

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Учебник для студентов

Под ред. проф. **В.А.Миняева**, проф. **Н.И.Вишнякова**

*Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому
и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебника
для студентов медицинских вузов*

Шестое издание

УДК 614.2
ББК 51.1(2)я73
О-28

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторский коллектив:

Л.А.Алексеева, к.м.н., доц.; Н.И.Вишняков, д.м.н., проф.; В.Л.Гончаренко, д.м.н., проф.; А.Я.Гриненко, акад. РАМН, д.м.н., проф.; О.А.Гусев, к.м.н., доц.; Е.О.Данилов, к.м.н., доц.; Е.Д.Дедков, д.м.н.; Л.В.Кочорова, д.м.н., проф.; К.С.Клюковкин, д.м.н., доц.; В.С.Лучкевич, д.м.н., проф.; Ю.П.Линец, к.м.н.; М.М.Мартirosян, к.м.н.; Е.В.Макушенко, к.м.н.; Г.Л.Микиртичан, д.м.н., проф.; В.А.Миняев, д.м.н., проф.; М.В.Петров, к.м.н.; Е.Н.Пенюгина, д.м.н., доц.; Н.Г.Петрова, д.м.н., проф.; С.Н.Пузин, акад. РАМН, д.м.н., проф.; А.В.Рывкин, к.м.н., доц.; В.В.Стожаров, д.м.н.; В.М.Тришин, д.м.н.; Н.В.Трофимова, к.м.н.; В.К.Юрьев, д.м.н., проф.; Т.Н.Шеломанова, к.м.н., доц.

Рецензенты:

В.З.Кучеренко, заслуженный деятель науки РФ, чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф., зав. кафедрой общ. здоровья и здравоохранения с курсом экономики Московской мед. академии им. И.М.Сеченова;

Н.Ф.Герасименко, чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф., зав. кафедрой основ законодательства в здравоохранении факультета управления здравоохранением Московской мед. академии им. И.М.Сеченова.

О-28 **Общественное здоровье и здравоохранение:** учебн. для студентов / под ред. В.А.Миняева, Н.И.Вишнякова. — 6-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2012. — 656 с.
ISBN 978-5-98322-840-5

Учебник написан профессорско-преподавательским составом кафедры общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова при участии профессоров и преподавателей других медицинских вузов Санкт-Петербурга, а также сотрудников ряда органов и учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга и Москвы. Учебник подготовлен в соответствии с программой «Общественное здоровье и здравоохранение» для студентов высших медицинских учебных заведений, утвержденной Департаментом образования медицинских учреждений и кадровой политики Минздрава РФ (30.03.2000 г., Москва).

Ряд разделов учебника может быть полезен для интернов, клинических ординаторов, аспирантов, слушателей курсов первичной специализации и повышения квалификации по организации здравоохранения при изучении актуальных проблем общественного здоровья и здравоохранения.

УДК 614.2
ББК 51.1(2)я73

ISBN 978-5-98322-840-5

© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2009

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	8
Глава 1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания (краткая история развития)	10
Глава 2. Основные этапы развития здравоохранения в России	19
Период становления советского здравоохранения (1917–1920 гг.)	25
Здравоохранение в период 1921–1925 гг.	27
Здравоохранение в довоенный период (1926–1940 гг.)	28
Здравоохранение в период Великой Отечественной войны и восстановления народного хозяйства (1941–1952 гг.)	30
Здравоохранение в послевоенный период (с 1952 г.)	34
Глава 3. Правовые основы здравоохранения в Российской Федерации	38
Развитие правовых основ здравоохранения в России	38
Система правового обеспечения охраны здоровья граждан	39
Конституция РФ об охране здоровья граждан	40
Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993)	40
Юридическая ответственность медицинских работников за профессиональные нарушения	47
Глава 4. Организационно-правовые основы медицинской деятельности	59
Системы здравоохранения в РФ	59
Организационно-правовые предпосылки медицинской и фармацевтической деятельности	61
Правовой статус лечащего врача	62
Врачебная и коммерческая тайна	63
Правовой статус медицинских и фармацевтических работников	64
Правовой статус пациента	66
Правовой статус муниципальной системы здравоохранения	69
Правовой статус медицинских учреждений индивидуально-частного предпринимательства	69
Правовые основы трудовой деятельности медработников. Понятие трудового права	70
Регулирование трудовых отношений в учреждениях здравоохранения	71
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации работников	78
Защита трудовых прав работников, разрешение трудовых споров	79
Материальная ответственность сторон трудового договора	81

Глава 5. Здоровье населения и методы его изучения	83
Понятие здоровья, его оценка, социальная обусловленность	83
Демографические показатели	85
Заболеемость населения	99
Инвалидность населения	112
Международная статистическая классификация болезней и проблемы, связанные со здоровьем	114
Физическое развитие	116
Некоторые основные тенденции в состоянии здоровья населения России в конце XX века	119
Глава 6. Основы медицинской статистики	129
Относительные величины (статистические коэффициенты)	138
Стандартизованные коэффициенты	141
Динамические ряды	147
Средние величины	153
Выборочный метод. Оценка достоверности средних арифметических и относительных величин	159
Непараметрические критерии	170
Глава 7. Социально-гигиеническое значение важнейших заболеваний и организация лечебно-профилактической помощи при них	172
Социально-гигиеническое значение болезней системы кровообращения и организация медицинской помощи при них	172
Социально-гигиеническое значение злокачественных новообразований и организация медицинской помощи при них	179
Туберкулез как социально-гигиеническая проблема и организация медицинской помощи больным туберкулезом	187
Травматизм	191
Психические расстройства как социально-гигиеническая проблема	195
Болезни органов дыхания	199
Инфекционная заболеваемость	202
Инфекции, передающиеся половым путем	205
ВИЧ-инфекция и СПИД	207
Глава 8. Теоретические аспекты медицинской этики, медицинской деонтологии, биоэтики (д.м.н., проф. Г.Л. Микиртчян)	210
Глава 9. Научные основы управления здравоохранением	239
Система управления здравоохранением в Российской Федерации	239
Менеджмент как отрасль науки и практической деятельности руководителей органов и учреждений здравоохранения	243
Глава 10. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению ..	263
Структура и организация работы поликлиники	266
Организация работы регистратуры поликлиники	271
Организация работы отделения профилактики	275
Содержание и организация работы терапевтического отделения поликлиники	276
Организация диспансеризации населения	280
Анализ деятельности поликлиники	284
Основные проблемы перехода к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)	289
Альтернативные формы амбулаторной помощи	299

Глава 11. Организация стационарной медицинской помощи взрослому населению	304
Показатели стационарной (больничной) медицинской помощи	325
Патологоанатомическое отделение и другие службы больницы	329
Глава 12. Организация скорой медицинской помощи	336
Структура службы скорой медицинской помощи	341
О профиле бригад скорой медицинской помощи	343
Основные требования к работе выездных бригад	344
Контроль работы выездных бригад	346
Работа оперативного отдела	348
Организационно-методическая работа	350
Повышение квалификации медицинского персонала	350
Глава 13. Организация медицинской помощи работникам промышленных предприятий	353
Глава 14. Особенности организации медико-социального обеспечения сельского населения в России	365
Глава 15. Организация акушерско-гинекологической помощи	374
Организация работы женской консультации	375
Основные направления работы участкового акушера-гинеколога	376
Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи	383
Глава 16. Организация лечебно-профилактической помощи детям	392
Организация работы детской поликлиники	392
Детские дошкольные учреждения	404
Школы, школы-интернаты, лагеря отдыха	404
Дом ребенка	406
Организация стационарной помощи детям	406
Глава 17. Организация стоматологической помощи	411
Организация работы стоматологической поликлиники	413
Учет и оценка деятельности стоматологической службы	420
Показатели обеспеченности населения стоматологической помощью	428
Особенности стоматологической помощи жителям сельской местности	430
Глава 18. Санаторно-курортная помощь населению	433
Глава 19. Социальное и медицинское страхование граждан	440
Основные понятия страхования	440
Социальная защита. Социальное страхование	442
Медицинское страхование (определение, виды)	449
Система медицинского страхования в России	450
Глава 20. Контроль качества медицинской помощи. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений	464
Контрольно-разрешительные механизмы в здравоохранении	486
Этапы лицензирования медицинской деятельности	489
Глава 21. Экспертиза нетрудоспособности в здравоохранении	493
Предмет и задачи врачебно-трудовой экспертизы	493
Порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность	499

Основные положения о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан	501
Медико-социальная экспертиза	510
Глава 22. Организация санитарно-эпидемиологической службы в Российской Федерации	525
Структура, задачи и функции Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации	526
Роль врачей-гигиенистов и эпидемиологов в проведении первичной и вторичной профилактики	534
Деятельность санэпидслужбы по контролю за санитарным состоянием ЛПУ	535
Взаимодействие санэпидслужбы с ведомствами и учреждениями	536
Обязанности предприятий и организаций по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения	537
Административно-правовые основы деятельности центров гигиены и эпидемиологии	538
Виды ответственности за санитарные правонарушения. Обжалование действий должностных лиц	539
Глава 23. Медицинские кадры	541
Обеспеченность медицинскими кадрами	541
Система подготовки медицинских кадров в России	543
Врач общей практики (семейный врач) и его роль в системе медицинской помощи	555
Особенности подготовки руководящих кадров здравоохранения	557
Особенности подготовки медицинских кадров в зарубежных странах	559
Международное сотрудничество в области кадровой политики	561
Основные направления совершенствования кадровой политики здравоохранения России	562
Глава 24. Лекарственная помощь населению РФ и концептуальные направления развития фармацевтического сектора	564
Нормативно-правовая база обращения лекарственных средств	564
Порядок льготного и бесплатного обеспечения населения РФ при амбулаторном лечении	570
Порядок выписывания рецептов на лекарственные средства на льготных условиях	574
Порядок приобретения лекарственных средств за счет собственных средств граждан	577
Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ	580
Учет, хранение, выписывание и использование наркотических средств и психотропных веществ в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях	582
Глава 25. Укрепление здоровья населения. Современные проблемы профилактики	590
Медико-социальные аспекты образа жизни населения	590
Основные факторы риска образа жизни и их медико-социальное значение	592
Профилактика и ее основные виды	599

Глава 26. Участие общественных организаций в охране здоровья населения	607
Профессиональные союзы (профсоюзы)	607
Глава 27. Здравоохранение в зарубежных странах. Международное сотрудничество в области здравоохранения	617
Системы здравоохранения в экономически развитых странах	617
Государственная система здравоохранения	618
Страховая система здравоохранения	620
Частнопредпринимательская система здравоохранения	623
Основные направления реформирования систем здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы	627
Организация здравоохранения в развивающихся странах	629
Международное сотрудничество в области здравоохранения	630
Всемирная организация здравоохранения	631
Приложения	634

ПРЕДИСЛОВИЕ

Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания в медицинском вузе занимает ведущее место в системе здравоохранения страны и в подготовке будущего врача.

Происходящие преобразования в нашей стране во всех сферах ее жизнедеятельности закономерно вызывают потребность внесения определенных изменений в систему здравоохранения, направленных на дальнейшее совершенствование медицинского обслуживания населения.

Все это соответственно требует пересмотреть и некоторые положения в преподавании предмета «общественное здоровье и здравоохранение», преследуя единственную цель — совершенствовать формы и методы подготовки студентов, будущих врачей — организаторов здравоохранения, где бы они ни трудились — будь то органы управления здравоохранением, ЛПУ с государственной формой собственности или коммерческие медицинские организации... Каждый выпускник медицинского вуза должен быть обстоятельно подготовлен по основным вопросам профилактики, методики изучения здоровья населения в зависимости от условий внешней среды, производственных, бытовых и социальных факторов. Он должен хорошо знать основные организационные принципы отечественного и зарубежного здравоохранения, владеть вопросами управления и экономическими проблемами в здравоохранении, в частности, знать и уметь организовать работу отдельных лечебно-профилактических учреждений, руководить коллективом медицинских работников.

За основу для составления настоящего учебника взяты новая программа предмета*, двухтомное руководство «Социальная медицина и организация здравоохранения» под редакцией В.А.Миняева, Н.И.Вишнякова, В.К.Юрьева, В.С.Лучкевича (1998). Задача авторского коллектива заключалась в том, чтобы объективно показать все прогрессивное, достигнутое отечественным здравоохранением с анализом негативного опыта в охране здоровья населения, в его медицинском обслуживании.

* Программа «Общественное здоровье и здравоохранение» для студентов высших медицинских учебных заведений. Утверждена Департаментом образовательных медицинских учреждений и кадровой политики 30 марта 2000 г. — МЗ РФ. — М., 2000. — 74 с.

При написании учебника возникла необходимость пересмотреть некоторые теоретические аспекты с учетом новых подходов к проблемам социальной медицины, критического анализа современного состояния здоровья нашего общества, уровня медицинской помощи и тех преобразований, которые проходят в стране в настоящее время и будут происходить в ближайшем будущем при условии, что здравоохранение должно стать одним из ведущих направлений социальной политики государства и обеспечивать высокий уровень медицинской помощи населению страны.

При подготовке настоящего учебника учитывалось, что за последние годы в ряде регионов страны были выпущены учебники, руководства, курсы избранных лекций по нашей специальности. Большинство из них представляют собой достойные учебные издания для подготовки студентов с учетом современных требований высшей медицинской школы, в частности, учебник В.К.Юрьева, Г.И.Куценко «Общественное здоровье и здравоохранение» (СПб., 2000); «Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению» (Медик В.А., Юрьев В.К., 2001, 2003) и др.

Однако наличие в ряде случаев определенных пробелов в изданных учебниках и учебных пособиях, огромный научно-педагогический, методический опыт кафедры (например, учебник В.К.Юрьева и Г.И.Куценко в основном ориентирован на студентов педиатрических факультетов, да и «Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению» В.А.Медика и В.К.Юрьева в большей степени направлен на подготовку будущих педиатров), а также 85-летний опыт кафедры I ЛМИ – СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова в преподавании нашего предмета для студентов лечебного и стоматологического факультетов, а в последние годы – и в преподавании менеджмента в здравоохранении для клинических ординаторов, стажеров, интернов – все это послужило побудительным мотивом к изданию настоящего учебника. Авторский коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова выражает глубокую признательность профессорско-преподавательским составам содружественных кафедр ряда петербургских медицинских вузов, а также известным руководителям практического здравоохранения Санкт-Петербурга и Москвы за активное сотрудничество в подготовке учебника.

Глава 1

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК НАУКА И ПРЕДМЕТ ПРЕПОДАВАНИЯ (краткая история развития)

Как известно, большинство дисциплин и узких специальностей в медицине изучают разные болезни, их симптомы и синдромы, разные клинические проявления течения заболеваний, их осложнения, методы диагностики и лечения болезней и вероятные исходы заболевания в случае применения современных методов комплексного лечения. Крайне редко описываются основные методы профилактики заболеваний, реабилитации лиц, перенесших то или иное заболевание, порой тяжелое, с осложнениями и даже с выходом больных людей на инвалидность.

Еще реже в медицинской литературе касаются термина «рекреация», т.е. комплекса профилактических, лечебно-оздоровительных мер, направленных на сохранение здоровья здоровых людей. Здоровье людей, его критерии, пути сохранения и укрепления в сложных социально-экономических условиях практически полностью выпали из сферы интересов современной медицины и здравоохранения России. В связи с этим, прежде чем говорить об общественном здоровье, необходимо дать определение термину «здоровье», выявить уровни его изучения в медико-социальных исследованиях и определить в этой иерархии место общественного здоровья.

Итак, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) еще в 1948 г. сформулировала, что *«здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»*. ВОЗ провозглашен принцип, в соответствии с которым «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека». Принято выделять 4 уровня изучения здоровья:

1-й уровень — здоровье **отдельного человека**.

2-й уровень — здоровье малых или этнических групп — **групповое здоровье**.

3-й уровень — **здоровье населения**, т.е. людей, проживающих на конкретной административно-территориальной единице (область, город, район и т.д.).

4-й уровень — **общественное здоровье** — здоровье общества, населения страны, континента, мира, популяции в целом.

Общественное здоровье и здравоохранение — наука, изучающая воздействие социальных факторов и условий внешней среды на здоровье

населения и вырабатывающая научно обоснованные рекомендации, направленные на устранение и предупреждение вредного влияния социальных факторов, на совершенствование системы организации здравоохранения в целях повышения уровня здоровья людей. Общественное здоровье и здравоохранение занимается изучением широкого круга различных медицинских аспектов, социологических, экономических, управленческих, философских проблем в области охраны здоровья населения в конкретной исторической обстановке.

С учетом Приказа Министерства здравоохранения РФ №83 от 01.03.2000 г. «О совершенствовании преподавания в медицинских и фармацевтических вузах проблем общественного здоровья и здравоохранения», а также в результате проведенного по инициативе ММА им. И.М.Сеченова и при поддержке МЗ РФ семинара заведующих кафедрами организационного профиля медицинских вузов России «Современные подходы, формы и методы преподавания «Общественного здоровья и здравоохранения» (Москва, 2000) было выработано следующее определение понятия «общественное здоровье», одобренное большинством участников семинара: *«Общественное здоровье — важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни».*

В отличие от различных клинических дисциплин общественное здоровье изучает состояние здоровья не отдельно взятых индивидуумов, а коллективов, социальных групп и общества в целом в связи с условиями и образом жизни. При этом условия жизни, производственные отношения, как правило, являются определяющими для состояния здоровья людей, так как научно-технический прогресс, социально-экономические революции и эволюционные периоды, культурная революция приносят обществу величайшие блага, но одновременно могут оказывать негативные воздействия на его здоровье. Величайшие открытия современности в области физики, химии, биологии, урбанизация населения в XX в., бурное развитие промышленности во многих странах, большие объемы строительства, химизация сельского хозяйства и др. нередко приводят к существенным нарушениям в области экологии, что губительно сказывается прежде всего на здоровье населения, вызывает те или иные заболевания, которые порой по своей распространенности приобретают эпидемиологический характер.

Антагонистические противоречия между научно-техническим прогрессом и состоянием здоровья общества в нашей стране возникают вследствие недооценки государством профилактических мер. Следовательно, среди задач нашей науки — вскрытие таких противоречий и разработка рекомендаций по профилактике негативных явлений и факторов, которые отрицательно влияют на здоровье общества.

Для планомерного развития народного хозяйства огромное значение имеют информация о численности населения, определение его прогнозов на будущее.

Общественное здоровье выявляет закономерности развития народонаселения, исследуя демографические процессы, прогнозирует перспективу, разрабатывает рекомендации по государственному регулированию численности населения.

Таким образом, общественное здоровье характеризуется одновременным комплексным воздействием социальных, поведенческих, биологических, геофизических и других факторов. Многие из них могут быть определены как факторы риска. Что же такое факторы риска заболеваний?

Факторы риска – *потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.*

В отличие от непосредственных причин заболеваний (бактерии, вирусы, недостаток или избыток каких-либо микроэлементов и др.), факторы риска действуют опосредованно, создают неблагоприятный фон для возникновения и дальнейшего развития заболеваний.

При изучении общественного здоровья факторы, его определяющие, обычно объединяют в следующие группы:

1. **Социально-экономические факторы** (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние, уровень и качество питания, отдых и др.).

2. **Социально-биологические факторы** (возраст, пол, предрасположенность к наследственным заболеваниям и др.).

3. **Экологические и природно-климатические факторы** (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, наличие экстремальных природно-климатических факторов и др.).

4. **Организационные или медицинские факторы** (обеспеченность населения медицинской помощью, качество медицинской помощи, доступность медико-социальной помощи и др.).

Академик РАМН Ю.П.Лисицын приводит следующую группировку и уровни влияния обуславливающих здоровье факторов риска (табл. 1.1).

Вместе с тем разделение факторов на те или иные группы весьма условно, так как население подвергается комплексному воздействию множества факторов, кроме того, факторы, влияющие на здоровье, взаимодействуют друг с другом, меняются во времени и пространстве, что необходимо учитывать при проведении комплексных медико-социальных исследований.

Вторая часть науки об общественном здоровье и здравоохранении включает в себя разработку научно обоснованных, наиболее оптималь-

Таблица 1.1 Группировка обуславливающих здоровье факторов риска*

Сфера влияния факторов на здоровье	Группы факторов риска	Удельный вес, % факторов риска
Образ жизни	Курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание Стрессовые ситуации (дистресс) Вредные условия труда Гиподинамия Плохие материально-бытовые условия Потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами Непрочность семей, одиночество Низкий культурный и образовательный уровень Высокий уровень урбанизации	49–53
Генетика, биология человека	Предрасположенность к наследственным болезням Предрасположенность к так называемым дегенеративным болезням (наследственное предрасположение к заболеваниям)	18–22
Внешняя среда	Загрязнение канцерогенами и другими вредными веществами воздуха Загрязнение канцерогенами и другими вредными веществами воды Загрязнение почвы Резкие смены атмосферных явлений Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	17–20
Здравоохранение	Неэффективность профилактических мероприятий Низкое качество медицинской помощи Несвоевременность медицинской помощи	8–10

* Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учеб. рук-во / Под ред. Ю.П.Лисицына. – Казань, 1998. – С. 52.

ных методов управления здравоохранением, новых форм и методов работы различных медицинских учреждений, путей улучшения качества медицинской помощи, обосновывает оптимальные решения экономических и управленческих проблем в здравоохранении.

Бурный рост развития медицинской науки вооружил врачей новыми, современными методами диагностики сложных заболеваний, эффективными средствами лечения. Все это одновременно требует разработки новых организационных форм и условий деятельности медиков, ЛПУ, а иногда и создания совершенно новых, ранее не существовавших медицинских учреждений. Возникает потребность в изменении системы управления медицинскими учреждениями, расстановки медицинских кадров; появляется необходимость в пересмотре нормативной базы здравоохранения, расширении самостоятельности руководителей медицинских учреждений и прав врача.

Как следствие всего сказанного, создаются условия для пересмотра вариантов более оптимального решения экономических проблем

здравоохранения, введения элементов внутриведомственного хозяйственного расчета, экономического стимулирования качественного труда медицинского персонала и др.

Указанные проблемы определяют место и значение науки в дальнейшем совершенствовании отечественного здравоохранения.

Единство теории и практики отечественного здравоохранения нашло свое выражение в единстве теоретических и практических задач, методических приемов отечественного общественного здоровья и здравоохранения.

Таким образом, ведущее значение в науке имеет вопрос об изучении эффективности влияния на здоровье населения всех мероприятий, которые проводит государство, и роли в этом здравоохранения и отдельных медицинских учреждений как с государственными, так и с негосударственными формами собственности, т.е. предмет раскрывает значение всего многообразия общественно-экономической жизни страны и определяет пути совершенствования медицинского обслуживания населения.

Общественное здоровье и здравоохранение имеют свою методологию и методы исследования. Такими методами являются: статистический, исторический, экономический, экспериментальный, хронометражных исследований, социологические и др.

Статистический метод широко используется в большинстве исследований: он позволяет объективно определить уровень состояния здоровья населения, а также эффективность и качество работы лечебно-профилактических учреждений.

Исторический метод позволяет в исследовании проследить состояние изучаемой проблемы на разных исторических этапах развития страны.

Экономический метод дает возможность установить влияние экономики на здравоохранение и здравоохранения – на экономику государства, определить наиболее оптимальные пути использования государственных средств для эффективной охраны здоровья населения. Вопросы планирования финансовой деятельности органов здравоохранения и медицинских учреждений, наиболее рациональное расходование денежных средств, оценка эффективности действий здравоохранения по оздоровлению населения и влияние этих действий на экономику страны – все это составляет предмет экономических исследований в области здравоохранения.

Экспериментальный метод включает в себя постановку различных экспериментов по изысканию новых, наиболее рациональных форм и методов работы медицинских учреждений, отдельных служб здравоохранения.

Следует заметить, что в большинстве исследований преимущественно используется комплексная методика с применением большинства указанных методов. Так, если ставится задача изучить уровень и

состояние амбулаторно-поликлинической помощи населению и определить пути ее совершенствования, то статистическим методом изучаются заболеваемость населения, обращаемость в поликлинические учреждения, исторически анализируются уровень ее в разные периоды, динамика. Экспериментальным методом анализируются предлагаемые новые формы в работе поликлиник: проверяются их экономическая целесообразность и эффективность.

В исследовании могут применяться методы *хронометражных исследований* (хронометрия работы медицинского персонала, изучение и анализ затрат времени больными на получение медицинской помощи и т.д.).

Метод экспертных оценок очень широко используется в исследованиях качества и результативности медицинской помощи, ее планирования и т.д. Это важнейший метод, и им нельзя пренебрегать.

Нередко используются *социологические методы* (метод интервьюирования, анкетный метод), что позволяет получить обобщенное мнение группы людей об объекте (процессе) изучения.

Источником информации является в основном государственная отчетная документация лечебно-профилактических учреждений; для более глубокого исследования сбор материала может производиться на специально разработанные карты, анкеты, в которые включены все вопросы для получения необходимых сведений согласно утвержденной программе исследования и задачам, которые поставлены перед исследователем. Для этой цели исследователь по специальной программе вводит необходимые данные в компьютер из первичных регистрационных документов.

В подавляющем большинстве социально-гигиенических исследований группового здоровья, здоровья населения и общественного здоровья в предыдущие годы речь шла о количественной оценке здоровья. Правда, с помощью показателей, индексов и коэффициентов в научных исследованиях всегда пытались оценить качество здоровья, т.е. дать характеристику здоровья как параметра качества жизни. Сам термин «качество жизни» в отечественной научной литературе стал применяться в последние 10–15 лет. Это и понятно, лишь тогда можно говорить о «качестве жизни» населения, когда в стране (как это давно произошло в развитых странах Европы, Америки, в Японии и некоторых других) основные материальные и социальные блага доступны большинству населения.

По определению ВОЗ (1999), **качество жизни** — *оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации.*

У нас в стране под **качеством жизни** чаще всего подразумевают категорию, включающую в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состоя-

ния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации.

Несмотря на отсутствие общепринятого в мире понятия «качество здоровья» как важнейшей составляющей «качества жизни», предпринимаются попытки дать комплексную оценку общественного здоровья (количественную и качественную).

Как предмет преподавания «общественное здоровье и здравоохранение» прежде всего способствует повышению качества подготовки будущих специалистов-врачей, формированию у них не только навыков правильно поставить диагноз и лечить больного, но и способности организовать высокий уровень медицинского обслуживания, умения четко обеспечить свою деятельность.

Социальные проблемы медицины интересовали выдающихся ученых древности – таких как Гиппократ, Авиценна, Аристотель, Везалий и др. В России в развитие социальной медицины крупный вклад внесли М.В.Ломоносов, Н.И.Пирогов, С.П.Боткин, И.М.Сеченов, Т.А.Захарьин, Д.С.Самойлович, А.П.Доброславин, Ф.Ф.Эрисман.

Именно в России во второй половине XIX столетия под влиянием общественного движения передовой интеллигенции, представителей земской и фабрично-заводской медицины, известных ученых-медиков, а также под влиянием нарастающего недовольства большинства населения страны уровнем медико-социальной помощи, в условиях приближающейся череды революций и войн начала XX в. и других факторов впервые стали формироваться основы науки и учебной дисциплины об общественном здоровье и здравоохранении. Так, в Казанском университете в 1860-х годах профессор А.В.Петров читал студентам лекции по общественному здоровью, социальной гигиене. В конце XIX в. на медицинских факультетах многих университетов России (Санкт-Петербург, Москва, Киев, Харьков и др.) читались курсы общественной гигиены, а также медицинской географии и медицинской статистики. Однако эти курсы были эпизодическими, часто входили в состав других дисциплин. Лишь в 1920 г. в Германии в Берлинском университете была образована первая в мире кафедра социальной гигиены. Возглавил эту кафедру ее основатель – немецкий ученый, социал-гигиенист, профессор Альфред Гротьян. Так началась история самостоятельного предмета и науки социальной гигиены. Вслед за кафедрой А.Гротьяна стали организовываться аналогичные кафедры в ряде университетов Германии и других стран Европы. Они направляли научные исследования на разработку актуальных проблем общественного здоровья и медицинской статистики, сосредоточили свое внимание на социальных условиях и факторах, определяющих здоровье населения, на разработке предложений и требований по государственной охране здоровья населения, прежде всего, трудящихся, по осуществлению социальной, государственной политики, включая эффективное медицинское (санитарное) законодательство, страхование здоровья, социальное обеспечение.

Становление и расцвет социальной гигиены (так наука называлась в России до 1941 г.) в период советской власти связаны с именами крупных деятелей советского здравоохранения Н.А.Семашко, З.П.Соловьева. По их инициативе в медицинских институтах стали создаваться кафедры социальной гигиены.

Первая такая кафедра была создана Н.А.Семашко в 1922 г. на медицинском факультете I МГУ. В 1923 г. под руководством З.П.Соловьева создается кафедра во II МГУ и под руководством профессора А.Ф.Никитина — в I Ленинградском медицинском институте. До 1929 г. такие кафедры были организованы во всех медицинских институтах. Уже в 1922 г. была разработана первая учебная программа по социальной гигиене, вскоре изданы первые учебники и учебные пособия (З.Г.Френкель, 1923; Т.Я.Ткачев, 1924; коллектив авторов под ред. А.В.Молькова, 1927 и др.). В 1920-х годах вышли в переводе на русский язык научные труды и учебные пособия А.Фишера, А.Гротьяна и других зарубежных социал-гигиенистов.

В 1923 г. был открыт Государственный институт социальной гигиены Наркомздрава РСФСР, который стал научно-организационной базой для всех кафедр социальной гигиены и организации здравоохранения. Учеными социал-гигиенистами проводятся важные исследования по изучению санитарно-демографических процессов в России в первой половине XX в. (А.М.Мерков, С.А.Томилин, П.М.Козлов, С.А.Новосельский, Л.С.Каминский и др.), разрабатываются новые методы изучения здоровья населения (П.А.Кувшинников, Г.А.Баткис и др.). В 1930-е годы Г.А.Баткисом издается учебник для кафедр социальной гигиены всех медицинских институтов.

Во время Великой Отечественной войны кафедры социальной гигиены переименовываются в кафедры «организации здравоохранения». Все внимание кафедр в эти годы было сосредоточено на вопросах медико-санитарного обеспечения фронта и организации медицинской помощи в тылу, предупреждения вспышек инфекционных заболеваний. В послевоенные годы активизируется работа кафедр по укреплению связи с практическим здравоохранением. На фоне усиления разработки теоретических проблем здравоохранения, социологических и демографических исследований расширяются и углубляются исследования в области организации здравоохранения, направленные на разработку научно обоснованного планирования здравоохранения, изучение потребности населения в различных видах медицинской помощи; широко развиваются комплексные исследования по изучению причин распространенности различных неинфекционных заболеваний, в частности сердечно-сосудистой патологии, злокачественных новообразований, травматизма и др.

Большой вклад в развитие науки и преподавания во второй половине XX в. в России внесли З.Г.Френкель, Б.Я.Смулевич, С.В.Курашов, Н.А.Виноградов, А.Ф.Серенко, С.Я.Фрейдлин, Ю.А.Добровольский, Ю.П.Лисицын, О.П.Щепин и др.

В 2000 г. кафедры переименовываются в кафедры общественного здоровья и здравоохранения в соответствии с двумя основными составными частями данной науки и с учетом ее назначения и истории развития.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения при внедрении в его работу новых экономических механизмов хозяйствования и финансирования, новых правовых взаимоотношений в системе здравоохранения, при переходе к медицинскому страхованию от будущего врача требуется усвоение значительного объема теоретических знаний и практических организационных навыков. Каждый врач должен быть хорошим организатором своего дела, уметь четко организовать работу подчиненного ему медицинского персонала, знать медицинское и трудовое законодательство, владеть элементами экономики и управления. Важная роль в выполнении этой задачи принадлежит кафедрам общественного здоровья и здравоохранения, которые представляют и науку, и предмет преподавания в системе высшей медицинской школы.

Глава 2

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

История развития отечественного здравоохранения начинается с Древней Руси. Со времени принятия христианства на Руси стала складываться общественная система призрения, основанная на милосердии и благотворительности. Пришедшие на Русь из Византии монахи принесли с собой представление о врачевании и об общественном призрении как прерогативе церкви. На протяжении многих веков церковь и монастыри были средоточием социальной помощи «сырым и убогим», увечным и больным.

При монастырях же были созданы в XI в. первые больницы в Переяславле, Киеве, позднее в Новгороде, Смоленске, Львове и других городах.

В Московском государстве появились элементы государственного здравоохранения. Был учрежден специальный орган управления медицинским делом – Аптекарский приказ (1620 г.). Созданный первоначально с целью обеспечения лечебной помощью царского двора, уже к середине XVII в. он превратился в крупное общегосударственное учреждение. В функции Аптекарского приказа входило: руководство аптеками, аптекарскими огородами, организацией сбора лекарственных растений; создание медицинской службы в армии; организация временных госпиталей; приглашение на службу иностранных врачей и наблюдение за работой врачей; подготовка врачей; перевод медицинских книг на русский язык; освидетельствование различных лиц; проведение мероприятий по борьбе с эпидемиями. Среди этих мер были простейшие карантинные мероприятия, введение правил захоронения умерших, извещение царского двора о случаях «повальных болезней», сжигание зараженных предметов.

В XVIII в. в России произошли многие преобразования в медицине, часть из них была инициирована Петром I: уделялось внимание мерам по сохранению здоровья солдат и матросов, издавались указы о соблюдении гигиены в войсках и на кораблях, предупреждении заразных болезней в армии, об улучшении помощи больным и раненым, создании военных госпиталей и богаделен, организации госпитальных школ и др.

В XVIII в. Россия по-прежнему являлась единственной страной, в которой существовал единый орган управления медицинским делом.

В 1721 г. создается Медицинская канцелярия – преемница Аптекарского приказа. Во главе Медицинской канцелярии стоял архиатр. Должность эту занимали многие известные врачи, но особенно результативной была деятельность на этом посту врача-реформатора П.З.Кондоиди. В 1763 г. Медицинская канцелярия была преобразована в Медицинскую коллегию во главе с президентом – не врачом.

В 1775 г. произошла реформа гражданского управления, в губерниях были созданы приказы общественного призрения. Одной из главнейших их обязанностей было открытие больниц, аптек, богаделен, сиротских домов, смиренных домов для душевнобольных. В эти годы значительно расширяются типы учреждений. Кроме военных госпиталей создаются гражданские больницы (в 1763 г. – Павловская и в 1776 г. – Екатерининская больницы в Москве, в 1779 г. – Обуховская больница в Петербурге). Открываются учреждения для призрения психических больных (больницы или отделения), государственные и частные аптеки, курорты (первый – по указу Петра I в 1719 г. в Олонецком крае), организуются родовспомогательные заведения. Для проведения вариоляции (профилактика оспы) создаются «оспенные» дома.

Несмотря на крайне недостаточное число госпиталей и больниц, скудость средств, отпускаемых на их содержание, малочисленность медицинского персонала, все же этот период можно рассматривать как начало организации больничного дела, причем практически для каждого типа учреждений, особенно для аптек и госпиталей, неоднократно вырабатывались регламенты их деятельности.

С усилением абсолютной монархии благотворительное движение становится все более светским из-за государственной политики финансового и правового ограничения монастырей и храмов, а также поощрения частной благотворительности дворянского сословия. В период всего XVIII века милосердие и благотворительность постепенно принимали организованные формы. Управление и финансирование благотворительных учреждений осуществлялось государством, частными лицами и церковью.

В начале XIX в. по примеру стран Западной Европы в России произошла реформа государственного аппарата, которая привела к созданию министерств по различным отраслям народного хозяйства. Но министерство здравоохранения по этой реформе не предусматривалось ни в одной стране. В России в 1803 г. был создан медицинский департамент в составе Министерства полиции (в 1819 г. объединенного с Министерством внутренних дел). Началась децентрализация управления медико-санитарным делом, и прогрессивные традиции были практически утрачены.

Характерной особенностью этого периода явилось создание специализированных больниц – глазных, детских, для психических и венерологических больных. В 1803 г. в Петербурге и Москве были открыты Марииинские больницы для бедных, названные по имени императрицы

Марии Федоровны (супруги императора Павла I), которая стала основательницей своеобразного Ведомства учреждений императрицы Марии, сосредоточившего в себе воспитательные дома, приюты для слепых, глухих, увечных, ряд больниц и другие учебно-воспитательные и лечебные учреждения. Во второй половине XIX в. это ведомство имело статус министерства. В этот период стала развиваться амбулаторная помощь, при больницах начали функционировать амбулатории, в 1854 г. в Петербурге была создана Максимилиановская лечебница для проходящих больных, находящаяся под попечительством Максимилиана Ляхтенбергского, а затем великой княгини Елены Павловны, консультантами лечебницы были известные врачи, в том числе и Н.И.Пирогов.

Большинство учреждений существовало на частные и благотворительные пожертвования. Наиболее крупным благотворительным обществом в России было Ведомство учреждений императрицы Марии. Параллельно и независимо от него действовало Императорское человеколюбивое общество и ряд других. Кроме того, формировалась сословная благотворительность. Каждое сословие на правах самоуправления заботилось об оказании помощи своим нетрудоспособным гражданам. В соответствии с этим открывались дворянские, купеческие, ремесленные, епархиальные благотворительные учреждения и заведения военного ведомства; продолжали существовать частные благотворительные учреждения.

Во второй половине XIX — начале XX вв. медицина становится подлинно научной дисциплиной благодаря использованию достижений физики, химии, техники, биологии. Были сделаны крупные открытия, перевернувшие взгляды ученых на причины, диагностику, лечение и профилактику, патогенез заболеваний. Однако большие успехи научной медицины не привели к улучшению состояния здоровья населения. Многочисленные социально-гигиенические исследования, проведенные в эти годы, свидетельствуют о широком распространении эпидемических заболеваний и социальных болезней. Показатель общей смертности в России в 1913 г. составил 29,1 на 1000 населения, особенно высоким уровнем отличалась младенческая смертность — 270 на 1000 родившихся.

Отмечался низкий уровень санитарного состояния страны. К 1917 г. из примерно 800 городов только в 215 был водопровод, из них 145 не имели очистных сооружений, канализацией были обеспечены 23 города. Многие города не имели постоянной санитарной организации. К 1913 г. на всю Россию насчитывалось 208 тыс. больничных коек (13 коек на 10 000 жителей), работали 23 тыс. врачей (1,8 врача на 10 000 жителей) и около 50 тыс. средних медицинских работников. Основное число врачей и медицинских учреждений было сосредоточено в городах.

В эти годы распыленность медико-санитарного дела еще более усилилась. Наиболее значительное число медицинских учреждений было подчинено медицинскому департаменту Министерства внутренних

дел и Министерству государственных имуществ. В сферу забот этих министерств не входила работа врачей и лечебных заведений Военного и Морского министерств, Удельного ведомства, Министерства императорского двора, Министерств народного просвещения, путей сообщения, торговли и промышленности, Ведомства учреждений императрицы Марии и др. Работа частнопрактикующих врачей лишь частично учитывалась Министерством внутренних дел, а работа вольнопрактикующих врачей совсем не попадала в поле их зрения.

Интересный опыт оказания поликлинической помощи населению был предпринят в Петербурге, и связан он с именем С.П.Боткина и видного санитарного деятеля Г.И.Архангельского. Большие эпидемии дифтерии и скарлатины 1880–1881 гг. потребовали разработки мер борьбы с эпидемиями (среди них одной из главных была организация общедоступной врачебной помощи для населения столицы как на дому, так и амбулаторно). Как гласный Государственной думы С.П.Боткин стал одним из организаторов при ней комиссии общественного здоровья, которая в 1839 г. представила доклад об организации постоянной врачебной помощи неимущему населению Петербурга через думских врачей.

К 1885 г. весь Петербург был поделен на 25 участков, на каждом работал один врач. Постепенно стали выделяться специальные помещения, и к 1916 г. в Петербурге было организовано 15 амбулаторий «думских» врачей, распространенных по всем районам города. В часы, не занятые приемом думских врачей, в амбулаториях вели приемы врачи-специалисты по глазным, кожным, хирургическим и зубным, ЛОР-заболеваниям, по туберкулезу. Деятельность думских врачей представляет первый опыт оказания медицинской помощи городскому населению по районному принципу (истоки современной участковости).

В конце 1890-х годов начала создаваться специальная служба для оказания первоначальной медицинской помощи вне лечебных учреждений – скорой помощи. Часто созданию этой службы способствовали трагедии, сопровождавшиеся массой пострадавших. Так, в Москве скорая помощь была организована вскоре после ходынской трагедии. В Петербурге в 1899 г. после очередного сильного наводнения было открыто 5 станций.

В нашей стране в 1860-х годах была впервые в мире организована система оказания медицинской помощи сельскому населению – земская медицина. Земская медицина организовывалась как «необязательная» повинность земства одновременно с учреждением земства. Земские участковые врачи стремились сочетать лечебное дело с санитарно-оздоровительной работой и с участием в общекультурной пропаганде на селе. Однако профилактической работе и санитарным мероприятиям не уделялось должного внимания. Земства выделяли на содержание земской медицины незначительные средства, стараясь покрыть расходы на оказание медицинской помощи за счет самого

крестьянства (специальный медицинский сбор). Плата с крестьян за лечение в больнице была отменена лишь в 1880-х годах. Для экономии в течение 1860–1870-х годов земства приглашали на службу вместо врачей фельдшеров, которым было предоставлено право самостоятельного лечения. В своем развитии земская медицина прошла 2 периода. I период начался в 1864 г., продолжался приблизительно 26 лет и характеризовался разъездной системой оказания медицинской помощи, малым числом врачей, в основном работали фельдшеры; недостаточным количеством учреждений; огромной территорией участка, приходившейся на одного врача; платной медицинской помощью. Организованная таким образом медицинская помощь была введена в 34 губерниях России.

Передовые врачи и общественные деятели приложили много сил, чтобы усовершенствовать созданную организацию, и их стараниями 17 губерний вступили во II период земской медицины (1890-е годы). С этого периода разъездная система сменяется стационарной, при которой врач из «неуловимого кочевника» превращается в прикрепленного к определенному медицинскому учреждению, что, несомненно, явилось важной вехой в деле улучшения медико-санитарной помощи сельскому населению. Была организована значительная сеть медицинских учреждений, помощь больному в зависимости от тяжести его состояния оказывалась на одном из этапов: фельдшерский пункт, сельская участковая больница, уездная больница, губернская больница. Медицинская помощь оказывалась бесплатно. Постепенно увеличивалось число врачей на селе, многие выдающиеся ученые вышли из среды земских врачей: П.И.Дьяконов, С.И.Спасокукоцкий, Н.И.Напалков, Н.Ф.Филатов и многие другие. Была организована сеть медико-статистических учреждений.

Большую роль в истории развития идей и организации земской медицины сыграло Общество русских врачей им. Н.И.Пирогова. Одними из первых теоретических центров земской медицины явились журнал «Архив судебной медицины и общественной гигиены», основанный в 1865 г. С.П.Ловцовым, и Казанское общество врачей, организованное А.В.Петровым. Санитарно-статистические исследования заболеваемости, физического развития и демографии, произведенные впервые деятелями земской медицины (П.И.Куркин, Е.М.Дементьев, Е.А.Осипов, Ф.Ф.Эрисман, А.И.Погожев, Н.И.Тезяков, Д.Н.Жбанков, С.М.Богословский, И.И.Моллесон и др.), имели целью разработку программы санитарного оздоровления в России и организации медицинской помощи крестьянству.

В эти годы сложился тип земского врача – носителя высоких нравственных качеств и общественных принципов. Земские врачи оказали огромное влияние на формирование и развитие лучших традиций отечественной медицины. Крупнейшие деятели земской медицины И.И.Моллесон, Е.А.Осипов, П.И.Куркин, П.А.Песков, Н.И.Тезяков,

З.Г.Френкель, С.Н.Игумнов и др. обогатили санитарно-статистическую науку.

Таким образом, в рамках земской медицины были сформулированы и отработаны многие организационные принципы, важнейшие из них — участковая, этапность и создание санитарной организации, в состав которой входили уездный и губернский санитарные врачи, уездный и губернский санитарные советы.

В начале XX в. рост промышленности, подъем революционного движения, выдвижение рабочими экономических требований, в том числе и по организации медицинской помощи, способствовали введению страховой медицины в России в рамках существовавшей фабрично-заводской медицины.

23 июня 1912 г. правительством был принят закон о страховании рабочих при болезни и несчастных случаях. Организационную основу страховой медицины составляли больничные кассы, которые могли быть территориальными (общими) и профессиональными (при предприятиях). В состав касс входили и предприниматели, во многом определявшие политику и практическую деятельность этих учреждений. Средства больничных касс образовывались из взносов рабочих и из выплат промышленников. Максимум вычета с рабочих был равен 3% заработка; при большем числе участников кассы процент уменьшался. Размер взносов владельца предприятия был определен в $\frac{2}{3}$ суммы взносов, взимаемой с участников кассы.

Закон устанавливал, что лечение рабочих должно проводиться за счет владельцев предприятий, но содержание собственных больниц, даже при крупных заводах и фабриках, признавалось для предпринимателей необязательным.

Больничные кассы обеспечивали рабочих 3 видами пособий: болезнь и несчастный случай (от 25 до 75% заработка), роды (50–100%) и погребение в случае смерти застрахованного (100–150% месячного заработка).

Принятый закон, таким образом, был далек от совершенства и вызывал обоснованную критику. Система страхования распространялась только на рабочих, а их в России было немного. Кроме того, закон не распространялся на Сибирь, Дальний Восток и Туркестан. В общем, приблизительно только 15% рабочих подлежали страхованию.

После февральской революции 1917 г. была попытка улучшить систему страхования рабочих. Закон от 17 июня 1917 г. вводил ряд нововведений и прежде всего предусматривал распространение страхования на все отрасли промышленности и на широкие слои рабочих. Но ничего нового не было принято по одному из основных пунктов о средствах больничных касс, здесь все оставалось по-прежнему.

Таким образом, к 1917 г. в России существовали государственные учреждения, ведомственные, частные и благотворительные медицинские учреждения.

Период становления советского здравоохранения (1917–1920 гг.)

С 1917 г. в нашей стране вопросы охраны здоровья стали государственной задачей, что обеспечивалось государственным руководством и финансированием служб здравоохранения и медицинской науки.

Тяготы революции, гражданская война, разруха, голод, несовершенная организация медико-санитарной помощи, недостаток врачей обусловили перечень неотложных задач этого периода: строительство новой системы организации медико-санитарной службы в Красной Армии; борьба с эпидемиями; привлечение медицинских работников к активной работе и создание необходимых учреждений для оказания медицинской помощи населению; охрана материнства и младенчества.

26 октября (8 ноября) 1917 г. при Военно-революционном комитете Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов был образован медико-санитарный отдел во главе с М.И.Барсуковым. Этому отделу поручалось начать реорганизацию медико-санитарного дела в стране, а также организовать медицинскую помощь восставшим.

Среди создаваемых в эти годы комиссариатов не было специального Комиссариата здравоохранения, но в различных комиссариатах организовывались медицинские коллегии. 24 января 1918 г. декретом СНК РСФСР медицинские коллегии всех комиссариатов были объединены в Совет врачебных коллегий, который стал высшим медицинским органом в стране. Председателем Совета врачебных коллегий был назначен А.Н.Винокуров, его членами стали Е.А.Артеменко, М.И.Барсуков, В.М.Бонч-Бруевич (Величкина), С.Ю.Багоцкий, И.С.Вегер, М.Г.Вечеслов, М.В.Головинский, С.И.Мицкевич, Е.П.Первухин. После переезда советского правительства в Москву в марте 1918 г. в Совет вошли Н.А.Семашко, З.П.Соловьев, В.И.Русаков, А.П.Голубков, А.П.Кост, В.С.Вейсброд.

Состоявшийся 16–19 июня 1918 г. Всероссийский съезд медико-санитарных отделов Советов по докладу З.П.Соловьева и В.М.Бонч-Бруевич принял решение о создании Народного комиссариата здравоохранения, кроме того, на съезде обсуждались насущные проблемы здравоохранения этого периода: «Об организации и задачах советской медицины на местах» (доклад Н.А.Семашко), «Об организации борьбы с эпидемиями в условиях Советской республики» (доклад А.Н.Сысина), «О страховой медицине» (И.В.Русаков и Г.В.Линдов).

11 июля СНК принял декрет «Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения». Народным комиссаром здравоохранения был назначен Н.А.Семашко, его заместителем — З.П.Соловьев, в состав коллегии НКЗ вошли В.М.Бонч-Бруевич (Величкина), А.П.Голубков, П.Г.Дауге, Е.П.Первухин.

На местах создавались медико-санитарные отделы Советов, которые проводили решения центральных органов в области здравоохранения на своих территориях.

Для организации медицинского обслуживания бойцов Красной Армии постановлением ВЦИК в октябре 1919 г. был создан специальный комитет помощи раненым и больным красноармейцам. Большая роль в координировании всех вопросов принадлежит З.П.Соловьеву, который в январе 1920 г. возглавил Главное военно-санитарное управление Рабоче-Крестьянской Красной Армии. В 1919 г. он избран председателем исполкома Российского общества Красного Креста. Госпитальная база была приближена к местам боевых действий, осуществлена мобилизация медицинских работников. Проводились специальные меры по борьбе с эпидемиями, особенно сыпного тифа, как в войсках, так и среди гражданского населения. Часто устраивались «недели чистоты», «банные недели». На железнодорожных и водных станциях организовывались санпропускники. Для больных сыпным тифом развертывались дополнительные койки. Массовая профилактическая помощь сочеталась с санитарным просвещением, для которого были найдены действенные формы.

Необходимо было налаживать оказание медицинской помощи рабочим. основополагающее значение имел декрет ВЦИК от 22 декабря 1917 г. «О страховании на случай болезни», который обязывал больничные кассы оказывать застрахованным — рабочим, служащим и членам их семей — бесплатную помощь, что положило начало осуществлению принципа бесплатной, общедоступной и квалифицированной медицинской помощи трудящимся. Больничные кассы, располагавшие определенными средствами, создали ряд крупных амбулаторий, больниц и поликлиник. Таким образом, в первые месяцы советской власти страховая медицина стала превращаться в «грандиозную организацию, о которой вряд ли мечтали страховые деятели прежней эпохи». Но просуществовала она недолго — до февраля 1919 г., так как вскоре после образования Наркомздрава руководители здравоохранения пришли к выводу, что все медицинские учреждения в стране должны быть только государственными.

В декабре 1918 г. была национализирована вся аптечная сеть, в Наркомздраве организован фармацевтический отдел.

Несмотря на тяжелейшие условия рассматриваемого периода, именно в эти годы был провозглашен приоритет профилактической медицины, начат комплекс мероприятий по борьбе с социальными болезнями — туберкулезом, венерическими заболеваниями. В Наркомздраве были организованы секция по борьбе с туберкулезом и подсекция по борьбе с венерическими заболеваниями. Начали создаваться лечебно-профилактические учреждения нового типа — диспансеры (противотуберкулезный и венерологический). В 1919 г. в Москве состоялся I Всероссийский съезд по борьбе с социальными болезнями.

Здравоохранение в период 1921–1925 гг.

Эти годы проходили под знаком восстановления разрушенной медицинской сети. Число медицинских учреждений возрастало, в том числе увеличивалось и число диспансеров. В связи с введением НЭПа появилась необходимость перестройки работы здравоохранения, исходя из новых условий. Большинство медицинских учреждений было переведено с государственного на местный бюджет, который не везде был достаточным. Это приводило к закрытию ряда учреждений и введению платы за лечение. Однако вскоре III Всероссийский съезд здравотделов провозгласил незыблемость основных принципов здравоохранения — государственный характер и бесплатность. К концу этого периода вновь начинает отмечаться рост количества медицинских учреждений не только в городах, но и в сельской местности.

Эпидемическая обстановка в стране продолжала оставаться сложной. В результате огромных усилий эпидемии удалось локализовать. В эти годы большое внимание уделялось борьбе с малярией: при Наркомздраве в 1921 г. была организована Центральная малярийная комиссия, а на местах — малярийные станции и пункты. В 1924 г. издан специальный декрет СНК РСФСР «О мероприятиях по борьбе с малярией». Началась планомерная борьба с оспой, также закреплённая декретами: «Об обязательном оспопрививании» (октябрь 1924 г., как дополнение к декрету 1919 г.), обязывающий проводить ревакцинацию. Важное значение имел декрет «О мерах по улучшению водоснабжения, канализации и ассенизации». В июне 1921 г. было издано постановление, согласно которому в Наркомздраве сосредотачивалось все дело санитарной охраны жилищ. Началась реализация лозунга «От борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда и быта», провозглашенного V Всероссийским съездом здравотделов и знаменующего синтез лечебной и профилактической работы.

Значение широких оздоровительных мер, вовлечение трудящихся в работу по оздоровлению, санитарному просвещению подчеркнул III Всероссийский съезд Советов (1925 г., по докладу Н.А.Семашко). Именно в это время широкое распространение получили разнообразные формы участия населения и объединений трудящихся в работе лечебно-профилактических учреждений, оздоровлении условий труда и быта.

Особенно остро в эти годы ощущался недостаток врачей и другого медицинского персонала. В связи с новыми условиями, задачами и содержанием советской медицины, а также привлечением в учебные заведения нового студенчества — детей рабочих и крестьянской бедноты — была проведена реформа медицинского образования. Стали открываться новые медицинские факультеты университетов. Особую роль в реорганизации медицинского образования сыграли кафедры социальной гигиены, способствующие внедрению профилактических начал в медицину, изучению социальных проблем медицины.

К концу этого периода наметились некоторые тенденции к улучшению состояния здоровья населения: сократилась заболеваемость и смертность от острозаразных болезней, общая смертность снизилась до 20,3 на 1000 населения, постепенно стала расти продолжительность жизни.

Здравоохранение в довоенный период (1926–1940 гг.)

С началом первых пятилеток в экономической политике страны был взят курс на индустриализацию и коллективизацию. Форсированные индустриализация и экономический рост в условиях нехватки капиталов вели к увеличению разрыва между экономической и социальной сторонами развития. При значительном увеличении капиталовложений в промышленность доля расходов на социальную сферу и здравоохранение сокращалась.

Основным методом лечебно-профилактической помощи провозглашается диспансеризация. Одним из первых диспансерный метод стал внедряться в Московском здравоохранении, возглавляемом В.А.Обухом. Активно он применялся в Ленинграде, Киеве и других крупных городах. Опыт диспансеризации этих лет имел положительное значение: диспансерный метод вышел за рамки социальных болезней и стал использоваться во всех медицинских учреждениях. С другой стороны, в конце 1920-х годов диспансерный метод пытались внедрять в неоправданно широких масштабах, что привело к теоретическим и практическим просчетам в проведении диспансерной работы, что в значительной мере объясняется недоучетом ограниченных возможностей материально-технической базы здравоохранения, недостатком медицинского персонала.

Жесткое проведение классово-политической линии стало определяющим принципом в организации медицинского обеспечения населения. Главной задачей органов здравоохранения являлось обслуживание промышленных рабочих и колхозного крестьянства.

Выступивший на VII Всероссийском съезде zdravotделов (1930) с программным докладом нарком здравоохранения М.Ф.Владимирский определил круг задач, требующих неотложного решения: экономических проблем здравоохранения, рациональной организации медицинской помощи как важнейшего фактора повышения производительности труда, снижения потерь рабочего времени в связи с нетрудоспособностью по болезни и др. Большое значение придавалось планированию здравоохранения и медицинской науки. Особая роль отводилась здравпунктам на промышленных предприятиях. Много внимания уделялось борьбе с профессиональными заболеваниями и травматизмом.

Более основательно в эти годы решаются вопросы санитарного законодательства. Выходит ряд правительственных законов по санитарному

делу: постановления СНК РСФСР «О санитарных органах республики» (1927), «Об учреждении Положения о санитарных органах республики» (1927). Результатом явилось установление повсеместного постоянного предупредительного и текущего санитарного надзора, четко определялись права и функции санитарных органов.

В конце 1920-х годов появились новые учреждения – санитарно-эпидемиологические станции (СЭС) – органы, управляющие мероприятиями по борьбе с инфекционными и паразитарными болезнями, организующие работу по оздоровлению окружающей среды. В 1933 г. была создана Государственная санитарная инспекция для руководства работой органов санитарной инспекции на всей территории страны.

В 1930 г. происходит реформа медицинского образования, суть которой заключалась в реорганизации медицинских факультетов в самостоятельные медицинские институты и передаче их из Народного комиссариата просвещения в НКЗ, что способствовало совершенствованию планирования приема и выпуска врачей, увеличению числа медицинских институтов, а следовательно, и числа врачей (в 1928 г. – 70 тыс. врачей, в 1940 г. – 155,3 тыс.). Началось профильное обучение, в медицинских институтах организуются лечебный, санитарно-гигиенический и педиатрический факультеты. К 1940 г. в стране насчитывалось 72 медицинских вуза.

В 1934 г. наркомом здравоохранения РСФСР назначается Г.Н. Каминский, оставивший заметный след в истории советского здравоохранения. В июле 1936 г. был создан Народный комиссариат здравоохранения СССР, и первым наркомом утверждается Г.Н. Каминский. Так была завершена централизация медико-санитарного дела в стране. В ведение НКЗ СССР перешли республиканские народные комиссариаты здравоохранения.

Одними из неотложных задач здравоохранения 1930-х годов были улучшение внебольничной помощи и снижение заболеваемости населения.

Действовавший в стране так называемый остаточный принцип финансирования здравоохранения обусловил серьезное ослабление внимания к вопросам охраны здоровья и, как следствие, сокращение ассигнований, приостановку роста сети, уменьшение числа лечебно-профилактических учреждений. Начиная с 1934–1935 гг., сеть медицинских учреждений на промышленных предприятиях уменьшалась, качество обслуживания рабочих снизилось, показатели заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности возросли. Сказалась, вероятно, и неудовлетворительная работа органов здравоохранения. Поэтому перед Г.Н. Каменским и сменившим его в 1937 г. на посту наркома здравоохранения СССР М.Ф. Болдыревым были поставлены серьезные задачи по ликвидации выявленных недостатков в здравоохранении. Предусматривались введение в работу принципа участковости, организация помощи на дому, нормирование нагрузки врачей и создание

единой номенклатуры медицинских учреждений. Основным звеном медико-санитарного обслуживания на селе стал сельский врачебный участок. Началось строительство здравоохранения в союзных республиках. Для каждой республики была утверждена обязательная сеть врачебных участков, обеспеченных врачами. Был предусмотрен бюджет учреждений здравоохранения. Создается медицинская и фармацевтическая промышленность. Проводилось это в тяжелых условиях массовых репрессий и других нарушений законности по отношению ко всем слоям общества, в том числе и к медикам. Не миновали они и первых наркомов здравоохранения СССР.

Статистические данные этого периода отражали в основном количественный рост сети и кадров, не выявляя массы нерешенных проблем здравоохранения. Так, по официальным данным, число больничных коек возросло с 247 тыс. в 1928 г. до 791 тыс. в 1940 г. Снизилась общая смертность (1940 – 18,0 на 1000 населения), возросла средняя продолжительность жизни. Были ликвидированы опасные эпидемические заболевания, сократилась заболеваемость малярией, другими инфекционными и паразитарными заболеваниями.

Здравоохранение в период Великой Отечественной войны и восстановления народного хозяйства (1941–1952 гг.)

В годы Великой Отечественной войны службы здравоохранения были нацелены на выполнение задач, обусловленных военным временем: оказание медицинской помощи раненым на этапах эвакуации, быстрое восстановление их боеспособности, предупреждение эпидемий. Решались эти задачи с невероятными трудностями.

Еще в мае 1940 г. в секретном докладе правительственной комиссии отмечалось, что санитарная служба Красной Армии, как показал опыт войны с белофиннами, оказалась недостаточно подготовленной: не хватало медицинских кадров, особенно хирургов, неудовлетворительной была подготовка медицинского персонала по вопросам военно-полевой хирургии, организации и тактики медицинской службы.

Накануне войны 1941 г. медицинские учреждения были укомплектованы врачами лишь на 77%. Остро ощущался недостаток в квалифицированных руководителях военно-медицинской службы, не была завершена перестройка медицинской службы Красной Армии, не разработаны основные положения деятельности военных медиков в боевой обстановке.

Особенно тяжелые потери отмечались в первые месяцы войны во время окружения или вынужденного отступления. Были разрушены многие медицинские учреждения, уничтожены имущество медико-санитарных учреждений, запасы лекарств, различное оборудование.

Действиям военных медиков в первые два года войны особенно мешали устаревшие, но оставшиеся руководящими довоенные представления о тактике медицинской службы, в частности жесткая регламентация расположения госпиталей. В этих условиях для выполнения своего профессионального долга от медиков требовались напряжения всех сил, высокое мастерство, самостоятельность в работе. Благодаря этому удалось предотвратить массовые эпидемии, добиться возвращения в строй значительного процента раненых и больных.

Спустя некоторое время на основе единой военно-полевой медицинской доктрины была создана система этапного лечения раненых и больных с эвакуацией по назначению, которая предусматривала проведение преемственных и последовательных мероприятий в сочетании с эвакуацией по медицинским показаниям и с учетом боевой обстановки. Впервые в истории отечественной военной медицины была организована специализированная медицинская помощь в соответствующих профилированных госпиталях, максимально приближенная к раненому. Раненым в голову, грудь, живот, бедро, суставы оказывали помощь компетентные специалисты. Была разработана и быстро внедрена система лечения легкораненых. Создание терапевтических госпиталей упорядочило систему лечения больных.

Ведущую роль в организации медицинского обеспечения действующей армии играло Главное военно-санитарное управление, возглавляемое Е.И.Смирновым. Большое значение в организации медицинского обеспечения боевых действий войск, в совершенствовании методов лечения больных и раненых и обобщении боевого опыта медицинской службы имел Ученый медицинский совет при начальнике Главного военно-санитарного управления.

Для внедрения в практику единых принципов лечения и профилактики, а также для развертывания в условиях войны научных исследований важное значение имело введение в руководящие органы медицинской службы в центре и на фронтах должностей главных специалистов, на которые назначались известные ученые: М.А.Ахутин, С.И.Банайтис, А.А.Вишневский, М.С.Вовси, С.С.Гирголав, Н.Н.Еланский, Ф.Г.Кротков, П.А.Куприянов, И.А.Молчанов, В.Н.Шамов, С.С.Юдин и др. Пост главного хирурга Советской Армии занимал Н.Н.Бурденко, а аналогичную должность в Военно-морском флоте — Ю.Ю.Джанелидзе.

Были не только разработаны методы лечения ран, травм, восстановления трудоспособности, переливания крови и кровезаменителей, борьбы с шоком и послераневыми осложнениями, предложены эффективные лекарственные средства, но и продолжались фундаментальные исследования, определившие перспективу важнейших направлений современной медицинской науки. В 1944 г. была учреждена Академия медицинских наук СССР, объединившая ведущие научно-исследовательские институты медицинского и медико-биологического профиля. Первым президентом АМН СССР стал Н.Н.Бурденко.

Была создана эффективная система санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, охватывающих войска и гражданское население страны. Во всех республиках, областях, городах и районах были созданы чрезвычайные противоэпидемические комиссии, обладавшие широкими полномочиями. Нарком здравоохранения СССР Г.А.Митирев был назначен уполномоченным Государственного комитета обороны по противоэпидемической работе, что позволило сосредоточить в едином органе все меры по предотвращению эпидемий.

Сложные и трудные задачи стояли и перед органами гражданского здравоохранения: необходимо было обеспечивать страну медицинскими кадрами, организовывать лечение в эвакуогоспиталях раненых и больных, сохранять санитарное благополучие тыла, оказывать медицинскую помощь гражданскому населению, в том числе женщинам и подросткам, установить медицинский надзор над эвакуированными детьми.

8 июля 1944 г. издается указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства».

Немалую роль сыграли медицинские работники и в обороне Ленинграда: они должны были обеспечить охрану здоровья населения осажденного и обстреливаемого города. Все крупные больницы и медицинские институты значились на немецких картах артобстрелов под специальными номерами как объекты, подлежащие уничтожению. На фронт ушли свыше 2 тыс. врачей. Кроме оказания медицинской помощи гражданскому населению, необходимо было развернуть госпитали для обслуживания раненных и больных бойцов. В короткий срок было организовано большое число таких госпиталей, они были полностью снабжены имуществом и оборудованием.

В первые же месяцы стала формироваться медико-санитарная служба для эвакуированных.

Была создана медико-санитарная служба противовоздушной обороны. На предприятиях, в домохозяйствах, общежитиях были организованы пункты первой помощи. Дружинницы Красного Креста под руководством врачей провели героическую работу по оказанию помощи пострадавшим при воздушных налетах и артиллерийских обстрелах города. Они подбирали больных на улицах, госпитализировали их, выявляли больных на дому, обеспечивали уход за ними.

Организовано работала ленинградская скорая помощь, на долю которой выпала ответственная работа по своевременному оказанию помощи пострадавшим от бомбежек и обстрелов. Немало работников скорой помощи погибли при выполнении своих обязанностей.

Санитарная и противоэпидемическая работа, проведенная работниками здравоохранения и поддержанная жителями города, привела к тому, что в осажденном городе не было эпидемий.

Зимой 1941–1942 гг. до 90% всех коек в больницах занимали больные алиментарной дистрофией, которая часто сопровождалась пневмониями, дизентерией. Значительная часть больных поступала в тяжелейшем состоянии и часто умирала в первые сутки и даже часы после поступления в стационар. За время блокады в городе только от голода умерло более 1 млн ленинградцев. В конце 1941 – начале 1942 гг. увеличилось число больных с проявлениями авитаминозов. Авитаминозы и алиментарная дистрофия не только сами по себе резко ухудшали состояние здоровья, но значительно осложняли течение и ухудшали исходы других заболеваний. Так, смертность от дизентерии среди больных алиментарной дистрофией и авитаминозами увеличилась в 5 раз, а от сыпного тифа – в 15 раз.

Медицинские вузы города продолжали подготовку врачей для военного и гражданского здравоохранения, организовывали многочисленные курсы усовершенствования и специализации для всех звеньев медицинского персонала по различным актуальным проблемам военного времени.

Особенной интенсивностью отличалась научно-исследовательская работа в медицинских и научных учреждениях города. Большой вклад был внесен в теорию и практику разнообразной патологии военного времени, в том числе особенностей патологии блокированного города. В институтах действовали ученые советы, шла защита докторских и кандидатских диссертаций, издавались научные труды и методические рекомендации для военных медиков. Поражает необыкновенная быстрота внедрения научных достижений в практику здравоохранения в эти годы, не сравнимая с до- и послевоенным периодами.

После окончания этой жесточайшей войны, принесшей неисчислимые потери для нашей страны, началось постепенное восстановление разрушенной сети здравоохранения, а затем и дальнейшее ее развитие.

Официальные данные свидетельствуют о том, что к 1960 г. число медицинских учреждений, больничных коек, врачей не только достигло довоенного уровня, но и значительно превзошло его. В сельской местности насчитывалось более 63 тыс. фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов. В 1950 г. показатель общей смертности снизился по сравнению с 1940 г. в 2 раза (9,7 на 1000 жителей), уменьшилась заболеваемость и смертность от инфекционных заболеваний.

Важнейшим организационным мероприятием этого периода было объединение амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами в комплексы – объединенные больницы. Это решение было одобрено Всесоюзным совещанием работников здравоохранения в 1947 г., обосновывая этот шаг повышением качества медицинской помощи и квалификации врачей. Действительными положительными сторонами объединения были: доступность госпитализации, расширение возможностей диагностики, преемственность наблюдения за больными, благоприятные условия для повышения квалификации врачей. Однако

объединение часто проходило по формальному принципу: поликлиники объединялись с инфекционными больницами, наблюдалась территориальная разобщенность поликлиники и больницы, преимущественное внимание уделялось стационару: за счет поликлиники укомплектовывались штаты стационара, материальные средства в большей степени расходовались на укрепление базы стационара. Поэтому в конце 1960 — начале 1970-х годов появилась тенденция к разъединению таких больниц и поликлиник, а в крупных городах в новых жилых районах было разрешено строительство самостоятельных поликлиник.

Здравоохранение в послевоенный период (с 1952 г.)

В эти годы шли поиски новых форм и методов оказания лечебно-профилактической помощи населению.

Была проведена реформа управления здравоохранением в сельской местности. Районные отделы здравоохранения упразднились, и все административные и хозяйственные функции по отношению к учреждениям здравоохранения района передавались районной больнице, главный врач которой становился главным врачом района. Центральные районные больницы стали организационно-методическими центрами квалифицированной медицинской помощи.

В 1960-е годы наряду с дальнейшим развитием сети медицинских учреждений все больше внимания уделялось развитию специализированных служб, обеспечению населения скорой и неотложной медицинской помощью, стоматологической и рентгенорадиологической помощью. Были проведены конкретные мероприятия по снижению заболеваемости туберкулезом, полиомиелитом, дифтерией. Строительство крупных многопрофильных больниц и увеличение мощности существующих центральных районных больниц до 300–400 коек со всеми видами специализированной помощи министр здравоохранения С.В.Курашов рассматривал как генеральную линию развития здравоохранения.

Больше внимания стали уделять организации медицинской помощи больным с патологией органов дыхания, сердечно-сосудистыми, онкологическими, аллергическими заболеваниями.

Однако все отчетливее было видно, что результаты деятельности органов здравоохранения перестали соответствовать потребностям населения, насущным задачам времени.

Финансирование здравоохранения продолжало осуществляться по остаточному принципу. По сравнению с другими странами мира, где при оценке финансирования исходят из показателей доли национального дохода, идущего на здравоохранение, в 1970–1980-е годы СССР занимал место в 7-м десятке стран. Оценка по доле госбюджета, идущей

го на эти цели, показала, что эта доля неуклонно снижалась: 1960 г. — 6,6%, 1970 г. — 6,1%, 1980 г. — 5,0%, 1985 г. — 4,6%, 1993 г. — 3,5%. Рост ассигнований в абсолютных величинах едва покрывал расходы, связанные с ростом населения страны.

Здравоохранение стали включать в сферу обслуживания, внимание административно-управленческого аппарата к охране здоровья людей снизилось.

Профилактическое направление медицины в его традиционном понимании как борьба с массовыми, преимущественно инфекционными, остро протекающими заболеваниями путем санитарно-противоэпидемических мер стало исчерпывать себя. Одна из причин этого — стремительная трансформация патологии: все большее преобладание неэпидемических хронических болезней, составивших основу современной структуры смертности и заболеваемости. Появились новые вопросы, связанные с недооценкой не только в 1930–1940-е годы, но и в 1950–1960-е годы проблем окружающей среды и гигиены труда. Таким образом, по-прежнему декларируемое профилактическое направление на практике не выполнялось, у врачей преобладал лечебный раздел работы, профилактикой же врачи занимались формально, часто «для отчета».

Особое место принадлежит значимости экстенсивных путей развития здравоохранения. Несомненно, что на определенном этапе развития, когда многие проблемы охраны здоровья были связаны с нехваткой врачей, больниц, поликлиник, санитарно-эпидемиологических учреждений, эти пути сыграли свою роль. Но они могли привести к успехам лишь до определенной степени, при определенных условиях. Был упущен момент, когда от количественных показателей развития здравоохранения надо было осуществить качественный скачок на основе дополнительного финансирования, иного подхода к использованию ресурсов, поиску новых форм и методов работы всех звеньев здравоохранения с включением материальных стимулов, с новыми подходами в подготовке кадров. Несмотря на продолжающийся рост сети и числа медицинских кадров, обеспеченность населения врачами и койками была далека от желаемой, доступность высококвалифицированной и специализированной помощи уменьшалась и была недостаточной даже в городах. Не исчезал дефицит лекарств, медицинских приборов и оборудования. Недостаточными темпами снижались заболеваемость и смертность населения.

Задачи в области здравоохранения определялись постановлениями ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения» (1960, 1968, 1977, 1982). Многие в этих постановлениях оставались также на уровне деклараций, вместо кардинальных решений предусматривались необязательные полумеры.

С другой стороны, сложившиеся на протяжении десятилетий формы и методы лечебно-профилактической помощи во многом оправдали себя и получили международное признание. ВОЗ позитивно оценила

принципы советского здравоохранения. Международное совещание в Алма-Ате (1978) под эгидой ВОЗ признало организацию первичной медико-санитарной помощи в СССР, ее принципы как одни из лучших в мире.

В эти годы проводится большая работа по улучшению качества подготовки врачей. В медицинских институтах совершенствуются учебный план и программы обучения, вводятся 6-й курс – субординатура и после окончания института – интернатура с экзаменом по основной специальности.

Политические, экономические и социальные изменения последних лет привели к необходимости пересмотра системы лечебно-профилактической помощи населению.

В 1990-е годы в стране складывается очень тяжелое положение в здравоохранении. Из-за недостатка средств в больницах нечем лечить больных, нет необходимых лекарственных препаратов, перевязочного материала, реактивов. Из-за высокой стоимости лекарств в аптеках и низкого материального уровня большая часть населения лишена возможности покупать нужные лекарства. В стране растут смертность населения, детская смертность, заболеваемость, в частности, наряду с ростом числа неинфекционных заболеваний быстро увеличивается заболеваемость инфекционными болезнями, туберкулезом, психическими расстройствами и т.д. Возникла острая необходимость в реформировании здравоохранения. В качестве альтернативы сложившейся отечественной государственной системе здравоохранения вводится медицинское страхование, которому предшествовал эксперимент на ряде территорий России по отработке нового хозяйственного механизма с применением экономических методов управления здравоохранением. В стране появляются новые формы медицинского обслуживания – врач общей практики, дневные стационары, центры амбулаторной хирургии в поликлиниках и др.

Но, к сожалению, все эти меры пока не изменяют сложного положения в медицинском обслуживании населения, что связано, в первую очередь, с резким дефицитом финансирования отрасли в целом.

На улучшение состояния здоровья, качества жизни людей и социальное благополучие общества направлена реализация приоритетных национальных проектов «Образование», «Доступное жилье», «Развитие агропромышленного комплекса» и «Здоровье».

Реализация национального проекта «Здоровье» началась в 2006 г. Основные направления национального проекта «Здоровье»:

- развитие первичной медицинской помощи;
- развитие профилактического направления медицинской помощи (иммунизации диспансеризации, обследование новорожденных), пропаганда здорового образа жизни;
- повышение доступности высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи;

- оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов через систему родовых сертификатов;
- увеличение пособий по материнству и детству: по беременности и родам, при рождении ребенка, по уходу за ребенком до достижения им полутора лет и пособий женщинам при постановке на учет в ранние сроки беременности.

В 2008–2009 гг. развитие национального проекта планируется дополнить следующими направлениями:

1. Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

2. Совершенствование организации медицинской помощи при острых отравлениях (в том числе создание сети информационно-консультативных токсикологических центров).

3. Обновление диагностического и лечебного оборудования во всех стационарных учреждениях родовспоможения, строительство современных перинатальных центров.

4. Совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями с созданием центров малоинвазивной сердечно-сосудистой хирургии на базе учреждений здравоохранения в каждом субъекте РФ.

5. Оснащение федеральных медицинских учреждений ультрасовременным медицинским оборудованием.

6. Совершенствование медицинской помощи женщинам в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде.

7. Проведение «пилотных» проектов для повышения эффективности управления ресурсами здравоохранения в некоторых субъектах РФ с созданием преимущественно одноканальной системы финансирования здравоохранения и внедрением элементов частичного фондодержания на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

Важнейшими социально-экономическими результатами проекта должны стать:

- снижение показателей смертности и инвалидности населения за счет повышения качества медицинской помощи;
- удовлетворение потребности населения в бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи;
- приближение отечественного здравоохранения к европейским стандартам медицинской помощи;
- снижение экономических потерь за счет укрепления и восстановления здоровья граждан, уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности и пособий по временной нетрудоспособности;
- укрепление позиций России на внутреннем и международном рынках медицинских услуг и медицинских технологий.

Глава 3

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Развитие правовых основ здравоохранения в России

Отечественное законодательство в области здравоохранения формировалось на протяжении многих столетий. Еще в XI в. в Уставе великого князя Владимира Святославовича было определено и узаконено правовое положение врачей. В дальнейшем (XII в.) «Русская Правда» Ярослава Мудрого закрепила право медицинской практики на территории Киевской Руси. Первое упоминание о нормативной регламентации медицинской помощи в Русском государстве относится к XVI в., когда при царе Иване Грозном был разработан законодательный сборник «Стоглав», большой раздел которого касался правил содержания больниц. Важным юридическим актом своего времени был изданный в 1735 г. специальный «Генеральный регламент о госпиталях». В 1833 г. был обнародован Свод законов Российской Империи, один из томов которого был посвящен Врачебному уставу. Отдельный сборник юридических актов под названием «Врачебно-санитарное законодательство в России» был издан в 1913 г. в Санкт-Петербурге. Несмотря на то, что эти документы отражали в основном различные вопросы санитарно-полицейского характера, они сыграли значительную роль в развитии основ отечественного медицинского права.

В советский период истории страны вопросы здравоохранения полностью регламентировались государством через различные нормативные акты (декреты, постановления, законы, указы и т.д.).

Изменение ситуации в стране в последние годы и наличие явных противоречий в законодательном обеспечении многих вопросов, связанных с охраной здоровья и функционированием отрасли здравоохранения, обусловили необходимость создания новой правовой базы. В связи с этим 22 июля 1993 г. был принят Закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В этом документе в соответствии с международными правовыми нормами закреплён приоритет прав человека в сфере охраны здоровья, определены права пациентов, совершенно не отраженные в прежнем законодательстве. Таким образом, новая правовая база в области охраны здоровья сегодня является уже объективной реальностью в виде действующего Закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране

Глава 9

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Система управления здравоохранением в Российской Федерации

Охрана здоровья граждан является одной из важнейших функций государства. Управление здравоохранением осуществляется как на общегосударственном уровне, так и на уровне субъектов РФ. В соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», к ведению высших органов государственной власти и управления в области охраны здоровья граждан относятся:

- установление основ федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения;
- принятие и изменение федеральных законов в области здравоохранения и контроль за их исполнением;
- разработка и утверждение Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью и установление размера взносов на обязательное медицинское страхование;
- защита прав и свобод человека в области охраны здоровья;
- охрана семьи, отцовства, материнства и детства;
- определение доли расходов на здравоохранение при формировании государственного бюджета;
- управление федеральной государственной собственностью, используемой в области охраны здоровья граждан;
- установление структуры и порядка деятельности федеральных органов управления государственной системой здравоохранения;
- координация деятельности органов государственной власти и управления, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- охрана окружающей среды и обеспечение экологической безопасности;
- организация и обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора на территории страны и утверждение нормативных правовых актов в этой сфере;

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Учебник для студентов

Под редакцией проф. **В.А.Миняева**, проф. **Н.И.Вишнякова**

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*
Ответственный редактор: *Н.Ю.Соколова*
Корректор: *Е.Ю.Косенкова*
Компьютерный набор и верстка: *Д.В.Давыдов*

ISBN 978-5-98322-840-5



9 785983 228405

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 22.03.12. Формат 60×90/16
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 41
Гарнитура Таймс. Тираж 1000 экз. Заказ №М-365

Издательство «МЕДпресс-информ».
119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3
E-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного электронного оригинал-макета в типографии ОАО «ТАТМЕДИА» «ПИК «Идел-Пресс».
420066, г. Казань, ул. Декабристов, д. 2
E-mail: idelpress@mail.ru