятий. Материалы учебника структурированы и подготовлены в соответствии с профессиональным стандартом и направлены на формирование у обучающихся компетенций в соответствии с ФГОС.

Учебник «Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению» представлен материалами, включающими основные темы, подготовка по которым позволит выпускнику быть готовым к выполнению профессиональной деятельности в первичном звене.

Все конструктивные замечания и предложения по содержанию и порядку изложения материалов будут приняты авторами с благодарностью.

С уважением,  
заведующая кафедрой управления сестринской деятельностью  
и социальной работы Института психолого-социальной работы  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  
Минздрава России (Сеченовский Университет),  
канд. мед. наук, доцент, Касимовская Н.А.

## ГЛАВА 1

# ИСТОРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

---

### **1.1. ИСТОРИЧЕСКИЕ ВЕХИ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ**

В России амбулаторная помощь больным впервые появилась в конце XI в. В 1089 г. в Киевской Руси «безвозмездное врачевание» было вменено в обязанность «больницам, находящимся при церквях». В такие больницы за помощью обращался простой люд, прием вели знахари и знахарки. Вплоть до XVI в. медицинская деятельность не контролировалась и не регулировалась.

**Организации или службы здравоохранения.** При Иване IV Грозном после создания централизованного русского государства была учреждена так называемая аптека (1581). Однако функции ее ограничивались оказанием медицинской помощи царю, его семье и ближним боярам. В дальнейшем был учрежден Аптекарский приказ по управлению медицинским делом государства. В 1620 г. возникли первые светские амбулатории, где прием вели врачи. Значимую роль в ускорении организации амбулаторий сыграли быстро распространившиеся в то время тяжелые эпидемии оспы, чумы; реорганизации всего медицинского дела послужили реформы Петра I Великого.



Вместо Аптекарского приказа была создана Медицинская канцелярия. В 1738 г. при главной аптеке Петербурга была учреждена первая в Европе бесплатная амбулатория для бедных. Почти век спустя, в 1804 г. впервые в истории России поликлиническая практика была введена в программы медицинских факультетов университетов. Амбулаторная помощь в городах в то время, как правило, оказывалась при больницах. Обособленные учреждения этого типа стали появляться лишь в 80-х гг. XIX в., чему способствовало развитие земской и фабричной медицины. Важным достижением земской реформы явилось создание системы медицинской помощи, включавшей участковое обслуживание, разъездную врачебную помощь, обеспечение фельдшерами. Принято считать, что современная система отечественного здравоохранения вышла из земской медицины. Развитие городской медицины в России началось в XVIII в., когда в 1737 г. медицинской канцелярией был подготовлен Указ «О содержании в знатных городах лекарей с производством им жалованья из ратуш». Спустя год был учрежден «особенный для бедных врач», а в 1775 г. при губернских управлениях были созданы приказы общественного призрения, которые занимались организацией и контролем деятельности больниц и сиротских приютов. Задача лечения «временно приходящих», т.е. амбулаторных больных, была поставлена перед больницами приказов общественного призрения лишь в середине XIX в. Первая в России городская поликлиника возникла в 1804 г. в г. Юрьеве (ныне Тарту, Эстония), где при терапевтической клинике медицинского факультета университета был организован амбулаторный прием и посещение больных на дому студентами и преподавателями. Одновременно в том же 1804 г. в Санкт-Петербурге силами Медико-филантропического комитета был разработан передовой для того времени проект «домового призрения» больных. По этому проекту помощь на дому и амбулаторный прием пациентов осуществлялись так называемыми земскими врачами (частными), за каждым из которых была закреплена одна из частей (районов) города.

В 1836 г. в Петербургской медико-хирургической академии была впервые открыта нештатная амбулаторная клиника для приходящих больных, впоследствии амбулаторные клиники были организованы при различных академических кафедрах и госпиталях. В 1864 г. в России были учреждены земские самоуправления, а вслед за ними в 1870 г. — городские общественные управления, которым поручалась организация медицинской помощи в городах. По ряду причин городская медицина развивалась медленно, значительно отставая от земской. Особенно стройная система такой помощи действовала

в Санкт-Петербурге. Большая заслуга в ее организации принадлежит С.П. Боткину, который, возглавляя с 1861 г. терапевтическую клинику медико-хирургической академии, уделял большое внимание амбулаторным приемам и считал целесообразным обучать терапии слушателей последнего курса непосредственно в поликлинике на практике. В 80-е гг. XIX в. по инициативе С.П. Боткина, избранного гласным городской думы и фактически руководившего медицинским делом в столице, был разработан проект организации амбулаторной помощи бедному населению. Город был разделен на участки, к каждому участку были прикреплены врачи, названные думскими, осуществлявшие бесплатную помощь больным на дому и амбулаторный прием. Врач консультировал пациентов и назначал лечение, но в необходимых случаях больные госпитализировались.

На основе опыта организации амбулаторной помощи в Санкт-Петербурге в 1905 г. правление Пироговского общества представило на съезде доклад об основных началах врачебно-санитарного строя в городах. В докладе указывалось, что внебольничная врачебная помощь должна быть по возможности децентрализована. Город должен быть разделен на участки с амбулаторией в центре каждого из них. Амбулатории необходимо размещать в приспособленных помещениях, они должны иметь достаточный запас медикаментов, инструментов и прочих медицинских средств для обследования и лечения больных. Амбулаторный прием и выдача лекарств должны быть бесплатными. Вместе с тем на XII Пироговском съезде (1913) отмечалось, что население 35% городов России не имело внебольничной врачебной помощи, а помощь на дому была организована лишь в 15% городов. Во всех городах, за исключением Петербурга и отчасти Москвы, амбулаторная помощь была неспециализированной и нередко оказывалась в антисанитарных условиях. Подавляющее большинство городского населения, в том числе в Петербурге и Москве, вообще не пользовалось услугами врачей. Частнопрактикующие врачи обслуживали в основном состоятельных городских жителей. В связи с этим амбулаторная помощь населению городов России до 1917 г. оценивается как крайне незначительная.

В первые годы строительства советского здравоохранения (1917–1919) многие принципы организации медицинской помощи населению носили декларативный характер, но уже в 1920 г. был разработан конкретный план мероприятий по развертыванию внебольничной помощи населению страны. В Москве за год количество амбулаторий возросло от 15 до 46, была организована помощь на дому; сеть амбулаторных учреждений развертывалась не только в столицах,

но и в других городах. Впервые был поставлен вопрос о внедрении диспансерного метода в работу амбулаторных учреждений.

Новые формы внебольничной помощи наиболее активно внедрялись в Москве, а именно в 1922 г. в городе были созданы так называемые амбулаторные объединения: вокруг крупной амбулатории (больничной или внебольничной) сосредоточивались небольшие фабрично-заводские и коммунальные амбулатории, пункты первой помощи на предприятиях и пункты помощи на дому. Радиус территории, обслуживаемой каждым объединением, не превышал 1–1,5 км. Всего было создано 27 объединений: 13 из которых на базе больничных учреждений и 14 — на базе внебольничных амбулаторий. В 1928 г. в Ленинграде (ныне Санкт-Петербург) было создано Путиловское здравобъединение, обслуживавшее район с населением 100 тыс. человек, в состав которого входили все лечебно-профилактические учреждения района. К 1930 г. в Ленинграде функционировало уже четыре подобных объединения. Участковым врачам придавались в помощь врачи-диспансеризаторы, а также фтизиатры, венерологи, психиатры для наблюдения за своими контингентами.

В Москве такие объединения получили название единых диспансеров. Отмечается, что чрезмерное увлечение диспансеризацией в ущерб лечебной работе в 20-е гг. затрудняло деятельность амбулаторных учреждений и ухудшало поликлиническое обслуживание городского населения. Все это послужило поводом для принятия в 1927 г. Наркомздравом (современная должность — Министр здравоохранения) Семашко Николаем Александровичем Положения об амбулаториях, в котором последние определялись как лечебно-профилактические учреждения, которые были призваны осуществлять оказание лечебной помощи приходящим больным, а также организацию и проведение профилактических мероприятий среди обслуживаемого ими населения. Важную роль в развитии сети поликлиник сыграл приказ Наркомздрава СССР от 04.08.1938 «Об улучшении внебольничной помощи и о мерах по снижению заболеваемости». Возросла доступность амбулаторной помощи для населения: в 1940 г. в городах показатель посещаемости составил в среднем 6,5 на 1 человека в год против 1,3 в 1913 г. Семашко Н.А. считал, что профилактическое направление должно пронизать деятельность медицинских учреждений всех звеньев здравоохранения. Особое внимание он уделял внедрению профилактики в лечебную медицину. Важным средством осуществления профилактического направления он считал широкое применение диспансерного метода. В 1928 г. Н.А. Семашко писал: «...диспансеризация — это есть метод, а профи-

лактика — направление нашей медицинской работы. Профилактика есть тот путь, которым мы идем, и мы осуществляем эти профилактические задачи методом диспансеризации». Значение этого метода признается сегодня во всем мире.



**Рис. 1.1.** Первый министр здравоохранения СССР Н.А. Семашко

Основные принципы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (участковость, общедоступность, бесплатность для всех плательщиков земских повинностей, диспансеризация), разработанные еще в начале XX в. Семашко Н.А., стали фундаментом первичного звена в здравоохранении, сформировалась двухуровневая система оказания медицинской помощи (или модель Семашко) — амбулаторно-поликлинический этап (поликлиника, скорая медицинская помощь) и стационарный.

В первой половине XX в. работа поликлиники была организована по участковому принципу оказания медицинской помощи, а участковый врач должен был стать основным действующим лицом, обеспечивавшим эту помощь. Первый министр здравоохранения СССР Н.А. Семашко, вводя должность участкового терапевта, предполагал, что участковый принцип даст возможность лечащему врачу лучше знать свой участок, условия труда и быта своего населения, выяв-

лять часто и длительно болеющих, знать своих пациентов, проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, лучше бороться с возникновением и распространением заразных болезней. Этот принцип для России не новый, до Октябрьской революции подавляющее большинство врачей работали по этому принципу: они лечили все население и умели не только врачевать простуду или бронхит, но и принять роды, наложить гипс, сделать несложную операцию. В современной ПМСП эту роль взяли на себя врачи общей практики. Но Великая Отечественная война прервала работу по развитию ПМСП. В послевоенные годы развитие внебольничной помощи заключалось главным образом в количественном росте сети медицинских организаций (МО). В 1947 г. на совещании актива работников здравоохранения было констатировано низкое качество лечебно-профилактической помощи, вызванное разобщенностью в работе стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений. Был издан приказ Минздрава СССР от 24.10.1947 № 431 «О мероприятиях по улучшению лечебно-профилактического обслуживания городского населения», которым утверждалась инструкция по объединению городских больниц с поликлиниками. Данная реорганизация, начатая в 1947 г., была в основном закончена к 1950 г. В частности, в Ленинграде объединение больниц и поликлиник было завершено уже к 1948 г. В результате реорганизации сети здравоохранения количество участков в объединенных поликлиниках города возросло с 243 до 302, а население на каждом участке сократилось с 4200 до 3500 человек. Это позволило уменьшить нагрузку на врача с 24 до 7 больных. Повысился процент госпитализации, более рационально стал использоваться коечный фонд. Однако при объединении больниц и поликлиник был допущен ряд ошибок, и впоследствии в 1954 г. от него отказались, особенно в крупных городах, поскольку такое объединение ограничивало доступность амбулаторной помощи для пациентов, а у врачей из-за необходимости ежедневной работы в стационаре сокращалось время поликлинического приема.

В 1960 г. был издан приказ Минздрава СССР № 321 «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению амбулаторно-поликлинического обслуживания городского населения», в котором подчеркивалось, что ведущее место в системе медицинского обслуживания населения принадлежит поликлиническим учреждениям. В 1962 г. поликлиники были вновь включены в номенклатуру учреждений здравоохранения, и 60-е гг. отмечены быстрым ростом сети поликлиник.

Опыт земской и советской медицины в организации ПМСП был одобрен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ)

и взят за основу при разработке ее концепции для всех стран, что нашло отражение в Алма-Атинской декларации. В сентябре 1978 г. ВОЗ и Международный чрезвычайный детский фонд Организации Объединенных Наций (United Nations International Children's Emergency Fund) провели историческую Международную конференцию по ПМСП в Алма-Ате. Конференция приняла Алма-Атинскую декларацию и стратегию «Здоровье для всех», которая призывает к созданию систем здравоохранения, основанных на ПМСП, гарантирующих равный доступ к медицинскому обслуживанию для всех граждан. Алма-Атинская декларация Всемирной организации здравоохранения впервые в истории провозгласила всеобщее право на здоровье и приоритет ПМСП в развитии мирового здравоохранения.

Многие развитые и развивающиеся страны мира приняли национальные стратегии, отражающие фундаментальные принципы данной декларации. Указанные стратегии до сих пор составляют базис здравоохранения многих стран, функционируя на основе философии Алма-Атинской декларации.

В 1970–1980-х гг. активно осуществлялись мероприятия по расширению специализации амбулаторно-поликлинической помощи. В приказе Минздрава СССР от 23.09.1981 № 1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений» предусматривалась организация в городских поликлиниках крупных городов специализированных отделений (кабинетов) по различным профилям.

В середине 1980-х гг. в отечественном здравоохранении сложилась крайне неблагоприятная ситуация. Финансирование здравоохранения осуществлялось по остаточному принципу, и объем его не превышал 3,3% от валового внутреннего продукта. При этом более 80% общего объема финансирования здравоохранения приходилось на стационарное звено (против 35–50% в странах с передовыми системами здравоохранения), т.е. при общем недофинансировании здравоохранения поликлиники финансировались по принципу остатка.

Для решения перечисленных серьезных проблем, стоящих на тот период перед руководителями здравоохранения, необходимо было разработать и внедрить новые подходы к экономическому планированию в системе здравоохранения. Вскоре был издан приказ Минздрава РСФСР от 31.12.1987 № 1344 «Об организации эксперимента по отработке новых форм планирования, управления и финансирования в здравоохранении Ленинграда, Куйбышевской и Кемеровской

областей». В марте 1988 г. было утверждено Временное положение о территориальном медицинском объединении. Этот эксперимент в здравоохранении был основан на принципах экономического планирования развития отрасли. Принцип хозяйственного взаиморасчета между лечебными учреждениями, по сути означавший создание внутреннего рынка медицинских услуг, стимулировал развитие системы тарифообразования, подушевого финансирования и идеи фондодержания на базе субъекта ПМСП. В крупных городах многие территориальные поликлиники для взрослого и детского населения, женские консультации, а иногда и диспансеры были включены в состав территориальных медицинских объединений, такая система действует и по сей день.

Благодаря внедрению нового хозяйственного механизма был продемонстрирован большой потенциал поэтапного реформирования государственной системы здравоохранения и возможности ее существенного усовершенствования. По сути, это явилось первым этапом реформирования здравоохранения с постепенным переходом к медицинскому страхованию, которое в 1991 г. было введено Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», а впоследствии от 21.11.2011 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Таким образом, Российская Федерация постепенно перешла к страховой медицине, а в последние годы на фоне экономического роста было существенно увеличено финансирование отрасли здравоохранения и обоснованы направления ее дальнейшего развития.

В рамках ПМСП шире стали проводиться профилактические осмотры отдельных категорий граждан, иммунопрофилактика, внедрение и развитие стационарозаменяющих технологий с лекарственным обеспечением больных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

С 1 июля 2012 г. начала действовать трехуровневая система оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослым, в которую входят амбулаторно-поликлинические учреждения (первичная помощь населению), амбулаторные центры (специализированная медико-санитарная помощь) и консультативно-диагностические отделения и центры — структурные подразделения стационаров. Цель введения трехуровневой системы оказания медпомощи — повышение качества и доступности амбулаторно-поликлинической помощи.

Планомерно проводимая Министерством здравоохранения Российской Федерации работа существенно повысила уровень обеспеченности населения услугами здравоохранения, увеличился объем профилактических, оздоровительных мероприятий, повысились эффективность и качество диспансеризации больных, уровень временной и стойкой утраты трудоспособности снизился за счет расширения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Также предусмотрены обеспечение доступности медицинской помощи и повышение оперативности оказываемых услуг населению, в том числе сельским жителям. Четко обозначена важность ПМСП, от состояния которой зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, решение большинства медико-социальных и экономических проблем.

## 1.2. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Здравоохранение** — это система государственных, общественных, социально-экономических и медицинских мероприятий, обеспечивающая высокий уровень охраны и улучшения здоровья населения.

Система здравоохранения в России основана на ряде законодательных актов, призванных обеспечить ее целостность, комплексность и качество оказания медицинской помощи. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», вступившим в силу 21 ноября 2011 г. (№ 323-ФЗ), организация медицинской помощи базируется на деятельности лечебно-профилактических, противоэпидемических, реабилитационных учреждений государственной, муниципальной и частной форм собственности (рис. 1.2).

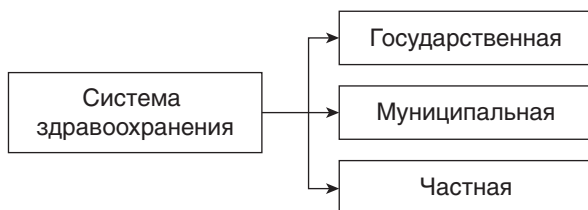


Рис. 1.2. Уровни системы здравоохранения