

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	8
Основные термины	10
Список сокращений	16
Глава 1. Исторический очерк о здравоохранении России	17
Задания для самостоятельной работы	30
Глава 2. Общественное здоровье как важнейший социальный и экономический потенциал государства	36
2.1. Сохранение и улучшение общественного здоровья как фактор экономического благополучия государства	36
2.2. Основные принципы охраны здоровья населения	38
2.3. Основные понятия здоровья населения	38
2.4. Факторы, определяющие здоровье населения	39
2.5. Медико-социальные аспекты демографии	41
2.6. Заболеваемость	53
2.7. Инвалидность	61
2.8. Физическое здоровье	64
2.9. Качество жизни, связанное со здоровьем	71
Задания для самостоятельной работы	73
Глава 3. Правовые и организационные основы профессиональной деятельности	114
3.1. Общие положения	114
3.2. Система законодательства об охране здоровья граждан	117
3.3. Права граждан в области охраны здоровья	122
3.4. Правовое положение медицинских и фармацевтических работников	125
3.5. Виды медицинской помощи	134
3.6. Номенклатура организаций здравоохранения	136
Задания для самостоятельной работы	141
Глава 4. Основы экономики здравоохранения	154
4.1. Общие положения	154
4.2. Источники финансирования здравоохранения	155
4.3. Оплата труда в здравоохранении	156
4.4. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения	160
4.5. Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения	171
4.6. Формирование рыночных отношений в здравоохранении	176
Задания для самостоятельной работы	185

Глава 5. Основы медицинского страхования граждан	195
5.1. Общие положения	195
5.2. Обязательное медицинское страхование	197
5.3. Добровольное медицинское страхование	205
Задания для самостоятельной работы	207
Глава 6. Основы управления здравоохранением	214
6.1. Общие положения	214
6.2. Принципы управления	216
6.3. Стили управления	219
6.4. Методы управления	220
6.5. Технология принятия управленческого решения	221
Задания для самостоятельной работы	223
Глава 7. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	225
7.1. Основные задачи Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	225
7.2. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	228
Задания для самостоятельной работы	229
Глава 8. Медицинские кадры со средним профессиональным образованием	233
8.1. Общие положения	233
8.2. Статистика трудовых ресурсов	234
Задания для самостоятельной работы	242
Глава 9. Организация работы среднего медицинского персонала в амбулаторно-поликлинических учреждениях	249
9.1. Организация работы среднего медицинского персонала городской поликлиники для взрослых	249
9.2. Организация работы среднего медицинского персонала городской поликлиники для детей	257
9.3. Организация работы среднего медицинского персонала женской консультации	262
9.4. Организация работы среднего медицинского персонала центров общей врачебной (семейной) практики	266
9.5. Статистика амбулаторно-поликлинических учреждений ...	269
Задания для самостоятельной работы	275
Глава 10. Организация работы среднего медицинского персонала в больничных учреждениях	299

10.1. Организация работы среднего медицинского персонала городской больницы для взрослых	300
10.2. Организация работы среднего медицинского персонала детской городской больницы (детского отделения центральной районной больницы)	306
10.3. Организация работы среднего медицинского персонала дневного стационара	308
10.4. Организация работы среднего медицинского персонала родильного дома, перинатального центра	310
10.5. Статистика больничных учреждений	318
Задания для самостоятельной работы	322
Глава 11. Организация работы среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи	337
11.1. Общие положения	337
11.2. Задачи скорой медицинской помощи	338
Задания для самостоятельной работы	344
Глава 12. Паллиативная медицинская помощь	353
12.1. Общие положения	353
12.2. Организация паллиативной медицинской помощи в России	357
12.3. Организация деятельности кабинета паллиативной медицинской помощи	359
12.4. Организация деятельности дневного стационара паллиативной медицинской помощи	360
12.5. Организация деятельности отделения паллиативной медицинской помощи	362
12.6. Подготовка кадров для системы паллиативной медицинской помощи	364
Задания для самостоятельной работы	365
Глава 13. Особенности организации работы среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения сельской местности	367
13.1. Организация работы среднего медицинского персонала комплексного терапевтического участка	367
13.2. Организация работы среднего медицинского персонала центральной районной больницы	372
13.3. Организация работы среднего медицинского персонала областной (краевой, окружной, республиканской) больницы	374
Задания для самостоятельной работы	376

Глава 14. Экспертиза трудоспособности	381
14.1. Общие положения	381
14.2. Экспертиза временной нетрудоспособности	382
14.3. Экспертиза стойкой нетрудоспособности	385
Задания для самостоятельной работы	387
Глава 15. Роль средних медицинских работников в организации медицинской профилактики	391
15.1. Факторы риска	391
15.2. Виды профилактических мер	396
Задания для самостоятельной работы	399
Глава 16. Информатизация в здравоохранении	402
16.1. Общие положения	402
16.2. Информационные ресурсы в здравоохранении	405
16.3. Классификация медицинских информационных систем	407
Задания для самостоятельной работы	414
Глава 17. Этика в профессиональной деятельности среднего медицинского персонала	416
17.1. Моральные принципы в профессиональной деятельности средних медицинских работников	416
17.2. Этические нормы взаимоотношений среднего медицинского работника и пациента	422
17.3. Основные проблемы биоэтики	429
Задания для самостоятельной работы	432
Глава 18. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке	434
18.1. Общие принципы обеспечения санитарно- эпидемиологического благополучия населения	434
18.2. Общие принципы защиты прав потребителей на потребительском рынке	437
18.3. Органы, осуществляющие государственный санитарно- эпидемиологический надзор и контроль в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке	437
Задания для самостоятельной работы	441
Глава 19. Организация здравоохранения в зарубежных странах	443
19.1. Социально-экономические модели здравоохранения	443
19.2. Всемирная организация здравоохранения	448
Задания для самостоятельной работы	451

Приложения	452
Приложение 1	452
Приложение 2	455
Приложение 3	460
Приложение 4	464
Приложение 5	467
Ответы на тестовые задания	486
Список рекомендованной литературы	490
Предметный указатель	491

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК О ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ

У отечественного здравоохранения большая и славная история. На протяжении нескольких столетий, со времени создания в годы царствования Ивана Грозного Аптекарского приказа (1581) — первого государственного учреждения, здравоохранение России было преимущественно государственным.

В 1721 г. руководство медицинским делом было возложено на медицинскую канцелярию. Следуя рекомендациям близких к императорскому двору медиков (Н. Бидлоо, Р. Эрскин, И. Блюментрост), Петр I способствовал развитию государственного медицинского дела, что выгодно отличало нашу страну от многих европейских государств того времени.

В годы царствования Екатерины II, во второй половине XVIII в., государственной медициной стала ведать Медицинская коллегия (1763—1803). Она была призвана осуществлять наблюдение за медицинской и лекарственной помощью населению, руководить подготовкой медицинских кадров, контролировать деятельность государственных и частных аптек, а также рассматривать и оценивать научные труды российских врачей.

В начале XIX в. управление медико-санитарным делом передали в ведение Министерства внутренних дел, в составе которого был образован Медицинский департамент с научно-медицинским органом — Медицинским советом. Главной деятельностью Медицинского департамента стал врачебный и санитарный контроль.

Кардинальные перемены произошли после зарождения земской медицины (1864) — оригинальной, не имевшей аналогов в мире системы организации медицинской помощи. Позднее, когда были сформулированы «обязанности казны и частных владельцев» промышленных предприятий, в стране появилась фабричная медицина. В 80-х годах XIX в. (по образцу земской) возникла городская медицина.

В 1904 г. вместо Медицинского департамента в Министерстве внутренних дел были созданы Управление главного врачебного инспектора и Отдел народного здравия и общественного призрения, вошедший в состав Главного управления по делам местного хозяйства. Однако эта реформа не сделала управление здравоохранением страны более эффективным.

Созданное в сентябре 1916 г. Главное управление государственного здравоохранения (на правах министерства) возглавил Г.Е. Рейн, но оно просуществовало лишь до Февральской революции 1917 г.

Многие идеи, рожденные земской медициной и включенные в законопроекты Комиссии Г.Е. Рейна, были плодотворно использованы в системе советского здравоохранения.

После Февральской и Октябрьской революций 1917 г. начался новый этап развития государственной медицины с коренным реформированием и консолидацией всего медико-санитарного дела. В 1918 г. было создано единое государственное здравоохранение, объединившее все ранее существовавшие системы и формы российской медицины. Охраной здоровья населения страны стал руководить Наркомздрав — первое в мире министерство здравоохранения, которое возглавил Н.А. Семашко, выдающийся врач, ученый, организатор.

Государственная система здравоохранения, которая начала формироваться во главе с Н.А. Семашко, во многом продолжала и развивала лучшие традиции земской медицины, а также других систем — городской, фабрично-заводской, железнодорожной, военной, страховой медицины и др. В частности, были взяты на вооружение такие основополагающие принципы земской медицины, как бесплатность и общедоступность медицинской помощи, профилактическое направление, единство науки и практики, участие населения в мероприятиях по охране здоровья. Все это на новом этапе исторического развития составило сущность государственной медицины России.

Профилактическое направление здравоохранения стало основной чертой системы охраны и укрепления здоровья населения России. Профилактику, как считал Н.А. Семашко, надо понимать не узко, как ведомственную задачу органов здравоохранения, а широко и глубоко-

ко — как заботу государства об укреплении здоровья народа. Этот принцип последовательно реализовывался с первых лет существования Наркомздрава. Об этом свидетельствовали первые декреты: о мероприятиях по борьбе с сыпным тифом, о мерах борьбы с эпидемиями, об обязательном оспопрививании, о санитарной охране жилищ и др.

Сразу после окончания Гражданской войны был выдвинут лозунг: «От борьбы с эпидемиями — к оздоровлению труда и быта», подразумевавший оздоровление не только условий производства, но и быта трудящихся.

В середине 20-х годов XX в. были разработаны основные теоретические положения диспансеризации, в последующем созданы новые виды лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) — специализированные диспансеры (туберкулезные, психоневрологические, наркологические, венерологические), ночные и дневные санатории, профилактории, введено диспансерное обслуживание рабочих крупных промышленных предприятий. Диспансерное наблюдение матери и ребенка стали осуществлять в детских и женских консультациях, консультативных объединениях и др.

С первых дней существования Наркомздрава органы здравоохранения уделяли большое внимание подготовке квалифицированных медицинских кадров. Уже к 1922 г. в дополнение к существовавшим медицинским факультетам при университетах в Москве, Юрьеве (Тарту), Казани, Харькове, Санкт-Петербурге, Киеве, Одессе, Томске было открыто 12 новых, главным образом на периферии — в Астрахани, Нижнем Новгороде, Иркутске, Краснодаре, Самаре, Омске. Позднее (1930 г.) медицинские факультеты были преобразованы в самостоятельные медицинские институты. К 1940 г. практически во всех союзных республиках были медицинские институты.

Принцип единства медицинской науки и практики здравоохранения непосредственно связан с его государственным характером. Многие выдающиеся ученые России — И.П. Павлов, Н.Ф. Гамалея, Д.К. Заболотный, В.М. Бехтерев, Н.Н. Бурденко, М.П. Кончаловский, Е.Н. Павловский, А.Н. Сысин, Л.А. Тарасевич и др. — приняли участие в развитии отечественной науки.

Несмотря на экономические трудности 1920-х годов, государство находило силы и средства для развития приоритетных научных направлений, жизненно важных для страны. В 1920 г. был организован Государственный институт народного здравоохранения — первое комплексное научно-исследовательское учреждение страны, объединившее 7 институтов (питания, контроля вакцин и сывороток, микробиологический, тропический, биохимический, экспериментальной биологии и санитарно-гигиенический).

В 30-е годы XX в. в стране происходили крупные социально-экономические изменения (коллективизация, форсированная индустриализация). Еще в предшествующее десятилетие сформировался классовый подход к медицинскому обслуживанию населения. Это особенно подчеркивалось в постановлении 1929 г. «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян». Рациональная организация медицинской помощи стала рассматриваться как фактор подъема производительности труда, снижения потерь рабочего времени. Ведущая роль в этих условиях отводилась здравпунктам, на которые возлагалось не только оказание первой медицинской помощи, но и проведение широких профилактических мероприятий на производстве.

Активное вовлечение женщин в сферу промышленного и сельскохозяйственного производства потребовало от органов здравоохранения эффективной охраны материнства и младенчества.

С 1939 г. на промышленных предприятиях стали создаваться медико-санитарные части, оснащенные всем необходимым для лечебно-профилактической и санитарно-эпидемиологической деятельности. Одновременно увеличилось число сельских врачебных участков.

К концу 1930-х годов в стране резко возросло количество стационаров и больничных коек. Заметные успехи были достигнуты в борьбе с социальными болезнями. Проведение целевых медицинских осмотров, система учета и динамического наблюдения за больными способствовали снижению заболеваемости туберкулезом, венерическими болезнями, раннему выявлению и эффективному лечению больных, резкому сокращению количества больных с тяжелыми формами.

До начала Великой Отечественной войны была создана материально-техническая база здравоохранения, подготовлено большое количество врачей и средних медицинских работников; получила развитие медицинская промышленность; больших успехов достигла медицинская наука. Вместе с тем дальнейшему развитию здравоохранения серьезно мешали экономические проблемы страны. На работе Наркомздрава, как и других органов и учреждений здравоохранения, негативно сказывались последствия массовых репрессий.

В годы Великой Отечественной войны задачи здравоохранения существенно изменились. Приоритет получили вопросы медицинской помощи раненым, охраны здоровья детей, медицинского обслуживания тружеников тыла, противоэпидемические мероприятия. В стране была создана система лечения раненых и больных воинов, организована широкая сеть эвакуационных госпиталей.

Увеличилось количество медико-санитарных частей на промышленных предприятиях, выросло число детских медицинских учреж-

дений. Санитарно-профилактическая служба поставила действенную преграду на пути эпидемий инфекционных болезней.

Медицинская наука внесла весомый вклад в дело победы. В годы войны были найдены эффективные способы лечения вяло заживающих ран (В.П. Филатов, А.А. Богомолец), разработаны отечественные антибиотики для борьбы с сепсисом (З.В. Ермольева и др.), внедрена новая методика лечения травм нервной системы (Н.Н. Бурденко) и др. Несмотря на тяжелейшие условия, именно в это время была учреждена Академия медицинских наук СССР (1944), объединившая деятельность ведущих научных институтов страны.

Медицинские работники спасли жизнь и восстановили здоровье многих миллионов защитников Родины. В строй возвратились более 72% раненых и 90% больных. Низкая летальность среди раненых, предотвращение эпидемий в действующей армии стали невиданными в истории войн итогами деятельности российского здравоохранения.

Послевоенные годы с восстановлением народного хозяйства ознаменовались внедрением ряда принципиально новых форм медицинского обслуживания.

В 1946 г. народные комиссариаты здравоохранения СССР и РСФСР были реорганизованы в министерства здравоохранения. Важным и целесообразным организационным мероприятием стало объединение амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) и больниц в единые ЛПУ (1947–1949), что способствовало укреплению материально-технической базы, улучшению показателей деятельности больниц и повышению преемственности медицинской помощи. Однако в ходе объединения ЛПУ в ряде регионов были допущены некоторые просчеты, а именно не всегда учитывались территориальные особенности размещения медицинских учреждений, региональная структура и уровень заболеваемости населения.

Наряду с дальнейшим ростом количества медицинских учреждений и увеличением числа врачей начала складываться система организации медицинской помощи сельскому населению.

В послевоенные годы быстро развивалась санитарно-эпидемиологическая служба, увеличилось количество санитарно-эпидемиологических станций, усилилась работа по охране источников водоснабжения, воздушного бассейна и почвы, по согласованию проектов промышленного и гражданского строительства с органами здравоохранения.

В 50-е годы XX в. повысилась роль Академии медицинских наук как высшего научного медицинского учреждения страны, ее научно-исследовательских институтов. Эти годы ознаменовались рядом важных открытий, внесших значительный вклад в совершенствование здравоохранения. В частности, были разработаны и начали при-

меняться хирургические методы лечения пороков сердца, завершена работа по ликвидации малярии как массового заболевания. Были предложены новые методы консервирования крови, оригинальные кровезаменители, вакцины и сыворотки для профилактики и лечения ряда инфекционных болезней, разработаны методы использования в медицинской практике радиоактивных изотопов, изучен патогенез лучевой болезни, заложены основы космической медицины. Большое внимание стали уделять созданию крупных больниц на 600 коек и более, а также организации специализированной медицинской помощи.

Экономический рост страны и научно-технический прогресс в середине 1960-х годов стали основой значительного улучшения показателей здоровья населения. Были определены новые задачи здравоохранения и созданы благоприятные условия для укрепления его материально-технической базы. Происходили взаимосвязанные и взаимообусловленные процессы интеграции и дифференциации медицинских знаний. В практическом здравоохранении это сказалось, в первую очередь, на дифференциации терапевтической службы и выделения в самостоятельные специальности кардиологии, ревматологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, нефрологии и др.

В сельской местности в эти годы происходила существенная реорганизация медицинской помощи населению — повсеместное создание центральных районных больниц, организация в них специализированных отделений (терапевтических, хирургических, педиатрических и др.). Специализация медицинской помощи коснулась и АПУ.

70-е годы прошлого столетия стали важным этапом в развитии и совершенствовании терапевтической помощи. Вступили в строй сотни новых, мощных, отвечающих современным требованиям АПУ, рассчитанных на более чем 500 посещений в смену; было начато строительство крупных многопрофильных ЛПУ на 1000 коек, больниц скорой помощи на 800–900 коек с отделениями реанимации, крупных онкологических диспансеров и др.

Высококвалифицированную помощь сельскому населению стали оказывать преимущественно центральные районные больницы, многие из которых обеспечивали поликлиническую (консультативную) помощь не только сельскому, но и городскому населению.

К этому времени относится начало строительства крупных научных лечебно-диагностических центров онкологического, кардиологического, акушерско-гинекологического, аллергологического, гастроэнтерологического, пульмонологического профиля, центров хронического гемодиализа и др.

Большую профилактическую работу в эти годы проводили все службы здравоохранения. Диспансерным наблюдением охватывались все контингенты населения. С каждым годом расширялись масштабы проводимых профилактических (скрининговых) медицинских осмотров с целью раннего выявления и своевременного лечения лиц с социально значимыми заболеваниями, прежде всего туберкулезом, злокачественными опухолями, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и др. На базе крупных многопрофильных больниц создавали хорошо оснащенные диагностические центры, укомплектованные высококвалифицированными специалистами.

Сознавая бесперспективность дальнейшего экстенсивного развития здравоохранения, Министерство здравоохранения серьезное внимание уделяло работе по оптимизации структуры сети больниц и поликлиник, рациональному использованию коечного фонда, его научно обоснованной профилизации, а также обеспечению преемственности лечения больных в поликлинике и стационаре.

Прогресс здравоохранения был непосредственно связан с дальнейшим углублением специализации медицинской помощи, отражавшей основной вектор развития медицины в те годы. Однако развитие этого сложного процесса требовало определенных условий, соответствующих организационных форм и значительных материальных затрат, не всегда возможных в условиях финансирования здравоохранения по остаточному принципу.

В те годы многое делалось для укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения, обеспечения их современной диагностической аппаратурой. Однако, несмотря на принимаемые решения, строительство типовых лечебных учреждений, особенно в сельской местности, финансировалось недостаточно, срывались сроки их ввода в эксплуатацию.

Историческим этапом в развитии государственной системы здравоохранения стало принятие закона «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» (1969), в котором были сформулированы права и обязанности органов государственной власти, общественных организаций и граждан в сфере охраны здоровья. Охрана материнства и детства стала приоритетным направлением в здравоохранении нашей страны.

В конце 1970-х годов система здравоохранения стала испытывать трудности, связанные, прежде всего, с недостаточным финансированием. По обеспеченности врачебными кадрами к 1980 г. страна занимала первое место в мире, но сохранялась диспропорция между врачебными и средними медицинскими кадрами. Довести это соотношение до запланированного уровня 1:4 так и не удалось. Сеть меди-

цинских училищ расширялась медленно, мало делалось для улучшения системы усовершенствования средних медицинских работников.

В начале 1980-х годов перед Министерством здравоохранения была поставлена грандиозная задача — охватить диспансерным наблюдением все население страны. Однако со временем стало ясно, что сил и средств для перехода ко всеобщей диспансеризации нет, а эффективность ее проведения в таком масштабе не была достаточно обоснована. Поэтому от реализации этой идеи в полном объеме пришлось отказаться. В то же время в обществе, среди медицинской общественности зрело понимание необходимости радикальных изменений в здравоохранении.

Необходимость реформирования здравоохранения стала очевидной еще в 1970-е годы прошлого века, когда отчетливо стали проявляться тенденции к ухудшению состояния здоровья населения. Однако в силу ряда причин реформа здравоохранения началась лишь во второй половине 1980-х годов с внедрением нового хозяйственного механизма. В связи с нарастающим противоречием между масштабом задач, стоящих перед здравоохранением страны, и уровнем финансирования отрасли был проведен ряд экономических экспериментов по расширению прав руководителей органов и учреждений здравоохранения, применению экономического стимулирования в работе учреждений. К этому времени относятся также проведение экспериментов по бригадной форме организации и оплаты труда медицинского персонала, интенсификация использования коечного фонда крупных стационаров. К сожалению, эта работа не была завершена, хотя и сыграла определенную роль в выработке новых экономических подходов к управлению здравоохранением.

В конце 1980-х — начале 1990-х годов кризис политической и социально-экономической системы страны особенно сильно сказался на здравоохранении. Застой, обозначившийся еще в 1970-е годы, все более усугублялся. Жизнь настойчиво требовала изменения механизмов финансирования, использования экономических методов в управлении здравоохранением, более широкого привлечения не только государственных, но и частных источников финансирования. На фоне преувеличения в обществе успехов здравоохранения и замалчивания его недостатков проявлялось справедливое недовольство населения качеством медицинской помощи, профессиональной культурой медицинских работников, обозначился кризис доверия к врачу, медицине. Предстоял большой и трудный поиск новых путей развития здравоохранения. Совершенствованию системы охраны здоровья населения должны были способствовать стимулирование качества работы медицинского персонала, оценка его деятельности по конечному результату, укрепление первичного звена здравоохранения.

В этот период у руководства Министерством здравоохранения, медицинской общественности созрело убеждение в необходимости серьезных изменений в здравоохранении. Разработанная в 1990–1991 гг. программа его реформирования базировалась, в основном, на существовавшей системе, но принципиально менялся подход к управлению: вместо экстенсивных, количественных оценок в здравоохранении предлагались интенсивные, качественные показатели. Одновременно были заложены основы перехода к обязательному медицинскому страхованию (ОМС), внедрялись новые (на основе соглашений о взаимодействии) формы взаимоотношений федеральных органов управления здравоохранением с самостоятельно действующими органами управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации.

Политические изменения, смена экономической стратегии страны, распад СССР привели в начале 1990-х годов к серьезным проблемам в системе здравоохранения. Это было время обвального дефицита финансирования учреждений здравоохранения. Недостаток средств восполнялся бартерными (на основе взаимозачетов) схемами обеспечения ЛПУ лекарственными средствами, продуктами питания, медицинским оборудованием. Задержки в выплате заработной платы работникам здравоохранения достигали 6–8 и более месяцев. И в это очень непростое время работники здравоохранения делали все возможное, чтобы обеспечить бесперебойное функционирование медицинских учреждений и оказание медицинской помощи населению. Предпринимались серьезные попытки по приведению системы здравоохранения в соответствие со сложившейся ситуацией, продолжались упорные поиски путей ее дальнейшего развития. Объяснение феномена того, что в этот период в здравоохранении не произошли системные необратимые сбои, следует, вероятно, искать в огромном запасе прочности, который она унаследовала от советской системы здравоохранения.

Правовой базой для проведения реформ в здравоохранении в то время стали законы «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991) и «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993).

В эти годы в России был осуществлен ряд законодательных и административных мер, которые можно рассматривать в качестве предпосылок для формирования особой стратегии в отношении детей. Такая мера потребовалась в связи со значительным обострением проблем охраны здоровья детей на фоне углубления кризисных процессов в социально-экономической сфере. Важным этапом стало принятие Федерального закона от 24 июля 1998 г. «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», который имел

стратегическое значение. Закон предусматривал не только меры здравоохранения, но и обязывал защищать детей от рекламы алкогольной продукции и табачных изделий, от распространения печатной продукции, аудио- и видеопродукции, пропагандирующей насилие и жестокость, порнографию, наркоманию, токсикоманию, антиобщественное поведение. Однако этих мер было явно недостаточно, поэтому в начале XXI в. ситуация в сфере охраны здоровья детей оставалась одной из наиболее острых. Продолжался рост хронических форм соматических видов патологии и психических расстройств, числа врожденных пороков развития. На фоне роста ранее неизвестных инфекций, таких как вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), увеличилась заболеваемость туберкулезом, гепатитом С, сифилисом и др. Большое распространение получили алкоголизм, наркомания, отмечалось снижение показателей физического развития детей.

Указанные процессы подтверждают известный, но еще недостаточно учитываемый в стратегии национального развития факт, что здравоохранение является не единственным сектором, ответственным за укрепление здоровья, поскольку основные причины, определяющие неблагоприятное развитие детей, относятся к социальной и экономической сферам.

В начале 1990-х годов в силу происходящих в стране политических процессов в медицинской отрасли произошел крутой поворот от централизованной системы управления к децентрализованной с появлением автономно действующих региональных систем здравоохранения. В развитии здравоохранения 1990-х годов ясно просматриваются два периода: до и после введения Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации».

Начальный период (1990–1993) характеризовался разрушением старой административно-командной системы. Основопологающими принципами реформы в это время были: децентрализация управления, демонополизация государственного сектора здравоохранения, многоукладность форм собственности организаций здравоохранения, многоканальность финансирования и внедрение рыночных механизмов в сфере медицинских товаров и услуг. Все принципы вводились бессистемно, без должной научной и правовой поддержки. Поэтому в этот период демонтажа старой и формирования новой системы управления народно-хозяйственным комплексом страны здравоохранение оказалось в глубоком кризисе. Значительно снизился объем профилактической работы, сокращались программы научно-медицинских исследований, опережающими темпами развивался частный сектор здравоохранения, отмечался лавинообразный рост платных услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, нарастало недовольство населения качеством и доступ-

ностью медико-санитарной помощи. Ученые и медицинские работники испытывали разочарование в результатах социально-экономической реформы.

Второй период реформ здравоохранения связан с внедрением Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» (1993), который в значительной степени изменил управление и финансирование отрасли, а также взаимоотношения пациентов и медицинских работников.

В условиях формирования конкурентной среды в здравоохранении существенно снизилась господствующая роль производителя медицинских услуг и возросли роль пациента и внимание к его запросам. Централизованное планирование здравоохранения трансформировалось в разработку политики в области охраны здоровья населения с акцентом на государственное урегулирование здравоохранения и обеспечение качества медицинской помощи.

Дальнейшим шагом в формировании идеологической и нормативной правовой базы для реформирования здравоохранения стала разработка «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», которая была одобрена Постановлением Правительства РФ 5 ноября 1997 г. №1387. В Концепции были определены положения о сохранении и улучшении здоровья населения, а также о сокращении прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения.

Позднее распоряжением Правительства РФ от 31 августа 2000 г. №1202-р была утверждена «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года», которая развивала основные положения, изложенные в Концепции 1997 г. Необходимо отметить, что в этих основополагающих документах обоснование приоритетов в сфере охраны здоровья базировалось на строгом научном анализе здоровья населения и деятельности системы здравоохранения.

На основе «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» и «Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года» был разработан целый ряд федеральных целевых программ, таких как «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», «Скорая медицинская помощь», «Планирование семьи», «Безопасное материнство», «Дети России» и др. Аналогичные целевые программы были приняты в ряде субъектов РФ (Москва, Санкт-Петербург, Новгородская, Свердловская, Самарская, Липецкая области, Чувашская Республика, Ставропольский край и др.).

Принятие решений о разработке целевых медико-социальных программ на федеральном и региональном уровнях было своевременным и крайне необходимым шагом. Их реализация обеспечила (в непростых условиях социально-экономических преобразований и децентрализации управления отраслью) стабилизацию, а по отдельным направлениям — улучшение состояния здоровья населения, повышение эффективности функционирования системы здравоохранения, качества и доступности населению медицинской помощи.

В этот же период времени, начиная с 1998 г., в практику управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях вошло ежегодное утверждение программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Это позволило обеспечить баланс между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемыми для этого ресурсами. Однако сохраняющийся дефицит ее финансирования из бюджетов всех уровней и фондов ОМС не позволил в полной мере реализовать эту правильную во всех отношениях идею.

Некое улучшение ситуации в здравоохранении, начиная с 2005 г., связано с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье». Впервые за многие годы отрасль получила значительные государственные вложения, в результате чего улучшилось оснащение учреждений здравоохранения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) диагностическим оборудованием, санитарным транспортом; началось поэтапное повышение оплаты труда работников здравоохранения первичного звена; увеличился охват населения вакцинацией; расширилась программа диспансеризации работающего населения.

Однако ожидавшихся радикальных положительных перемен в здравоохранении в результате принимаемых мер не произошло. Следует признать, что в управлении здравоохранением не удалось обеспечить рациональное разграничение полномочий и координацию действий властных структур разного уровня. Необоснованно снизилась роль федеральных органов управления здравоохранением, по-прежнему отсутствовала четкая, научно обоснованная стратегия развития отрасли. Система здравоохранения субъектов РФ функционировала на основе эмпирически складывающихся региональных моделей развития. Это имело как положительные, так и отрицательные последствия. Положительные заключались в том, что лучше учитывались региональные особенности здоровья населения и функционирующей сети учреждений здравоохранения. Отрицательные — нарушалась организационно-функциональная целостность системы здравоохранения РФ, что приводило, прежде

всего, к возникновению проблем в получении бесплатной медицинской помощи жителями других субъектов РФ.

Говоря о проблемах и недостатках того периода, нельзя не упомянуть о тех позитивных изменениях, которые происходили в системе здравоохранения РФ в конце XX — начале XXI веков.

Реализация государственной политики в сфере здравоохранения, выполнение федеральных и региональных медико-социальных программ позволили достичь определенных результатов по сохранению здоровья граждан, улучшению деятельности системы здравоохранения в период 2000–2013 гг. Проведение дополнительной иммунизации населения привело к снижению инфекционной заболеваемости населения по 29 нозологическим формам, в том числе по дифтерии — в 2 раза, кори — в 6 раз, эпидемическому паротиту — на 18%, брюшному тифу — на 45%, трихинеллезу — на 30%, клещевому вирусному энцефалиту — на 10%. С 2000 г. наметился перелом в негативных тенденциях показателя рождаемости и несколько позднее — показателя смертности населения. За период 2003–2013 гг. общий коэффициент смертности снизился с 16,4 до 13,0‰, а общий коэффициент рождаемости повысился с 10,2 до 13,2‰. Начиная с 2004 г., появилась положительная тенденция в изменении такой важной характеристики в оценке демографической ситуации в целом и деятельности службы родовспоможения в частности, каким является коэффициент материнской смертности. В период 2000–2012 гг. значение этого показателя снизилось с 39,7 до 11,5 (на 100 тыс. родившихся живыми). Снижение коэффициента материнской смертности происходило на фоне выраженного снижения частоты абортот, показатель которых за этот период уменьшился с 50,5 до 25,6 (на 1000 женщин фертильного возраста). К особо значимым результатам реализации комплекса мер по охране здоровья материнства и детства следует отнести выраженную положительную динамику коэффициентов младенческой и перинатальной смертности. За этот период значение коэффициента младенческой смертности уменьшилось с 15,3 до 8,6‰, а уровень перинатальной смертности сократился с 13,2 до 9,98‰. Удалось обеспечить управляемость эпидемиологической ситуацией по туберкулезу, что выразилось в снижении смертности от туберкулеза и стабилизации показателя первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза на уровне 68,2 (на 100 тыс. населения). Значительно снизилась первичная заболеваемость населения РФ сифилисом и гонореей.

Работа по реформированию системы здравоохранения, реализация территориальных программ госгарантий, безусловно, сыграли положительную роль в реструктуризации (оптимизации) сети ЛПУ. Использование нормативно-подушевого принципа планирования и

финансирования медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ в рамках территориальных программ госгарантий, позволило улучшить управление объемами медицинской помощи и добиться их сбалансированности по отдельным видам.

Однако, несмотря на некоторые позитивные изменения в состоянии здоровья населения и в деятельности системы здравоохранения РФ, остается много нерешенных проблем. Они касаются, прежде всего, сохраняющегося несоответствия между обязательствами государства по предоставлению гражданам России бесплатной медицинской помощи и выделяемыми на эти цели финансовыми ресурсами. Нарастает коммерциализация государственного и муниципального здравоохранения как следствие отсутствия эффективно действующих механизмов государственного регулирования в этой сфере. Крайне медленно происходит адаптация медицинских работников к рыночным механизмам системы мотивации труда, остается нерешенным ряд вопросов, связанных с социальной и профессиональной защитой.

По-прежнему большое влияние на состояние общественного здоровья оказывают поведенческие факторы и вредные привычки: распространенность алкоголизма, табакокурения, отсутствие интереса к занятиям физической культурой среди значительной части населения. У большей части российских граждан отсутствует мотивированное ценностное отношение к собственному здоровью как к необходимому жизненному ресурсу.

Сегодня перед государством и медицинской общественностью стоит выбор путей дальнейшего развития системы здравоохранения РФ. Первый — сокращение обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и, как следствие этого, увеличение доли частного сектора в медицине. Второй — усиление роли государства в управлении и финансировании здравоохранения и, таким образом, обеспечение в полном объеме конституционных прав граждан на получение гарантированной бесплатной медицинской помощи. От этого выбора во многом зависит судьба РФ как социального государства, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Подобрать в сети Интернета источники по истории отечественного здравоохранения и составить библиографию.