

В.А. Медик

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Учебник

4-е издание, переработанное

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации

Рекомендовано ФГАУ «Федеральный институт развития образования»
в качестве учебника для использования в учебном процессе образовательных
организаций, реализующих программы высшего образования
по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело»,
31.05.02 «Педиатрия», 31.05.03 «Стоматология»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие к четвертому изданию	12
Предисловие к третьему изданию	14
Список сокращений	17
ЧАСТЬ 1. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ	19
Введение	19
Глава 1. Исторический очерк о здравоохранении России	22
1.1. Здравоохранение России в период до XXI века	22
1.2. Здравоохранение России в начале XXI в.	33
Контрольные вопросы и задания	38
Глава 2. Методология изучения общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения	40
2.1. Общие положения.	40
2.2. Разработка дизайна исследования	41
2.3. Сбор информации и формирование баз данных	47
2.4. Обработка, анализ и визуализация данных	48
2.5. Выработка управленческих решений, внедрение их в практику и оценка эффективности	65
Контрольные вопросы и задания	68
Глава 3. Медико-социальные аспекты демографии.	69
3.1. Общие положения.	69
3.2. Механическое движение населения	70
3.3. Естественное движение населения	72
3.3.1. Рождаемость	73
3.3.2. Смертность	79
3.3.3. Материнская, детская и перинатальная смертность	83
3.3.4. Естественный прирост (противоестественная убыль) населения.	92
3.3.5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	94
3.4. Статика населения	96
Контрольные вопросы и задания	102
Глава 4. Заболеваемость населения и методы ее изучения	103
4.1. Общие положения.	103
4.2. Заболеваемость по данным обращаемости в медицинские организации	104
4.3. Заболеваемость по данным медицинских осмотров.	109

4.4. Заболеваемость по данным о причинах смерти	112
4.5. Исчерпанная (истинная) заболеваемость	113
4.6. Заболеваемость важнейшими социально значимыми болезнями	114
4.7. Инфекционная заболеваемость	121
4.7.1. Коронавирусная инфекция	123
4.8. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности.	125
4.9. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем	127
Контрольные вопросы и задания	129
Глава 5. Медико-социальные аспекты инвалидности населения	130
5.1. Общие положения.	130
5.2. Критерии определения инвалидности. Реабилитация инвалидов	131
5.3. Статистика инвалидности	136
Контрольные вопросы и задания	139
Глава 6. Физическое развитие населения	140
6.1. Общие положения.	140
6.2. Методы оценки физического развития.	141
6.3. Организация изучения физического развития населения.	147
6.4. Медико-социальные проблемы, связанные с физическим развитием населения	151
6.4.1. Проблема ожирения.	151
6.4.2. Проблема алиментарной дистрофии	153
6.4.3. Проблема акселерации	156
Контрольные вопросы и задания	157
Глава 7. Факторы, определяющие здоровье населения	158
7.1. Общие положения.	158
7.2. Факторы риска и профилактика хронических заболеваний	159
7.3. Организация службы формирования здорового образа жизни.	169
Контрольные вопросы и задания	170
ЧАСТЬ 2. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	172
Введение	172
Глава 8. Правовые основы охраны здоровья граждан	174
8.1. Общие положения.	174
8.2. Система законодательства об охране здоровья граждан.	175

8.3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья	180
8.4. Правовое положение медицинских и фармацевтических работников	183
Контрольные вопросы и задания	195
Глава 9. Организационные основы здравоохранения	196
9.1. Общие положения.	196
9.2. Виды медицинской помощи	198
9.3. Номенклатура медицинских организаций	200
Контрольные вопросы и задания	206
Глава 10. Основы экономики и финансирования здравоохранения. . .	207
10.1. Общие положения.	207
10.2. Анализ экономической деятельности медицинских организаций	209
10.3. Медицинская, социальная и экономическая эффективность в здравоохранении.	218
10.4. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба	224
10.5. Формирование рыночных отношений в здравоохранении . . .	227
10.6. Источники финансирования здравоохранения.	233
10.7. Планирование и расходование финансовых средств бюджетными учреждениями здравоохранения.	236
10.8. Оплата труда в здравоохранении	239
10.9. Финансовый контроль в здравоохранении.	241
Контрольные вопросы и задания	243
Глава 11. Основы управления здравоохранением	245
11.1. Общие положения.	245
11.2. Принципы управления.	246
11.3. Функции управления	249
11.4. Стили управления	262
11.5. Методы управления	263
11.6. Технология принятия управленческого решения	264
11.7. Управление системой здравоохранения в Российской Федерации.	266
Контрольные вопросы и задания	270
Глава 12. Планирование и прогнозирование в здравоохранении . . .	271
12.1. Общие положения.	271
12.2. Основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения	272

12.3. Планирование в здравоохранении	275
12.3.1. Принципы планирования в здравоохранении	275
12.3.2. Виды планирования в здравоохранении	278
12.3.3. Методы планирования в здравоохранении	280
Контрольные вопросы и задания	282
Глава 13. Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации.	283
13.1. Основные задачи программы госгарантий	283
13.2. Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно	285
13.3. Нормативы объемов и финансирования медицинской помощи	287
13.4. Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации.	291
Контрольные вопросы и задания	295
Глава 14. Медицинское страхование	296
14.1. Общие положения.	296
14.2. Обязательное медицинское страхование	298
14.3. Добровольное медицинское страхование	309
Контрольные вопросы и задания	311
Глава 15. Организация первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях	312
15.1. Общие принципы организации первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях	312
15.2. Поликлиника для взрослых.	315
15.3. Поликлиника для детей	325
15.4. Женская консультация.	341
15.5. Центр общей врачебной практики (семейной медицины)	355
15.6. Статистика медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.	359
15.6.1. Особенности статистического анализа женских консультаций.	369
15.6.2. Особенности статистического анализа деятельности детских поликлиник.	375
Контрольные вопросы и задания	383

Глава 16. Организация стационарной помощи	385
16.1. Общие положения	385
16.2. Городская больница для взрослых	388
16.3. Городская больница для детей	395
16.4. Родильный дом	397
16.5. Перинатальный центр	407
16.6. Стационарзамещающие технологии	411
16.7. Статистика медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь	416
16.7.1. Особенности статистического анализа деятельности родильных домов	425
Контрольные вопросы и задания	431
Глава 17. Организация медицинской помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями	432
17.1. Общие положения	432
17.2. Кардиологический диспансер	433
17.3. Онкологический диспансер	439
17.4. Психоневрологический диспансер	445
17.5. Наркологический диспансер	449
17.6. Противотуберкулезный диспансер	455
17.7. Кожно-венерологический диспансер	459
17.8. Центр профилактики и борьбы со СПИДом	463
17.9. Порядок направления пациентов в федеральные медицинские организации для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи.	468
Контрольные вопросы и задания	470
Глава 18. Организация скорой медицинской помощи	472
18.1. Общие положения	472
18.2. Организация скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах	474
18.3. Проблемы и перспективы развития скорой медицинской помощи	478
18.4. Статистика организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь	479
Контрольные вопросы и задания	482
Глава 19. Организация медицинской помощи населению при стоматологических заболеваниях	483
19.1. Общие положения	483

19.2. Стоматологическая поликлиника	484
19.3. Особенности организации стоматологической помощи детскому населению	489
19.4. Перспективы развития стоматологической службы в условиях рыночной экономики	492
19.5. Статистика стоматологических организаций.	493
Контрольные вопросы и задания	500
Глава 20. Особенности организации медицинской помощи жителям сельской местности.	501
20.1. Общие положения.	501
20.2. Этапы оказания медицинской помощи сельским жителям.	502
Контрольные вопросы и задания	510
Глава 21. Организация медицинской реабилитации и санаторно- курортного лечения.	511
21.1. Организация медицинской реабилитации	511
21.2. Организация санаторно-курортного лечения	513
21.3. Отбор и направление на санаторно-курортное лечение взрослых.	516
21.4. Особенности направления на санаторно-курортное лечение детей	518
Контрольные вопросы и задания	519
Глава 22. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи	520
22.1. Общие положения.	520
22.2. Организация паллиативной медицинской помощи населению	522
22.2.1. Организация паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях	524
22.2.2. Организация паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара	527
22.2.3. Организация паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях	529
Контрольные вопросы и задания	538
Глава 23. Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование	540
23.1. Общие положения.	540
23.2. Экспертиза временной нетрудоспособности	541

23.3. Порядок выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.	545
23.3.1. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях, травмах и отравлениях (некоторых других последствиях воздействия внешних причин)	548
23.3.2. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи	550
23.3.3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам	552
23.3.4. Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, при протезировании и карантине	554
23.3.5. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при направлении граждан на медико-социальную экспертизу	555
23.4. Медико-социальная экспертиза.	556
23.5. Медицинское освидетельствование.	558
Контрольные вопросы и задания	563
Глава 24. Организация и оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях	565
24.1. Общие положения.	565
24.2. Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций	566
24.3. Всероссийская служба медицины катастроф	567
24.3.1. Режимы деятельности Всероссийской службы медицины катастроф	570
24.3.2. Организация медико-санитарного обеспечения	572
Контрольные вопросы и задания	576
Глава 25. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке	577
25.1. Общие принципы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.	577
25.2. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и контроль в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке	579
Контрольные вопросы и задания	583

Глава 26. Качество медицинской помощи и система её обеспечения	584
26.1. Общие характеристики и компоненты качества медицинской помощи	584
26.2. Система обеспечения качества медицинской помощи	589
Контрольные вопросы и задания	591
Глава 27. Этика в профессиональной деятельности врача	593
27.1. Основные проблемы медицинской этики и деонтологии	593
27.2. Этические нормы взаимоотношений врача и пациента.	596
27.3. Основные проблемы биомедицинской этики	601
Контрольные вопросы и задания	605
Глава 28. Информатизация в здравоохранении	607
28.1. Общие положения.	607
28.2. Информационные ресурсы в здравоохранении.	610
28.3. Классификация медицинских информационных систем	613
28.4. Концепция единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	617
Контрольные вопросы и задания	619
Глава 29. Национальный проект «Здравоохранение»	620
29.1. Общие положения.	620
29.2. Федеральные проекты национального проекта «Здравоохранение».	621
Контрольные вопросы и задания	627
Глава 30. Здравоохранение в зарубежных странах	628
30.1. Социально-экономические модели здравоохранения	628
30.2. Всемирная организация здравоохранения. международное сотрудничество России	633
Контрольные вопросы и задания	636
Приложения	637
Приложение 1	637
Приложение 2	641
Приложение 3	645
Основные термины	650
Список рекомендованной литературы.	665
Предметный указатель	666

ЧАСТЬ 1

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

ВВЕДЕНИЕ

В основе профессиональной деятельности любого врача лежат два основных понятия — «*здоровье*» и «*болезнь*». На современном этапе развития общества проблемы здоровья населения следует отнести к глобальным, связанным с национальной безопасностью государства. Сложившаяся демографическая ситуация в России определяет особое внимание государства к состоянию здоровья граждан. Интересы национальной безопасности России диктуют необходимость сокращения прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости, инвалидности, смертности, прежде всего в трудоспособном возрасте. Именно поэтому здоровье населения должно быть признано высшим приоритетом государства.

В настоящее время наиболее распространенной является научная теория, по которой здоровье человека рассматривается с точки зрения единства его социальной и биологической природы. Социальные факторы среды обитания для здоровья человека признаются ведущими, определяющими его развитие. Один из основоположников этого подхода, академик Ю.П. Лисицын, в своих фундаментальных работах показал, что здоровье индивидуума в 50% случаев обусловлено социальными факторами, в том числе условиями и образом его жизни.

Примат социального в определении здоровья подчеркивали известные ученые — основоположники социальной гигиены З.П. Соловьев, Г.А. Баткис, С.Я. Фрейдлин, О.П. Щепин, В.А. Миняев и др.

На ведущее значение социальных факторов в формировании здоровья населения обращает внимание известный социолог профессор

А.М. Осипов, рассматривающий социальную обусловленность общественного здоровья как «комплекс факторов, характеризующих образ и условия жизни субъектов, социальную организацию на уровне общества, локального сообщества и социальной микросреды, влияющий на состояние и динамику общественного здоровья».

На этих позициях базируется определение здоровья, данное в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «**Здоровье** — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Определение социальной сущности здоровья — ключ к пониманию такой категории, как «болезнь». Общепринято определение болезни как нарушения, поломки, дефекта физических или психических функций организма. Нередки определения болезни как нарушения связей, взаимодействия организма с внешней средой, нарушения адаптации к среде обитания.

Известный мыслитель и общественный деятель К. Маркс определял болезнь как «стесненную в своей свободе жизнь».

Аналогичной позиции придерживался академик Ю.П. Лисицын, который считал, что «**болезнь** — это стеснение свободы человеческой жизни во всех ее проявлениях: общественных отношениях, социальных контактах, психологической дезадаптации и дезинтеграции личности». В настоящее время все большее внимание стали уделять изучению связи качества жизни и здоровья, что позволяет глубже вникнуть в проблему отношения больного к своему здоровью. Появился даже специальный термин «**качество жизни, связанное со здоровьем**», под которым подразумевают комплексную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного, основанную на его субъективном восприятии.

В практической деятельности врач обычно оценивает здоровье отдельного человека, однако для принятия управленческих решений необходимо анализировать здоровье многочисленных групп людей. При этом здоровье следует рассматривать не просто как арифметическое сложение данных о здоровье индивидуумов, а как множество показателей, рассчитанных с использованием вероятностных и статистических методов анализа. В этом случае речь идет об изучении общественного здоровья.

Под **общественным здоровьем** следует понимать важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни

населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей.

Общественное здоровье как составляющая дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Правильно собранные и хорошо проанализированные статистические данные об общественном здоровье служат основой для планирования мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, разработки современных форм и методов работы медицинских организаций, контроля эффективности их деятельности.

Статистические данные об общественном здоровье принято изучать на 3 уровнях:

- *первый уровень (групповой)* — здоровье малых социальных или этнических групп;
- *второй уровень (региональный)* — здоровье населения отдельных административных территорий;
- *третий уровень (популяционный)* — здоровье популяции в целом.

Исследованием общественного здоровья занимается **медицинская статистика** — один из разделов биостатистики, изучающий основные закономерности и тенденции здоровья населения, здравоохранения с использованием методов математической статистики.

Для оценки общественного здоровья принято использовать следующие группы показателей (индикаторов):

- показатели медико-демографических процессов;
- показатели заболеваемости;
- показатели инвалидности;
- показатели физического развития.

Кроме того, для комплексной оценки общественного здоровья на основе специально разработанных математических моделей рассчитываются интегральные показатели. Этим группам показателей посвящена первая часть настоящего учебника.

Анализ показателей здоровья в динамике, сопоставление их с аналогичными показателями других стран является основой для выработки управленческих решений по оптимизации деятельности системы здравоохранения, сохранению и улучшению здоровья граждан РФ.

Глава 1

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК О ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ

1.1. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ В ПЕРИОД ДО ХХІ ВЕКА

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 здоровья 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 существовавшие ранее системы и формы российской медицины. Охраной здоровья населения страны стал руководить Наркомздрав — первое в мире Министерство здравоохранения (МЗ), 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 — 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, Казани, Харькове, Петрограде, Киеве, Одессе, Томске было открыто 12 новых, главным образом на периферии — в Астрахани, Нижнем Новгороде, Иркутске, Краснодаре, Самаре, Омске. Позднее (1930) 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, микробиологи-

ческий, 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 эвакуогоспиталей.

Увеличилось количество медико-санитарных частей на промышленных предприятиях, выросло число детских медицинских учреждений. 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), созданы отечественные антибиотики для борьбы с сепсисом (З.В. Ермольева и др.), разработано новое направление клинической медицины – хирургия центральной и периферической 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 советского 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 МЗ. Важным и целесообразным организационным мероприятием стало объединение амбулаторно-поликлинических учреждений 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 применяться 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 выделении 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 (ЦРБ), организация в них специализированных отделений (терапевтических, хирургических, педиатрических и др.). Специализация медицинской помощи коснулась и амбулаторно-поликлинических учреждений.

70-е годы прошлого столетия стали важным этапом в развитии и совершенствовании терапевтической помощи. Вступили в строй сотни новых, мощных, отвечающих современным требованиям амбулаторно-поликлинических учреждений, 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 ЦРБ, 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, МЗ 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 1-е 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 медицинских училищ расширялась медленно, мало делалось для улучшения системы усовершенствования средних медицинских работников.

В начале 1980-х годов перед МЗ 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 неотложности радикальных изменений в здравоохранении.

Необходимость реформирования здравоохранения стала очевидной еще в 70-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. Зстой, 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 МЗ, 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 РФ.

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 мес и более. И в это очень непростое время работники здравоохранения делали все возможное, чтобы обеспечить бесперебойное функционирование медицинских учреждений и оказание медицинской помощи населению. Предпринимались се-

рзые попытки по приведению системы здравоохранения в соответствие со сложившейся ситуацией, продолжались упорные поиски путей ее дальнейшего развития. Объяснить тот феномен, что в этот период в здравоохранении не произошло системных необратимых сбоев, можно, видимо, огромным запасом 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 РСФСР» (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, а также 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: здравоохранение — не единственный сектор, ответственный за укрепление здоровья, поскольку основные причины, определяющие неблагоприятное положение детей, относятся к социальной и экономической сферам.

В начале 1990-х годов вследствие происходящих в стране политических процессов в медицинской отрасли был отмечен крутой поворот от централизованной системы управления к децентрализованной с появ-

лением 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. основополагающими 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. Однако все эти принципы вводились бессистемно, без должной научной и правовой поддержки. Поэтому в 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 доступностью 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 уменьшилась господствующая роль производителя медицинских услуг и возросли роль пациента и внимание к его запросам. Централизованное планирование здравоохранения трансформировалось в разработку региональной политики в области охраны здоровья населения с акцентом на 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», одобренная постановлением Правительства РФ от 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. Необходимо отметить, что в этом основополагающем документе обоснование приоритетов в сфере охраны здоровья базировалось на строгом научном анализе здоровья населения и деятельности системы здравоохранения.

В этот же период, начиная с 1998 г., в практику управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях вошло ежегодное утверждение Программ государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Одной из приоритетных задач ПГГ было обеспечение баланса 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.

1.2. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ В НАЧАЛЕ XXI в.

Первые два десятилетия XXI в. для здравоохранения РФ отмечены серьезными противоречиями между ожидаемыми и фактическими результатами от реализации решений, принимаемых по реформированию отрасли. Стремление уменьшить и без того небольшие расходы на реализацию государственных гарантий в получении населением бесплатной медицинской помощи путем оптимизации сети организаций здравоохранения обернулось снижением ее доступности. При этом отчетливо обозначились два противоположных вектора в реформировании здравоохранения: с одной стороны — развитие и увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи, с другой — сокращение доступности наиболее востребованной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Ситуация усугублялась снижением эффективности управления системой здравоохранения на всех уровнях ее функционирования — федеральном, региональном, муниципальном. Новым трендом в отношении самих медицинских работников к проводимым в здравоохранении преобразованиям стали многочисленные выступления коллективов работников здравоохранения, требующих внесения корректив в планы оптимизации сети медицинских организаций и внедрения системы справедливой оплаты труда. Причина этого крылась прежде всего в том, что работа по оптимизации сети проходила

без должной проработки с коллективами медицинских организаций и широкой разъяснительной работы среди населения.

В 2000 г. распоряжением Правительства РФ № 1202-р была утверждена «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г.». На основе этой концепции был разработан 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 начале 2011 г. вступил в силу Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который обеспечил дальнейшее правовое регулирование и совершенствование механизмов системы ОМС граждан, основы которой были заложены в предыдущем законе (1993).

В этом же году был принят Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который определил законодательную базу и стратегию развития всей системы охраны здоровья россиян. План практических мероприятий по реализации приоритетных направлений развития системы охраны здоровья граждан был включен в государственную программу «Развитие здравоохранения» (2012, 2014, 2017).

Некоторое улучшение ситуации в здравоохранении, начиная с 2005 г., связано с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье». Впервые за многие годы в отрасль были направлены значительные государственные вложения, в результате чего улучшилось оснащение учреждений здравоохранения первичной ПМСП диагностическим оборудованием, санитарным транспортом; началось поэтап-

ное 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 — в нарушении организационно-функциональной целостности системы здравоохранения РФ, что обусловило проблемы в получении бесплатной медицинской помощи жителями субъектов РФ. Это прежде всего касалось сохраняющегося несоответствия между обязательствами государства по предоставлению гражданам России бесплатной медицинской помощи и выделяемыми на эти цели финансовыми ресурсами. Нарастала коммерциализация государственного и муниципального здравоохранения вследствие отсутствия эффективно действующих в этой сфере механизмов государственного регулирования. Крайне медленно происходила адаптация медицинских работников к рыночным механизмам системы мотивации труда, оставался нерешенным ряд вопросов, связанных с социальной и профессиональной защитой.

Говоря о проблемах и недостатках того периода, необходимо отметить и позитивные изменения, происходившие в системе здравоохранения РФ в начале XXI в.

Реализация государственной политики в сфере здравоохранения, выполнение федеральных и региональных медико-социальных программ позволили достичь определенных результатов в сохранении здоровья граждан, улучшении деятельности системы здравоохранения в период 2000–2018 гг. Дополнительная иммунизация населения привела к снижению инфекционной заболеваемости населения по многим нозологическим формам, в том числе по кори — в 6 раз, эпидемическому паротиту — в 8 раз, брюшному тифу — на 45%, трихинеллезу —

в 2,5 раза, клещевому вирусному энцефалиту — на 15%; заболеваемость дифтерией удалось свести к единичным случаям. С 2000 г. наметился перелом в негативных тенденциях показателя рождаемости, а несколько позже — показателя смертности населения. За период 2000–2018 гг. общий коэффициент смертности снизился с 15,3 до 12,5‰, а общий коэффициент рождаемости повысился с 8,7 до 10,9‰.

Начиная с 2004 г. появилась положительная тенденция в изменении такой важной характеристики в оценке демографической ситуации в целом и деятельности службы родовспоможения в частности, как коэффициент материнской смертности. В период 2000–2018 гг. этот показатель снизился с 39,7 до 9,1 (на 100 тыс. родившихся живыми). Снижение коэффициента материнской смертности происходило на фоне выраженного уменьшения частоты абортот (с 50,5 до 19,0 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 5,1‰, а уровень перинатальной смертности — с 13,2 до 7,2‰. Удалось обеспечить управляемость эпидемиологической ситуацией по туберкулезу, что выразилось в уверенном снижении показателя смертности от туберкулеза (5,9 на 100 тыс. населения) и первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза (44,4 на 100 тыс. населения). Значительно снизилась первичная заболеваемость населения РФ сифилисом и гонореей — соответственно в 10 и 14 раз.

Безусловно, положительное значение имело развитие в федеральных и региональных медицинских центрах высокотехнологичной медицинской помощи, объем которой за этот период увеличился в 2 раза.

Работа по реформированию системы здравоохранения, реализация территориальных ПГГ, безусловно, сыграли позитивную роль в реструктуризации (оптимизации) сети ЛПУ. Использование нормативно-подушевого принципа планирования и финансирования медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ в рамках территориальных ПГГ, позволило улучшить управление объемами медицинской помощи и добиться их сбалансированности по отдельным видам.

В то же время при реформировании системы здравоохранения не удалось избежать и серьезных ошибок. Зачастую оптимизация сети медицинских организаций в городах и сельской местности сводилась к механическому сокращению фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП),

коечного фонда больниц и закрытию в ряде случаев отдельных учреждений. С 2000 по 2018 г. число ФАП сократилось более чем на 5000, обеспеченность населения койками уменьшилась на 15%, обеспеченность населения вызовами скорой медицинской помощи (СМП) сократилась на 13%. Возникла острая проблема дефицита кадров врачей и средних медицинских работников: дефицит участковых терапевтов в поликлиниках составил 27%, педиатров — 18%.

Закрытие в ряде городов и районных центрах больниц, родильных домов, отделений специализированной медицинской помощи привело к снижению доступности ПМСП населению и, как результат, — к недовольству граждан результатами проводимых реформ. В конце 2014 г. в разных регионах России начались протесты, вызванные сокращением финансирования здравоохранения и увольнением медицинских работников. На митингах выдвигались требования остановить «псевдореформу» и обеспечить медицинским работникам достойную оплату труда.

Безусловно, само по себе снижение показателей обеспеченности населения медицинской помощью не может быть бесспорным свидетельством снижения ее доступности. Сокращение сети могло и должно было компенсироваться внедрением высоких медицинских технологий, информатизацией, маршрутизацией пациентов, однако этого не произошло. Следствием стало снижение доступности оказываемой гражданам ПМСП, что проявилось в негативных оценках ее населением. Так, по результатам социологических опросов¹, более половины (53%) респондентов полагали, что дела в российском здравоохранении обстоят плохо, 35% сочли ситуацию удовлетворительной и лишь 7% — хорошей.

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

Ситуация в здравоохранении усугубилась значительным снижением эффективности управления отраслью со стороны Минздрава России, а также снижением профессионального уровня команды управленцев здравоохранением на федеральном и региональном уровнях. Все это происходило на фоне хронического недофинансирования отрасли —

¹ Опрос Фонда «Общественное мнение», апрель, 2019.

расходы на здравоохранение в эти годы сохранялись на уровне 3,2–3,5% валового внутреннего продукта (ВВП).

Серьезной критике было подвергнуто состояние дел в здравоохранении Президентом РФ В. Путиным в ежегодном Послании Федеральному Собранию (2018). Для выхода из сложившейся ситуации в рамках Указа Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.» был разработан национальный проект «Здравоохранение»² и в 2019 г. начата его реализация.

В настоящее время 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.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что способствовало зарождению государственного здравоохранения (XVI в.)?
2. Перечислите учреждения в России, способствовавшие развитию государственной системы здравоохранения в XVII — начале XX вв.
3. Назовите систему оказания медицинской помощи населению России, которая зародилась в 60-е годы XIX в.
4. Какое значение имела Октябрьская революция 1917 г. для дальнейшего развития государственной системы здравоохранения в России?
5. Укажите год создания единой системы государственного здравоохранения и название учреждения, осуществлявшего управление советским здравоохранением.
6. Назовите имя выдающегося врача, ученого, организатора, который возглавил работу по созданию государственной системы здравоохранения после революции 1917 г.
7. Перечислите главные принципы, положенные в основу формирования государственной системы здравоохранения в СССР.

² Подробнее см. главу 29 «Национальный проект “Здравоохранение”».

8. Назовите имена выдающихся русских ученых, способствовавших становлению советской медицинской науки и здравоохранения.
9. Как называлось первое советское медицинское научно-исследовательское учреждение, организованное в 1920 г.?
10. Расскажите о развитии советского здравоохранения в годы, предшествовавшие Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.
11. Раскройте роль здравоохранения в победе советского народа в годы Великой Отечественной войны.
12. Расскажите о развитии советского здравоохранения в послевоенный период до 90-х годов XX в.
13. Перечислите основные нормативные правовые документы, способствовавшие развитию здравоохранения РФ в начале XXI в.
14. Назовите позитивные и негативные тенденции в здравоохранении РФ в начале XXI в.