

Ю.П. Лисицын

---

# ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Учебник



Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

**Ю.П. Лисицин**

---

# **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

**Учебник**  
2-е издание

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



**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
**«ГЭОТАР-Медиа»**

## **Лисицын Ю.П.**

Л63            Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.– 2-е изд.  
– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 512 с.: ил.

ISBN 978-5-9704-1403-3

Учебник содержит информацию о здоровье населения и его изменениях, структуре и организации медицинской помощи. Включает сведения о реформировании здравоохранения, о страховании, экономике, финансировании, биомедицинской этике, теориях медицины, качестве медицинской помощи, зарубежном здравоохранении.

Соответствует учебной программе по предмету, предназначен студентам медицинских вузов.

©Лисицын Ю.П., 2007

©Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010

© Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2010

# Содержание:

Предисловие к 2-му изданию

## ЧАСТЬ I

### РАЗДЕЛ 1. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- 1.1. Наименование и назначение науки и учебной дисциплины
- 1.2. Из истории становления и развития науки и учебной дисциплины

### РАЗДЕЛ 2. ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

- 2.1. Здоровье населения. Общественное здоровье
  - 2.1.1. Социальная сущность человека, его здоровья, болезней
  - 2.1.2. Определение понятий "болезнь", "здоровье" человека
  - 2.1.3. Индивидуальное, групповое и общественное здоровье населения
  - 2.1.4. Обусловленность здоровья населения
  - 2.1.5. Образ жизни - главный фактор обусловленности здоровья
    - 2.1.5.1. Ответ на "основной вопрос" медицины. Формула (модель) обусловленности здоровья
    - 2.1.5.2. Понятие "образ жизни", его структура и влияние на здоровье
    - 2.1.5.3. Медицинская активность
    - 2.1.5.4. Здоровый образ жизни и его формирование
    - 2.1.5.5. Санология-валеология и некоторые концепции формирования здоровья

### РАЗДЕЛ 3. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- 3.1. Определение понятия. Вехи истории здравоохранения
- 3.2. Основные принципы развития национального здравоохранения. Социально-профилактическое направление охраны здоровья населения
- 3.3. Системы и формы здравоохранения
  - 3.3.1. Службы здравоохранения и медицинского страхования в развивающихся и развитых странах
  - 3.3.2. Всемирная организация здравоохранения и другие международные медицинские организации

### РАЗДЕЛ 4. ОБЩЕТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ МЕДИЦИНЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА, ДЕОНТОЛОГИЯ, БИОЭТИКА

- 4.1. Общие теории медицины здравоохранения и народонаселения в современный период
  - 4.1.1. Теория "факторов", "порочного круга нищеты и болезней"
  - 4.1.2. Теория "болезней цивилизации" и социальной дезадаптации
  - 4.1.3. Теория социобиологии Э.О. Уилсона
  - 4.1.4. Этологическая концепция
  - 4.1.5. Концепция человеческой (социальной) экологии
  - 4.1.6. Теория стресса и общего адаптационного синдрома Г. Селье
  - 4.1.7. Теории фрейдизма, неотрейдизма, психоаналитической психосоматики
  - 4.1.8. Теория неогиппократизма и биотипологии
  - 4.1.9. Теория "целлюлярной патологии" и ее новейшие варианты
  - 4.1.10. Теория нервизма и кортико-висцеральной патологии
  - 4.1.11. Теория мальтузианства
  - 4.1.12. Неомальтузианство. Теория "оптимума населения"
  - 4.1.13. Теория конвергенции общественных систем и здравоохранение
  - 4.1.14. Теория "человеческого капитала"

- 4.1.15. Детерминационная теория медицины
- 4.2. Врачебная этика и медицинская деонтология. Биоэтика

## **ЧАСТЬ II**

### **РАЗДЕЛ 5. ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ**

- 5.1. Медико-демографические аспекты состояния здоровья населения
  - 5.1.1. Численность, состав населения.
  - 5.1.2. Механическое движение населения - миграция
  - 5.1.3. Естественное движение населения (рождаемость, плодовитость, смертность)
    - 5.1.3.1. Младенческая, детская смертность. Их структура, причины
    - 5.1.3.2. Структура причин смерти взрослого населения
    - 5.1.3.3. Естественный прирост населения. Депопуляция
    - 5.1.3.4. Смерть неродившегося ребенка - аборт. Материнская смертность
    - 5.1.3.5. Средняя продолжительность предстоящей жизни
  - 5.2. Заболеваемость - ведущий показатель общественного здоровья
    - 5.2.1. Заболеваемость отдельными болезнями
      - 5.2.1.1. Инфекционные болезни
      - 5.2.1.2. Острые кишечные инфекции (ОКИ)
      - 5.2.1.3. Вирусные гепатиты
      - 5.2.1.4. Внутрибольничные инфекции
      - 5.2.1.5. Венерические заболевания
      - 5.2.1.6. Заболеваемость туберкулезом
      - 5.2.1.7. Хронические болезни
        - 5.2.1.7.1. Сердечно-сосудистые заболевания
        - 5.2.1.7.2. Злокачественные новообразования
        - 5.2.1.7.3. Болезни нервной системы, психические расстройства и хронический алкоголизм
    - 5.2.2. Несчастные случаи, в том числе травмы и отравления
    - 5.2.3. Заболеваемость, временная нетрудоспособность
    - 5.2.4. Заболеваемость по данным медицинских осмотров
    - 5.2.5. Заболеваемость по результатам комплексных социально-гигиенических исследований
    - 5.2.6. Заболеваемость женщин и детей
      - 5.2.6.1. Заболеваемость женского населения
      - 5.2.6.2. Заболеваемость детского населения
  - 5.3. Инвалидность
  - 5.4. Физическое развитие
  - 5.5. Группы здоровья
  - 5.6. Эволюция типов (профилей) патологии

### **РАЗДЕЛ 6. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТАТИСТИКИ**

- 6.1. Медицинская статистика здоровья и здравоохранения, ее история
- 6.2. Организация и этапы медико-статистического исследования
  - 6.2.1. 1-й этап статистического исследования
    - 6.2.1.1. Цель и задачи статистического исследования
    - 6.2.1.2. Объект и единица исследования
    - 6.2.1.3. Учетные признаки и их группировка
    - 6.2.1.4. Программа сбора материала. Место, время и объем исследования
    - 6.2.1.5. Формирование статистической совокупности
    - 6.2.1.6. Статистические таблицы
    - 6.2.1.7. Программа анализа. Основные свойства статистической совокупности и статистические величины, их характеризующие
    - 6.2.1.8. Особенности клинико-статистического исследования

- 6.2.2. 2-й этап. Сбор материала
- 6.2.3. 3-й этап. Разработка материала
- 6.2.3.1. Абсолютные и относительные величины
- 6.2.3.2. Составление динамических рядов и их обработка
- 6.2.3.3. Составление вариационных рядов или рядов распределения. Расчет средних величин по способу моментов
- 6.2.3.4. Определение необходимого числа наблюдений
- 6.2.3.5. Корреляция признаков
- 6.2.3.6. Сравнение средних абсолютных и относительных величин
- 6.2.3.7. Метод стандартизации
- 6.2.3.8. Дисперсионный анализ
- 6.2.3.9. Графические изображения
- 6.4. 4-й этап статистического исследования
- 6.4.1. Основные ошибки статистического анализа

## **РАЗДЕЛ 7. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

- 7.1. Отраслевая структура государственной системы здравоохранения
- 7.2. Первичная медико-социальная помощь
- 7.3. Организация амбулаторно-поликлинической помощи
- 7.4. Организация стационарной медицинской помощи
- 7.5. Организация медицинской помощи сельскому населению
- 7.6. Организация медицинской помощи работникам промышленных предприятий
- 7.7. Особенности организации медицинской помощи женщинам и детям

## **РАЗДЕЛ 8. МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

- 8.1. Додипломное, дипломное и последипломное образование
- 8.2. Кадровое обеспечение

## **РАЗДЕЛ 9. ОРГАНИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

## **РАЗДЕЛ 10. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

## **РАЗДЕЛ 11. ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ**

- 11.1. Экспертиза временной нетрудоспособности
- 11.2. Экспертиза стойкой нетрудоспособности

## **РАЗДЕЛ 12. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ**

## **РАЗДЕЛ 13. ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИКИ, ФИНАНСИРОВАНИЯ, МАРКЕТИНГА И УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

- 13.1. Экономика здравоохранения. Основные понятия и категории
- 13.2. Финансирование здравоохранения
- 13.3. Категории стоимости и ценообразования в здравоохранении
- 13.4. Рыночные отношения и маркетинг в здравоохранении
- 13.5. Формы собственности, новый хозяйственный механизм, предпринимательство в здравоохранении
- 13.6. Приватизация в здравоохранении
- 13.7. Экономические методы управления и менеджмента в здравоохранении
- 13.8. Формы и методы расчета при обеспечении ЛПУ лекарствами и изделиями медицинского назначения.

# ПРЕДИСЛОВИЕ

В 2002 г. в издательстве «ГЭОТАР-МЕД» тиражом 3000 тыс. экземпляров и объемом 35,5 печ. листов вышел мой учебник по общественному здоровью и здравоохранению. Он быстро разошелся, и наступило время опубликовать второе издание учебника. При подготовке нового издания не потребовалось кардинальных изменений, тем более что действующая учебная программа существенно не изменилась. Основные дополнения коснулись статистических материалов, их обновления и уточнения.

Учебник предназначен студентам медицинских вузов. Он будет полезен и врачам, особенно занимающихся вопросами организации, статистики медицинской помощи, даже теории медицины и здравоохранения, краткий очерк которых я счет полезным включить и в это издание учебника.

Академик РАМН, проф.

**Ю.П. Лисицын**

# РАЗДЕЛ 1. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

## 1.1. Наименование и назначение науки и учебной дисциплины

Наиболее частое название нашей дисциплины до последнего времени было «социальная гигиена и организация здравоохранения». Однако термин «социальная гигиена» неточно и неполно характеризует наш предмет, особенно в настоящее время, когда перед здравоохранением страны, как и перед всем народным хозяйством, всем обществом стоят проблемы обновления, перестройки, реформирования. Наш предмет должен отвечать развитию социальной политики общества и государства, социальным программам. Наша дисциплина в большей степени, чем другие, призвана помочь решению этих задач. Она, по существу, **является наукой о стратегии и тактике здравоохранения**, так как на основе исследования общественного здоровья разрабатывает организационные, медико-социальные предложения, направленные на подъем уровня общественного здоровья и качества медицинской помощи.

Наша дисциплина **изучает закономерности общественного здоровья и здравоохранения** с целью разработки научно обоснованных стратегических и тактических предложений по охране и повышению уровня здоровья населения и организации медико-социальной помощи. По рекомендации совещания заведующих нашими кафедрами (1999) принято решение о переименовании названия дисциплины на «общественное здоровье и здравоохранение».

В отличие от большинства медицинских и прежде всего клинических дисциплин, имеющих дело с отдельным человеком и его здоровьем, наш предмет изучает здоровье и его охрану (здравоохранение) сообществ (популяций), групп людей, населения, т.е. он непосредственно сталкивается с социальными проблемами и процессами и, таким образом, служит мостом между медициной и общественными дисциплинами, прежде всего социологией. Он сосредоточивает свое внимание на социальных проблемах в медицине. Н.А. Семашко говорил, что основная задача нашей науки, нашей дисциплины состоит в том, чтобы глубоко изучать влияние социальной среды на здоровье человека и разрабатывать эффективные мероприятия по устранению вредного влияния среды. Однако не только изучение и устранение вредных влияний социальной среды - ее задача. Скорее более важна разработка благоприятно влияющих на здоровье факторов с максимальным использованием возможностей и ресурсов общества. Правильнее сформулировать назначение нашего предмета примерно так: **изучение оздоравливающего, а также неблагоприятного влияния социальных факторов и условий на здоровье населения и его групп и выработка научно обоснованных рекомендаций по устранению и предупреждению вредного для здоровья людей влияния социальных условий и факторов в интересах охраны и повышения уровня общественного здоровья**. Оно принято и Большой медицинской энциклопедией (БМЭ. 3-е изд. - Т. 25. - С. 60) и охватывает главные проблемы и задачи предмета: оздоравливающее, позитивное, а также негативное влияние социальных условий и факторов, общественное здоровье и здравоохранение, их улучшение.



Итак, наша наука изучает **закономерности общественного здоровья и здравоохранения**.

К настоящему времени в нашей стране сложилась следующая структура (основная проблематика) предмета научных исследований и преподавания (учебной дисциплины):

- История здравоохранения.
- Теоретические проблемы здравоохранения и медицины. Условия и образ жизни населения; санология (валеология); социально-гигиенические проблемы; общие теории и концепции медицины и здравоохранения.
- Состояние здоровья населения и методы его изучения. Медицинская (санитарная) статистика.
- Проблемы социальной помощи. Социальное обеспечение и страхование здоровья.
- Организация медицинской помощи населению.
- Экономика, планирование, финансирование здравоохранения.
- Страхование медицина.
- Управление здравоохранением. АСУ в здравоохранении.
- Здравоохранение за рубежом; деятельность ВОЗ и других международных медицинских организаций.

\* \* \*

Методическая база предмета отличается широтой и многообразием методик и методов не только собственных, но взятых из других наук и отраслей знаний, главным образом из социологии, математической статистики, эпидемиологии, социальной психологии, экономических дисциплин, науки управления, информатики и, конечно, других медицинских наук. Не случайно наш предмет образовался на стыке медицины и общественных наук. Обычно называют 3-4 основных метода (исторический, экспертный, бюджетный, статистический и др.), но это слишком общая и неточная информация.

Конечно, наша наука, как и любая другая, должна изучать свою историю, пользоваться **историческим подходом (методом)**, исследованием прошлого, его сопоставлением с настоящим и перспективами на будущее.

**Экспертными оценками** очень широко пользуются в исследованиях качества и результативности медицинской помощи, ее планирования и т.д. Это важнейший метод и им нельзя пренебрегать.

**Бюджетный метод** также нашел широкое применение в нашей науке, но он лишь один из многих статистических и математических приемов, широко используемых и в других отраслях знаний. Не меньшее значение имеют методы современной **математической статистики**, особенно моделирование, применение вычислительной техники. Скажем больше, статистика - основа нашей науки, разделом которой является медицинская или санитарная статистика, т.е. использование общей математической статистики на специфических, медицинских объектах.

Важнейшее значение имеют **социологические методы**, применяемые в медицине и здравоохранении. О них, как и о других подходах, мы будем говорить подробно при

освещении тем и проблем нашей дисциплины. Здесь отметим, что социологические методы основываются на анкетировании, интервьюировании и опросах.

Нельзя не сказать о так называемом **системном подходе и анализе** как основе многих, если не большинства, методов научных исследований, в том числе математических, статистических, социологических и др. Этот метод (даже методология) особенно успешно используется при исследовании общественных и биологических систем (совокупности взаимосвязанных частей, элементов, представляющих новое свойство, новое качество в сравнении со свойствами отдельных составляющих). Общественное здоровье, здравоохранение как раз представляют собой сложные, развивающиеся, динамичные системы, тесно связанные с другими системами, отраслями, областями знаний науки и общества.

Вопрос о методах, специфических для нашего предмета, является спорным. Можно **говорить о методе организационного эксперимента**: создании учреждений, форм медицинской помощи в них или на определенных территориях в соответствии с заданной целью и оценке эффективности такого рода организации с помощью различных, прежде всего статистических, методов. Строго говоря, такой эксперимент применяется и в других отраслях, здесь трудно найти какую-то самобытность. Говорят о **специфике методов планирования**, например, важнейшего среди них - нормативного, а также **обэкономических методах** в нашей дисциплине. Однако экономические методы, как и экспериментальные, также известны в других науках и отраслях.

Значит, для нашего предмета нет специфических методов, а есть своеобразие, **специфика объектов исследований** (больные люди, учреждения здравоохранения, медицинский персонал и пр.). Следовательно, наша наука в значительной мере зависит от методологической и методической базы других наук и дисциплин.

Таким образом, несмотря на то, что трудно однозначно назвать сугубо специфические для нашей дисциплины методы исследования и оценки общественного здоровья и здравоохранения как ее главных категорий, можно рассмотреть **комплекс методических приемов, используемых на специфической для нашей дисциплины базе, специфическом объекте**. Исследования с применением совокупности названных и других методов в соответствии с научной методологией (философскими, социологическими, технологическими и другими положениями, концепциями) принято называть **социальногигиеническими исследованиями**, а названные методы (и статистические вплоть до математического моделирования, и экономические, бюджетные, аналитические, нормативные, методы организационного эксперимента, социологические, психологические, исторические и многие другие), применяемые при изучении и оценке общественного здоровья и здравоохранения, - **социально-гигиеническими**<sup>1</sup>.

Следовательно, наша дисциплина имеет свой предмет, объект исследования и изучения (общественное здоровье и здравоохранение) и совокупность методов и

подходов, что, бесспорно, отвечает современным требованиям и критериям определения ее как самостоятельной науки и предмета преподавания.

## **1.2. Из истории становления и развития науки и учебной дисциплины**

Предпосылки, вернее, причины возникновения нашей науки и учебной дисциплины заключаются в появлении потребности научно обоснованного объяснения природы, здоровья и болезней не только отдельного человека, но и населения: групп людей, их сообществ, т.е. общественного здоровья, и применении полученных при изучении здоровья знаний в его охране и улучшении, эффективной организации медицинской помощи. Важнейшим условием реализации такой потребности стало успешное исследование наиболее распространенных заболеваний населения.

Наиболее массовыми заболеваниями вплоть до XIX столетия были, а в развивающихся странах остаются до сих пор, инфекционные и паразитарные болезни, а также травмы, повреждения, несчастные случаи. Они привлекли главное внимание при попытках организовано воздействовать на здоровье населения, т.е. управления им со стороны отдельных правителей, правительств, государств, общественных сил и т.п. Борьба с инфекционными заболеваниями была основой общественных (государственных) мер или социальной политики в области медицины. Вся история врачевания, начиная с рабовладельческой эпохи, вся история цивилизованной медицины свидетельствует о неустанных попытках лечения и, что особенно важно, предотвращения массовых, т.е. инфекционных, паразитарных, прежде всего, особо опасных эпидемических заболеваний вплоть до эмпирических вакцинаций, установления карантина и других довольно эффективных мер. Однако, не раскрыв научной основы, т.е. не установив подлинных причин этих заболеваний, нельзя было рассчитывать на кардинальный успех в борьбе с ними. Никакие казавшиеся бесспорными, незыблемыми теории происхождения этих болезней вроде представлений о «миазмах», «монадах», даже «контагиях», не говоря уже о космических и иных силах, религиозных и тому подобных представлениях, были не способны раскрыть их истинные причины до тех пор, пока не наступила эра бактериологии, когда с помощью микроскопа были обнаружены микроорганизмы-возбудители инфекционных заболеваний, пока это великое открытие XIX века не положило начало учению об иммунитете и на его основе - вакцинации и другим действенным шагам лечения и предупреждения массовых инфекционных заболеваний.

Желающим подробно ознакомиться с методами социально-гигиенических исследований рекомендуем обратиться к специальным руководствам и монографиям, прежде всего к руководству для врачей (которым пользуются и студенты): Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. В 2 томах. / Под ред. Ю.П. Лисицына. - М.: Медицина, 1987. - Т. 1.- С. 200-314.

Однако одного этого обстоятельства для успешной борьбы с массовыми болезнями оказалось недостаточно. Требовались условия для реализации эффективных мер в массовом масштабе, по отношению ко всему населению или его группам - социальным, профессиональным, имущественным и др. Лишь государство, его органы, учреждения были в состоянии организовать и осуществить такую борьбу на практике в национальных масштабах, используя достижения науки, бактериологии и особенно гигиены, исследующей влияние на здоровье людей окружающей среды, санитарные и другие меры по профилактике - предупреждению массовых инфекционных болезней, их лечению, а также по борьбе с травматизмом и другими массовыми поражениями и повреждениями. Попытки отдельных даже очень богатых людей и организаций могли свестись, как правило, лишь к благотворительности и филантропии. Таким образом, требовалась определенная, достаточно сильная государственная структура, способная управлять общественным здоровьем (массовыми заболеваниями и повреждениями), опирающаяся на научные данные.

Только капиталистическое общество получило возможность организованной борьбы с массовыми заболеваниями, возможность создания служб охраны здоровья населения с использованием достижений науки, раскрывающей природу болезней, т.е. управления - организованного, направленного воздействия на общественное здоровье. Другое дело, в какой мере капиталистическое государство использовало эти возможности, кому и как оказывалась организованная медицинская помощь, включая санитарно-противоэпидемические, профилактические меры. Характер, объем медицинской помощи, организация, управление ею обусловлены конкретными социально-экономическими, политическими интересами социальных слоев и классов общества.

Немаловажным фактором возникновения потребности в науке и практике здравоохранения было общественное и особенно революционное движение трудящихся за социальные и политические права, среди которых на одно из первых мест всегда выдвигалось право на охрану здоровья. Правительство, идя на уступки этим требованиям, в своей социальной политике должно знать, как управлять медицинской помощью, как наиболее экономно и эффективно воздействовать на общественное здоровье если не всего населения, то каких-то его групп и слоев.

Разумеется, не только названные условия и причины породили потребность в науке об управлении общественным здоровьем и здравоохранением, а также в преподавании такой дисциплины в медицинских учебных заведениях. Можно упомянуть и другие факторы. Среди них развитие науки об обществе - социологии, широко использующей философские концепции, экономические учения, психологические доктрины и, что особенно значимо для нашего предмета, - статистику и статистические методы по отношению к оценке здоровья, демографических процессов, деятельности медицинских служб.

Начатое с первой четверти столетия так называемое чартистское движение пролетариата Англии за свои социальные права вылилось в массовые выступления трудящихся, особенно в течение и после революций в Европе в 1830 г., в 1848 г. и в

последующие годы. В середине и к концу века правительства ряда европейских стран были вынуждены осуществить реформы и принять законы о социальной помощи работающим, в том числе о страховании и охране здоровья. Учреждались государственные общенациональные службы и органы управления общественным здоровьем, среди них земская и фабрично-заводская медицина в России. Трудом политологов и экономистов были созданы получившие широкое распространение демографические и социологические учения, в том числе концепции народонаселения Т. Мальтуса, А.Ж. Гобино, Ф. Гальтона и др. Произошло становление статистики как науки, исследованиями Ж. Бартильона и других выдающихся ученых были созданы классификации и номенклатуры болезней, повреждений и т.п.

Вторая половина XIX века - период возникновения и развития материалистической науки о законах бытия, природы и общества, создания революционных социал-демократических, коммунистических партий, в том числе РСДРП, народнических и других общественных движений в России.

Не следует забывать и о прогрессе естествознания в этот период и особенно о роли эволюционной биологии и дарвинизма, которые не могли не сказаться на теории нашей науки.

В этот период под влиянием социально-экономических изменений и научно-технического прогресса четко проявились закономерности и тенденции развития и формирования науки и, прежде всего, ее дифференциации. Во второй половине XIX века формируется целый «букет» научных дисциплин, в том числе ряд медицинских: невропатология, офтальмология, педиатрия, оториноларингология, патологическая физиология, гистология, эмбриология человека и др. Особенного успеха достигают физиология нервной деятельности и ее вершина - высшей нервной деятельности, учение о нервизме - об управлении функциями жизнедеятельности организма.

Среди новых наук и учебных дисциплин - экспериментальная гигиена, которая разрабатывает учение о влиянии на организм физических, химических, биологических факторов внешней среды. Однако некоторые ее первые представители не ограничиваются лишь исследованием природных факторов - в поле их внимания попадает человек не только как биологическая особь, но и как существо социальное, живущее в мире человеческих, общественных отношений, которые влияют на здоровье и патологию. Возникает интерес к изучению социальных условий, факторов, процессов по отношению к здоровью человека и его воспроизводству. Создается предпосылка для формирования и исследования, так сказать, социальной, общественной стороны гигиены. Именно так в начале XX столетия обозначается новая наука (дисциплина) об общественном здоровье и здравоохранении.

До формирования нашей науки (дисциплины) эпизодически, в отдельных учреждениях, чаще всего в высших учебных заведениях, на медицинских факультетах университетов благодаря инициативе ряда ученых преподавателей гигиены, микробиологии, даже физиологии, клинических дисциплин, осознавших значение

общественных факторов для здоровья и борьбы за его охрану и укрепление, не без труда и сопротивления со стороны представителей администрации и официальной медицины создаются курсы, учебные программы, лаборатории по общественной гигиене, превентивной медицине, общественному здоровью, с медицинской статистикой, иногда политэкономией и другими разделами общественных и медицинских наук. Хотя призывы к изучению и преподаванию этих (или подобных) курсов раздавались ранее (например, М.В. Ломоносов в известном письме графу И.И. Шувалову о размножении и сохранении народа российского; первые профессора медицинского факультета Московского университета С.Г. Забелин, Ф.Ф. Керестури; И.П. Франк в своих трудах по так называемой медицинской полиции и другие еще в конце XVIII - начале XIX веков указывали на необходимость изучения здоровья населения, обучения студентов науке о нем), лишь во второй половине XIX века предприняты первые попытки организации подобных курсов. Так, в Казанском университете в 60-х годах проф. А.В. Петров читал студентам лекции по общественному здоровью, общественной гигиене; в 70-х годах там же проф. А.П. Песков читал курс медицинской географии и медицинской статистики, по существу общественной гигиены. В последующем подобные курсы были введены на медицинских факультетах университетов и в других высших учебных заведениях Москвы, Петербурга, Киева, Харькова профессорами А.И. Шингаревым, А.В. Корчак-Чепурковским, С.Н. Игумновым, Л.А. Тарасевичем, З.З. Френкелем, П.Н. Диатроповым. Последний был даже избран профессором кафедры общественной гигиены высших женских курсов в Москве. Однако это были лишь первые прообразы специальных учебных и научных учреждений по данному предмету. Они были эпизодическими, непостоянными, обычно входили в состав других дисциплин.

Начало истории нашей науки как самостоятельной дисциплины положили первые десятилетия XX века. Сначала в Германии, а затем в других странах сформировалась дисциплина, названная социальной гигиеной.

\* \* \*

В самом начале XX века молодой врач Альфред Гротьян с 1903 г. стал издавать журнал по социальной гигиене, в 1905 г. основал в Берлине научное общество по социальной гигиене и медицинской статистике, а в 1912 г. добился доцентуры и в 1920 г. - учреждения кафедры социальной гигиены в Берлинском университете.

Так началась история предмета и науки *социальной гигиены*, получившей самостоятельность и вставшей в ряд других медицинских дисциплин.

Вслед за кафедрой А. Гротьяна стали создаваться аналогичные подразделения в Германии и других странах. Их руководители - А. Фишер, С. Нейман, Ф. Принцинг, Э. Ресле и др., а также их предшественники и последователи, занимающиеся проблемами общественного здоровья и медицинской статистики (У. Фарр, Дж. Граупт, Дж. Прингль, А. Телески, Б. Хайес и др.), вышли за пределы существовавших направлений: гигиены, микробиологии, бактериологии, профессиональной медицины, других дисциплин и 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. Они встали на путь реформ не только самой гигиены с ее техническим, экспериментально-физиологическим, санитарным направлением, но и всего дела охраны здоровья населения, организации медицинской помощи. Нельзя отрицать прогрессивное значение основателей нашего предмета за рубежом, тем более что эта направленность сохраняется до сих пор. Его современные представители, такие как Р. Занд, У. Уинслоу, А. Паризо, Л. Поппер, К. Канапериа, а также создатели и последователи новейших школ социальной гигиены Р. Дюбо, К. Эванг, П. Делор, Х. Дон, Т. Персон, Э. Френдсон, Д. Механик, Л. Бернар, М. Кандау, Х. Маллер и др. продолжали линию по выявлению социальной обусловленности общественного здоровья, разделяли позиции реформ охраны здоровья населения, примата государственной, правительственной медицины. В их трудах, учебных курсах, выступлениях и материалах национальных и международных медицинских организаций содержатся заслуживающие серьезного внимания наблюдения, обобщения, исследования общественного здоровья и социальной патологии с применением эффективных социологических, статистических, психологических, экономических и других методов.

Вместе с тем реформизм был и остался их наиболее существенной чертой. Более того, известно даже использование теории и практики социальной гигиены для «усовершенствования», «исправления» самого капиталистического общества и его институтов. Например, один из лидеров социальной гигиены Рене Занд рассматривал ее как ключ к погашению конфликтов, характерных для буржуазного общества. Эта тенденция просматривается в трудах и выступлениях других представителей нашей дисциплины, которые с помощью сформулированных ими концепций - социальной экологии, социальной дезадаптации, психоаналитической психосоматики и др. стремятся примирить, сгладить социальные конфликты современного общества, осуществлять «социальную терапию» и «социальную профилактику».

Несмотря на то, что к настоящему времени наш предмет признан, считается одним из важных в системе медицинского образования и в медико-социальных исследованиях, его наименование, как отмечалось, не унифицировано. Его название зависит от его толкования и идентификации проблем, личных особенностей его представителей, прежней профессиональной принадлежности и других обстоятельств, главным образом, вследствие молодости нашей науки, еще продолжающей формироваться. Следует иметь в виду также особенности его истории и известные национальные традиции. В англоязычных странах его чаще называют общественным здоровьем, или здравоохранением, превентивной медициной, во франкоязычных - социальной медициной, медицинской социологией, в США ранее, чем в других странах, его стали обозначать как социологию медицины или социологию здравоохранения. В восточноевропейских странах наш предмет называли по-разному, чаще всего как в СССР - «организация здравоохранения», «теория и организация здравоохранения», «социальная гигиена», «социальная гигиена и организация здравоохранения» и др. В

последнее время стали чаще применять термин «медицинская социология», «социальная медицина» (Румыния, Югославия и др.). Существенный вклад в развитие теории и методов нашей науки внесли такие известные ученые, как К. Винтер (Германия), А. Буреш, З. Штих (Чехословакия), П. Коларов, Е. Апостолов, Н. Гогов (Болгария), Е. Штахельский, М. Сокольска (Польша) и др.

В «чистом виде», кроме ряда лабораторий и кафедр, преимущественно в США, наш предмет представлен не часто. Обычно он сочетается с такими дисциплинами или проблемами, разделами науки, как медицинская статистика, эпидемиология, особенно эпидемиология неинфекционных заболеваний, гигиена общая и частная, история медицины и здравоохранения, медицинское право, социальное страхование, экономика и др., даже с «тропическими заболеваниями». Так, крупный исследовательский центр по нашей дисциплине был организован и традиционно существует в Лондонском институте тропической медицины. Специальные научно-исследовательские институты по проблемам нашей науки называются институтами здравоохранения в Праге, Будапеште; гигиены и здравоохранения - в Софии и Бухаресте; эпидемиологических исследований - во Франции; национальным центром статистики - в США и др. Точно так же научные периодические издания и научные общества по нашему предмету называются по-разному. В Бухаресте выходил международный журнал «Здравоохранение», в США и Англии - «Общественное здоровье», «Госпиталь», «Ланцет», во Франции - «Обозрение общественного здоровья» и т.п. Международные медицинские организации и среди них крупнейшая - Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) издают журналы, преимущественно посвященные нашей проблематике («Здоровье мира», «Международный форум здравоохранения», «Бюллетень ВОЗ»).

Существуют национальные и десятки международных научных обществ и ассоциаций, объединяющих специалистов по нашему предмету, рассматривающих проблемы медицинской демографии, статистики здравоохранения и информации, администрации, экономики и планирования здравоохранения, госпитального дела и др. Они имеют и соответствующие наименования.

Нашу дисциплину в настоящее время преподают в абсолютном большинстве медицинских учебных заведений мира, хотя, как и следовало ожидать, не всегда в «чистом виде», т.е. на самостоятельных кафедрах и курсах; подчас преподавание идет на объединенных кафедрах (блоках, центрах, институтах, курсах и т.п.) с эпидемиологией, гигиеной и другими предметами. Самостоятельные кафедры организованы в некоторых учебных заведениях Франции, Великобритании, США и других стран. При всех модификациях учебных программ и планов по нашему предмету они, как правило, включают в себя курс социологии, статистики здравоохранения, эпидемиологии неэпидемических заболеваний, информатики и ЭВМ, организации работы медицинских учреждений, управления (менеджмента), страхования здоровья и некоторые другие. С 20-х годов, со времени создания первых кафедр и курсов, издаются учебники, руководства и другие пособия по нашему предмету. В новейший период наиболее солидные, фундаментальные, среди них в США, Франции, Польше, Румынии, Югославии и др.,



выходят под названиями «Социальная медицина», «Медицинская социология», «Социология медицины».

\* \* \*

Социальная гигиена в СССР, а именно так буквально с первых лет советской власти стал называться наш предмет, начинает свою историю с организации в трудный 1918 г. музея социальной гигиены Народного комиссариата здравоохранения РСФСР, директором которого был известный гигиенист проф. А.В. Мольков. Музей, а с 1920 г. - институт социальной гигиены стал центром формирования нашей дисциплины в новых политических условиях. Советской социальной гигиене предстояло извлечь все прогрессивное из своих предшественниц - прежде всего общественной гигиены России, тех первых учреждений, которые создавались до революции, социальной гигиены А. Гротьяна, А. Фишера и других ее представителей за рубежом.

Немаловажным условием становления социальной гигиены в СССР стала ее органическая связь с практикой, строительством нового общества и государства. Этому способствовало то, что в числе первых социал-гигиенистов, теоретиков, ученых были первые организаторы охраны здоровья народа и прежде всего Николай Александрович Семашко - первый нарком здравоохранения, врач-большевик, соратник и сподвижник В.И.Ленина, и его заместитель - Зиновий Петрович Соловьев - врач-большевик, известный деятель общественной медицины. В 1922 г. Н.А. Семашко при поддержке З.П. Соловьева, А.В. Молькова, Л.Н. Сысина, С.И. Каплуна и других авторитетных ученых и деятелей общественной гигиены организовал при I Московском университете кафедру социальной гигиены с клиникой профессиональных болезней. Тогда была единая и для других высших медицинских учебных заведений Москвы кафедра (в том числе II Московского университета). Она занималась преподаванием и вопросов гигиены, эпидемиологии и др. В последующем кафедра социальной гигиены дала путевку в жизнь отдельным гигиеническим дисциплинам, кафедрам, курсам, институтам - общей и коммунальной гигиены (проф. А.Н. Сысин), профессиональной гигиены (проф. С.И. Каплун), гигиены воспитания, или школьной гигиены (А.В. Мольков), по существу, и истории медицины (проф. И.Д. Страшун) и др. Через год, в феврале 1923 г., З.П. Соловьев и его сотрудники создали кафедру социальной гигиены на медицинском факультете II Московского университета, образованного на базе бывших Высших женских курсов. С этого времени и в других университетских центрах стали открываться кафедры социальной гигиены и организовываться научно-исследовательские лаборатории и институты по нашему предмету (социальной гигиене, социальной гигиене и санитарной статистике и т.п.), возглавляемые известными учеными и организаторами здравоохранения З.Г. Френкелем (Ленинград), Т.Я. Ткачевым (Воронеж), А.М. Дыхно (Смоленск), С.С. Каганом (Киев), М.Г. Гуревичем (Харьков), М.И. Барсуковым (Минск) и др.

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 20-х годах вышли в переводе на русский язык научные труды и учебные пособия А. Фишера, А. Гротьяна и других зарубежных социал-гигиенистов. С 1922 по 1930 г. издавался научный журнал «Социальная гигиена», освещавший проблемы строительства советского здравоохранения, проводивший критику евгеники, мальтузианства, социал-дарвинизма и других так называемых буржуазных теорий в народонаселении и здравоохранении, поднимавший вопросы научных исследований и преподавания нашего предмета, а также марксистского образования медиков и преподавания философии и других общественных дисциплин. В первые годы в советской высшей медицинской школе не было соответствующих кафедр и курсов, и их преподаванием занимались кафедры и институты социальной гигиены.

Теперь о термине «здравоохранение», который до сих пор мы применяли очень редко, предпочитая говорить об «общественном здоровье», «охране здоровья» и т.п. Это не случайно, так как до революции указанный термин не имел хождения. Он стал общепринятым лишь с первых лет советской власти. С одной стороны, он плод тогдашней моды на всякого рода сокращения, соединения слов, аббревиатуры, словотворчество («Моссельпром», «Наркомздрав», «Моссовет» и т.п.), так как происходит от двух слов - «охрана», «здоровье», а с другой - в нем отразилось стремление краткого, емкого обозначения новой системы охраны, улучшения здоровья населения. Наукой о такой системе и управлении ею с целью поднять уровень, качество общественного здоровья и становилась социальная гигиена, на пути которой были серьезные трудности, преграды, нередко драматические события.

Формирование социальной гигиены встречало сопротивление консервативной профессуры, ряда бывших членов Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. Тенденция на соединение с гигиеной, социологией провоцировала оппозицию; против социальной гигиены и ее представителей нередко выступали члены различных обществ, в том числе стоящие на односторонних механистических либо даже виталистических позициях, некоторые члены обществ «врачи-марксисты», «врачи-материалисты», представители так называемого Русского евгенического общества и др. Однако особенно тяжелый урон понесла медицинская наука и вместе с нею социальная гигиена вследствие репрессий конца 20-30-х годов в период культа личности Сталина. Наша дисциплина, как и вся наука, вследствие режима сверхсекретности была лишена информации. Дело доходило до того, что даже общепринятые во всем мире статистические сведения о демографических процессах - смертности, составе населения, заболеваемости, плодовитости и др. закрывались. Такое положение сохранилось и в последующие годы. Например, были закрыты сведения о детской смертности и ее структуре, инфекционной, психической заболеваемости, травматизме, даже о числе врачей по специальностям и др. Без знания этих и других демографических и медико-статистических данных трудно представить исследование проблем общественного здоровья и здравоохранения, т.е. успешное развитие социальной гигиены. В это время (конец 20-х - начало 30-х годов) были расформированы, закрыты институты социальной гигиены, существовавшие почти по всех республиках. Началось наступление сверху на формальную генетику,

экспериментальную биологию, возглавляемые такими замечательными учеными, как профессора Н.К. Кольцов и Н.И. Вавилов.

Все же наша наука выжила и продвигалась вперед. Были созданы получившие широкую известность руководства, учебники, монографии, в том числе по санитарной статистике (П.И. Куркин, С.А. Томилин, С.А. Новосельский, П.И. Кувшинников, Г.А. Баткис, Б.Я. Смулевич, В.В. Паевский, А.М. Мерков, А.Я. Боярский и др.), разработаны и усовершенствованы методы социально-гигиенических, медико-демографических, эпидемиологических исследований, на основе которых с использованием выборочного метода на преимущественно региональных и местных материалах получены важные результаты о тенденциях, изменениях общественного здоровья, используемые в совершенствовании организации медицинской помощи населению.

Однако эта прикладная, нормативная сторона социальной гигиены была признана руководящими инстанциями недостаточной, особенно в период подстегивания коллективизации и индустриализации, требующих немедленных организационных решений. В 1941 г., накануне Великой отечественной войны, кафедры социальной гигиены приказом наркома здравоохранения Г.А. Митерева были переименованы в кафедры организации здравоохранения. Это решение сузило теоретическую базу предмета, ограничило исследования социальных проблем здравоохранения, и без того находящиеся в зажатом, сдавленном официальными ограничениями и запретами состоянии, нанесло ущерб процессу преподавания и воспитанию студентов, принизило престиж нашей науки, все в большей мере становящейся прислужницей администрации здравоохранения. Такие выводы напрашиваются при анализе дискуссии на тему «Организация здравоохранения или социальная гигиена», которая проходила на страницах журнала «Советское здравоохранение» (основного печатного органа нашей дисциплины) сразу после окончания войны. Сторонники сохранения названия «организация здравоохранения» больше всего опасались «обуржуазивания» нашего предмета, превращения его в подобие «реформистской», «апологетической» социальной гигиены на Западе. Не следует забывать, что тогда по указке сверху проводилась кампания борьбы с космополитизмом, искоренения буржуазных веяний, доказательства и проповедования везде и всюду приоритетов отечественной и советской науки. Ряд известных ученых и среди них историк медицины акад. АМН СССР И.Д. Страшун были обвинены в космополитизме, сняты со своих постов. Вскоре, как известно, была сфабрикована травля «менделистов-морганистов», генетиков, не разделявших «единственно правильных» установок «мичуринской биологии», «агробиологии» акад. Т.Д. Лысенко. За сессией ВАСХНИЛ 1948 г., на которой «были разгромлены» противники Т.Д. Лысенко, последовала печально знаменитая «Павловская сессия» (1951) двух академий - созданной в 1944 г. Академии медицинских наук и Академии наук СССР, посвященная учению И.П. Павлова. Воздав должное выдающимся заслугам великого отечественного физиолога, основателя учения о высшей нервной деятельности, сессия, по существу, приняла догматические решения, возведя в абсолют учение И.П. Павлова, отбросив всякую альтернативу этому учению и тем самым нанеся удар по другим прогрессивным направлениям в физиологии и вообще наукам о животном мире, о человеке, да и по самому павловскому учению. Исследования «непавловских» школ

стали игнорироваться, их представители лишались работы, подчас преследовались, да и наиболее видные, творчески развивающие павловское наследие последователи и непосредственные ученики И.П. Павлова, такие, как академики Л.А. Орбели, И.С. Бериташвили, А.Д. Сперанский, всячески дискредитировались. После этих событий было объявлено об «открытиях» О.Б. Лепешинской и М.Г. Башьяна, пытавшихся доказать «диалектико-материалистические» непосредственные превращения в лабораторных условиях внеклеточного вещества в клетки, неживого вещества сразу в живое. Подобные «эксперименты» были подхвачены лысенковцами, получили поддержку самого апостола мичуринской биологии и одобрены сверху. Воинствующий догматизм не остановился на этом: впереди было разоблачение буржуазной «лженауки» кибернетики; состоялись постановления по журналам «Звезда», «Ленинград» и другие официальные акты, обвиняющие в космополитизме, аполитичности, бездуховности, отрыве от народа, низкопоклонстве перед Западом, не только в идеологических, но и в политических ошибках, просчетах и даже преступлениях со всеми вытекающими отсюда последствиями вплоть до репрессий ряда выдающихся писателей, композиторов, художников и других деятелей искусства, культуры, науки. В 1953 г., после судебных процессов конца 30-х годов и репрессий «врачей-убийц», разразилось «дело врачей», и ряд блестящих клиницистов, среди которых были профессора С.М. Вовси, В.Н. Виноградов и др., подвергшись необоснованному политическому обвинению, были арестованы и осуждены. Лишь смерть И.В. Сталина спасла их от расправы.

Мы говорим об этих драматических событиях здесь потому, что они самым пагубным образом сказались на развитии медицинской науки и здравоохранения и их престиже, следовательно, и на такой боевой, социально значимой дисциплине, как наша, и ее судьбе, заставляя ее быть послушной исполнительницей командно-административных решений, толкая на догматические, нередко далекие от подлинной науки, волюнтаристические, недостаточно проверенные и взвешенные рекомендации и выводы. Например, с легкой руки некоторых догматиков-обществоведов считалось, что раз при социализме не может быть классовых противоречий, значит, общественное здоровье не зависит от социальных условий и факторов. Это утверждение, которое исходило из недопустимого смешивания классового и социального, выхолащивало науку на корню, делало ее лишь на словах наукой о социальных проблемах медицины и здравоохранения. Догматические дискуссии в начале 50-х годов о базисе и надстройке отозвались в нашей дисциплине бесполезными, абстрактными спорами о месте в системе общественных отношений медицинской науки и самого здравоохранения (что «базис», а что «надстройка»). Можно вспомнить также о скоропалительных, недостаточно научно обоснованных, волюнтаристских решениях этого времени о повсеместном объединении больниц и поликлиник и о многих других, таких, как решение о немедленной, в течение года всеобщей диспансеризации и т.д. Мы уже не говорим о третировании зарубежной науки, в том числе социальной гигиены, очернении ее представителей и совершенно необоснованном, вредном для ее судьбы в нашей стране, отбрасывании, непризнании многих полезных фактов, обобщений, методов. Чего стоит, например, огульная критика медицинской социологии, социологии здоровья, социальной биологии и других направлений, школ и концепций зарубежных социал-гигиенистов.

Дискуссия «Социальная гигиена или организация здравоохранения» на страницах медицинских журналов, завершаясь, показала, что жизнь требует, несмотря на все препятствия и возражения, восстановления здорового и творческого ядра социальной гигиены.

Однако нельзя было отбрасывать и то ценное, что накопила, чего добилась наша дисциплина, изучая нормативные, прикладные вопросы, проблемы организации, управления, в широком смысле - менеджмента в здравоохранении. Сотрудниками института организации здравоохранения им. Н.А. Семашко, созданного по инициативе этого выдающегося ученого и теоретика в 1946 г., в том числе мною (Ю.П. Лисицын), было предложено восстановить прежнее название «социальная гигиена» и оставить новое - «организация здравоохранения». Такое решение примирило сторонников двух точек зрения, снимало пресловутое «или» (социальная гигиена или организация здравоохранения). В 1966 г. министр здравоохранения СССР Б.В. Петровский подписал приказ о преобразовании кафедр и Института им. Н.А. Семашко в кафедры и Институт социальной гигиены и организации здравоохранения.

После приказа министра здравоохранения наша дисциплина получила

Наша дисциплина (как и другие) переживает трудный период своей истории. В тяжелых материальных условиях предпринимаются попытки сохранить научный и кадровый потенциал, продолжать научные исследования и преподавание предмета, сохранить его информационную базу. В 1999 г., как отмечалось, было решено переименовать нашу дисциплину на «общественное здоровье и здравоохранение» в соответствии с двумя основными составными частями ее и с учетом ее назначения и истории развития.

В последние годы, особенно после послания Президента РФ, обратившего внимание на демографический кризис в России, который угрожает социально-экономическому развитию и национальной безопасности страны, предпринимаются меры по выполнению национальных проектов, в том числе проекта повышения уровня здоровья. Президент РФ 10 мая 2006 г. отметил необходимость решения трех задач: «Первое - снижение смертности. Второе - эффективная демографическая политика. И третье - повышение рождаемости». На реализацию национального проекта отпущены дополнительные средства. Они позволят повысить доступность медицинской помощи и ее качество, улучшить условия труда работников здравоохранения, поднять престиж врачебной профессии.

## **РАЗДЕЛ 2. ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ**

### **2.1. Здоровье населения. Общественное с      ровье**

Эти и другие мыслители XVII-XVIII вв. и последующих лет таким образом признавали роль не только духовного, но и материального, физиологического в единстве с духовным, но они не смогли подняться до понимания роли социального - качества, присущего человеку. По существу, недалеко ушли от таких взглядов антропологического принципа, как называл их Л. Фейербах, и русские просветители, философы-материалисты XIX в. Н.А. Добролюбов, Д.И. Писарев, А.И. Герцен и даже Н.Г. Чернышевский. Не случайно одно из его наиболее известных произведений называлось «Антропологический принцип философии». Однако Н.Г. Чернышевский и другие русские мыслители не только подчеркивали единство, целостность духовных и физических свойств, но и гораздо лучше увидели связь человека с его трудовой деятельностью. Это был шаг навстречу диалектико-материалистической методологии, учению о сущности человека не только как биологического, высокоразвитого организма, но и как производного и носителя общественных отношений. Человек - не просто биологический или антропологический комплекс, природный абстракт из биологических свойств и качеств индивида, а продукт общественных отношений, созданных людьми в процессе их трудовой, производительной деятельности. «...Сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду. В своей деятельности она есть совокупность всех общественных отношений» (К. Маркс, Ф. Энгельс. Соч., 2-е изд., т. 3, с. 3).

Такое понимание сущности человека отнюдь не отрицает его принадлежности к животному миру, из которого он произошел. Человек - новое качество, сплав биологического и социального, в котором преобладающее место принадлежит социальному. Однако еще раз повторяем: признаки биологической природы никогда не исчезнут у человека, т.е. его сущность проявляется и в биологических, природных и социальных свойствах. Человек выступает как активная, преобразующая природу сила, и, изменяя природу, человек активно преобразует и самого себя, свои общественные отношения.

На основе сказанного можно принять следующее определение, которое в свое время было сформулировано (Ю.П.Лисицын) в статье «Человек» (ММЭ). «Человек (*Homo sapiens*, человек разумный, относящийся к подтипу позвоночных, отряду приматов, классу млекопитающих) - высшая ступень развития животных организмов на Земле, общественное (социальное) существо, способное производить и использовать орудия труда, изменять окружающий мир, обладающее сознанием как функцией высокоорганизованного мозга и членораздельной речью».

Понимание сущности человека - ключ к пониманию категорий болезни и здоровья. Это четко представляли себе основоположники социальной гигиены в нашей стране. Они не отрывали социальное от биологического, подчеркивали примат социального, которое опосредует биологическое, преобразует его. Всякая попытка рассматривать человеческий организм вне общества, указывал З.П.Соловьев, является только «производной и совершенно искусственной абстракцией».

В произведениях философов, врачей, социологов, писавших и говоривших о здоровье и болезнях, давно уже обращено внимание на решающее воздействие социальных



отношений, условий и факторов, образа, стиля жизни людей. Древние медики Гиппократ, Алкмеон Кротонский, Абу-Али Ибн Сина и другие видели истоки здоровья и причины болезней не только в смешении космических элементов, твердых образований и жидкостей, гнев божеств, но и в характерах, темпераментах, поведении людей, их привычках, традициях, словом, в условиях и образе жизни. Делались даже попытки различать специфику заболеваний в зависимости от характера труда и занятий, социального статуса. Гален и Цельс разделяли болезни господ и рабов. Великие утописты Средневековья Т.Мор, Т.Кампанелла видели причины прекрасного здоровья жителей своих вымышленных островов и городов в идеально организованном общественном порядке и прекрасных условиях жизни. Бернардино Рамацци осмелился издать капитальный труд «О болезнях ремесленников», в котором описывает ряд профессиональных болезней, вызванных неблагоприятными условиями труда. Французские философы-материалисты рисовали яркие картины зависимости здоровья рабочих на промышленных предприятиях от тяжелых условий труда и быта.

Социал-демократические, рабочие и другие партии и движения в своих документах сообщали о тяжелых условиях жизни работающих, подрывающих их здоровье, укорачивающих жизнь. Данные земской и фабрично-заводской статистики, обследований условий труда и быта, которые проводили отечественные медики, активные работники земской организации Ф. Эрисман, Д.Н. Жбанков, Н.И. Тезяков, Е.М. Дементьев и др. представили тысячи доказательств неблагоприятного влияния на здоровье рабочих, крестьян, ремесленников условий труда, быта, образа жизни в дореволюционной России. Первостепенная значимость социальных условий в формировании здоровья населения стала специальным предметом внимания и исследования представителей социальной гигиены. Они за рубежом и в нашей стране осуществили многие убедительные доказательства социальной обусловленности здоровья.

На уровне человека социальное опосредует биологическое, преобразует его, следовательно, все состояния человека, в том числе состояние здоровья и болезни, нельзя понять, оценить лишь на основе биологических (естественно-научных) знаний, без учета его социальных свойств и качеств, вернее, его социальной сущности - главенствующего начала в человеке. Однако, как отмечалось, будет неправильным исходить только из социальных характеристик, из абстрактно-социологических представлений, так как биологическое в человеке остается его природной основой.

### **2.1.2. Определение понятий «болезнь», «здоровье» человека**

Несмотря на, казалось бы, понятное положение о социальной обусловленности здоровья и болезни, в конкретных определениях этих категорий имеется самый различный подход. Поскольку, как сказано, обычно здоровье определяют через болезнь (ее отсутствие) и ее трактовки считаются менее трудными, чем дефиниции здоровья, остановимся на определениях понятия «болезнь».

Общепринято определение болезни (болезней) как нарушения, поломки, дефекта физических и/или психических функций («отправлений», как выражались раньше). Весьма распространены представления о болезни как нарушении физиологической нормы.

Нередки определения болезни как нарушения связей, взаимодействия организма с внешней средой, нарушения адаптации к среде обитания (дезадаптации). Пожалуй, после рассмотрения болезни как нарушения функций организма или его частей, органов, систем это наиболее распространенное определение. С ним корреспондирует определение не столь распространенное, но также исходящее из идеи изменения адаптации. К нему, например, прибегал известный советский патолог И.В. Давыдовский, посвятивший немало времени и труда поиску наиболее адекватной дефиниции болезни, патологического процесса, самой адаптации как ключа к пониманию ее сущности. В одной из последних своих работ И.В. Давыдовский утверждал, что «болезнь - это приспособление организма, характеризующееся специфическими видовыми формами и уровнями приспособительных актов» (Архив патологии, 1966, № 1), т.е. болезнь - это форма адаптации.

Очень нередко представления о нарушениях гармонии внутренней среды, т.е. нарушения устойчивого равновесия - гомеостаза (У. Кеннон и др.), нарушения гармонии внутренней и внешней среды и т.п. К подобным представлениям о сущности болезни идейно близки и дефиниции выдающегося современного патолога Ганса Селье: болезнь рассматривается как патологический стресс или дистресс - нарушение процессов адаптации, обеспечиваемых адаптивными гормонами. В числе, так сказать, биологических, а правильнее биологизаторских, т.е. исходящих только из биологических представлений о болезни, и те взгляды, согласно которым болезнь выражается в нарушении соответствия биологических ритмов организма, темпов жизненных процессов и реакций, происходящих в определенных интервалах времени (т.е. в так называемых индивидуальных аркадах), с внешнесредовыми природными временными периодами, циклами и пр., т.е. своего рода дисхронозе.

В связи с развитием кибернетики, информатики, системного анализа, математического моделирования и других направлений современного научно-технического процесса появились «кибернетические» и тому подобные определения болезни, исходящие из идеи нарушения деятельности систем, управления функциями организма.

Встречаются обычно идущие из прошлого медицины определения болезни, в соответствии с которыми сущность болезней заключается в изменениях энергетических ресурсов организма, неадекватного воздействия на него электрических, магнитных и прочих так называемых полей, сил и т.п. Например, известны представления о «меридианах», энергетических точках, узлах, коллекторах энергии космоса и самого организма - энергии космических элементов - огня, воды, дерева и др. Из античных источников известны представления об энергии организма, психической энергии, избыток которой способен вызвать болезнь, а ее освобождение, разрядка (катарсис, о котором говорил Аристотель и который использовал З. Фрейд в своем учении) дает целебный

эффект. Сегодня «энергетические» определения болезни и их современные модификации получают все более широкое распространение.

Авторы ряда дефиниций болезней подчас упоминают и о нарушении человеческих, поведенческих, общественных функций человека при заболеваниях. Они говорят о болезни как социальной дезадаптации, нарушении человеческих чувств, переживаний («вкуса жизни», «радости жизни» - мироощущения и т.п.). Социологи, философы и некоторые медики подчеркивают преимущественное значение нарушения при болезни работоспособности, поведения человека. Вслед за К. Марксом, определившим болезнь «как стесненную в своей свободе жизнь», они в качестве основного признака болезни у человека указывают на невозможность (несвободу) полноценно осуществлять человеческие функции, т.е. полноценно в физическом, психическом, морально-нравственном, социальном плане осуществлять деятельность, прежде всего трудовую, человеческую, вести полноценный здоровый образ жизни.

Приведенные и другие определения болезни человека можно сгруппировать в несколько разделов, позволяющих более упорядоченно подойти к их восприятию и оценке.

Некоторые определения болезни человека (по Ю.П. Лисицыну)

1. *Биологизаторские дефиниции*: болезнь - это

- нарушения, поломки, дефекты деятельности организма, его органов и систем;
- нарушения связей, гармонии с внешней средой, адаптации к окружающей среде;
- нарушения постоянства внутренней среды организма;
- нарушения функций и механизма адаптации, общего адаптационного синдрома, состояние дистресса;
- несоответствие природных и организменных биоритмов (дисхроноз).

2. *Кибернизаторские дефиниции*: болезнь - это

- нарушения в механизмах управления, координации, регуляции функций организма;
- разлад, расстройство в функциональной структуре организма как сложнейшей кибернетической системе;
- нарушения модели организации, расстройство алгоритма жизнедеятельности.

3. *Энергизаторские дефиниции*: болезнь - это

- нарушения расходования энергетических ресурсов организма;
- дефицит, избыток, дисбаланс энергии человеческого организма;
- неадекватное, не соответствующее его потребностям воздействие энергетических, силовых, магнитных «полей» и т.п.

4. *Социологизаторские и психологизаторские дефиниции*: болезнь - это

- нарушение, «стеснение» свободы человеческой жизни во всех ее проявлениях, функций человека;
- нарушение человеческих (общественных) отношений, взаимосвязей, контактов, социальных черт, свойств;
- психологический срыв, психологическая дезадаптация, дезинтеграция личности, человеческих чувств, психологических установок, психосоматическая дезорганизация, дезадаптация и пр.;
- нарушение условий, образа жизни, жизненного стереотипа, стиля жизни человека.

Мы привели далеко не все дефиниции болезни человека: как отмечалось, их сотни, а скорее всего тысячи, от академических, строго научно взвешенных до романтических и лирических. Например, Г. Гейне сказал: «Если человек не радуется лучу солнца, проникающему в жилище, он болен». Столь же неполна и наша сводка определений болезни. Сюда можно поместить много других и, прежде всего, смешанных дефиниций, которые преобладают среди всех попыток сформулировать наиболее полные и адекватные определения. Это понятно, так как большинство исследований обоснованно выделяют ряд признаков и критериев болезни человека - существа не только биологического, но и главным образом социального, болезнь которого приводит не только к нарушению физиологических, соматических, но и психических, социальных, трудовых, морально-нравственных и других функций, нарушению всего спектра жизни. Такой подход, наверное, наиболее отвечает задаче определения болезни именно человека, следовательно, помогает понять и сущность здоровья и его адекватному определению.

В приведенных определениях болезни отмечены биологизаторские, психологизаторские, социологизаторские, кибернизаторские и энергизаторские характеристики.

Многообразие, множественность определений указывают на ограниченность, недостаточность какого-либо одного из них. Таким образом, требуется системный подход, учет, комплекс характеристик болезни. Следовательно, не только болезни, но и здоровье человека нельзя мерить лишь биологическими, зоологическими или абстрактно-социологическими мерками. Здесь требуется особый, человеческий подход.

Все сказанное о сущности человека, соотношении социального и биологического, определениях болезни человека относится к определению здоровья человека.

Прежде всего, нужно подчеркнуть, что здоровье человека, как и болезнь, - новое качество в сравнении с другими живыми существами на Земле, зависящее от воздействия социальных условий и факторов. Здоровье человека определяется процессами, которые требуют определенных условий - гармонии, уравновешенности как внутри организма (органов, систем, биохимических процессов), гомеостаза и гомеостата, так и гармонии с окружающей средой, обеспечения четкой работы систем управления деятельностью организма. С биологических позиций здоровье - отсутствие болезней (соматических и психических), дефектов, поломок в организме и всех тех патологических явлений (нарушений адаптации, управления деятельностью организма, изменения энергетического баланса и др.), о которых мы говорили.

Однако, как отмечалось, такие определения недостаточны, так как *здоровье - гармоническое единение биологических и социальных качеств (а болезнь - нарушение этого единства, этой гармонии)*.

Говоря о здоровье, еще в древности выдающиеся умы указывали на роль здоровых условий жизни, гигиенического режима, здорового питания и пр. Гиппократ отмечал: какова деятельность человека, его привычки, условия жизни, таково и его здоровье. Многие мыслители и врачи подчеркивали, что невозможно понять здоровье человека

лишь по аналогии со здоровьем животных. Н.А. Добролюбов, например, писал, что «животной здоровой организации недостаточно для человека; для него нужно здоровье человеческое».

Итак, здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта; оно - **состояние, которое позволяет человеку жить в условиях нестесненной свободы, здорового образа жизни, т.е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие**. Именно так, с широких медико-социальных позиций определяет здоровье ВОЗ. В преамбуле устава этой организации написано: «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

Здоровье для каждого из нас - неоценимое богатство человека, это **условие счастья** и, как писал Ф.Ф. Эрисман, «составляет одно из главных условий счастливого бытия как для каждого человека в отдельности, так и для целого народа».

К сожалению, эту мудрую истину обычно понимают и проповедуют те, кто истратил свое здоровье и, заболев, почувствовал, какого сокровища он лишился. Особенно беззаботно относятся к своему здоровью молодые люди, не обремененные болезнями. Непонимание значимости здоровья для полноценной человеческой жизни - свидетельство не только низкой общей и медицинской культуры, но социальный инфантилизм. Разбазаривание здоровья - это разбазаривание не только личного, но и общественного богатства.

Формула «здоровье - общественное богатство» относится не только к личному, но и к так называемому общественному здоровью.

Здоровье можно считать даром природы, но от человека и от общества зависит, сохранится, умножится или растратится этот бесценный дар.

Еще одно замечание относится к проблеме возможности его измерения, о которой мы с позиций статистики и математики будем говорить далее. Сейчас речь пойдет о **проблеме количества здоровья**.

Академик Н.М. Амосов, говоря о «количестве здоровья», считает, что его можно определить как сумму «резервных мощностей» функциональных систем, которые можно выразить через «коэффициент резерва». Он измеряется как отношение максимального количества функции к ее нормальному уровню. Другие исследователи делают акцент на измерении удельного веса уровней адаптации: удовлетворительной адаптации, напряженной, срыва адаптации и пр. (Р.М.Баевский). Можно предложить ряд других констант - измерителей количества здоровья, особенно важных для физиологии, патологии, статистики, кибернетики.

### **2.1.3. Индивидуальное, групповое и общественное здоровье населения**

До сих пор речь шла о понятии здоровья вообще, здоровья человека. В жизни, однако, мы сталкиваемся с конкретными людьми и их здоровьем. Если речь идет об отдельных людях, мы имеем дело с индивидуальным здоровьем, а если имеем в виду несколько людей, их сообщества, мы говорим о **групповом здоровье**; если речь идет о населении, проживающем в городах, на селе, определенной территории, обо всем населении, вводим понятие здоровье популяции, здоровье населения. **Индивидуальное здоровье** мы оцениваем по персональному самочувствию, наличию заболеваний, физическому состоянию, трудоспособности, личным ощущениям бытия, радости жизни и др. Наверное, никому не придет в голову оценивать индивидуальное здоровье в статистических показателях: заболеваемости, смертности, средней продолжительности предстоящей жизни и других, требующих достаточного числа единиц наблюдения, т.е. достаточного числа людей, здоровье которых мы оцениваем. Значит, как только мы переходим от индивидуума к сообществу (начиная с самой малой ячейки общества - семьи), мы абстрагируемся от отдельного, конкретного человека и переходим на язык медицинской и демографической статистики, на язык оценок группового и популяционного здоровья, или проще - **здоровья населения**.

Предложено много показателей для определения уровней, оценок здоровья населения. В последние годы стали широко применяться сложные, сочетанные математические и математико-логические комплексные показатели. Такие показатели позволяют более полно подходить к оценке здоровья населения. Но, несмотря на все модельные и другие статистические, информационные и прочие построения, принято пользоваться следующей схемой медико-статистических, медико-демографических показателей (состояния здоровья населения) (см. перечень показателей и рис. 1).

	<b>Заболеваемость:</b> – первичная, – общая первичная, – общая накопленная, – отдельными болезнями	
<b>Физическое развитие:</b> 1) антропометрические показатели; 2) соматоскопические показатели; 3) функциональные показатели	<b>Здоровье населения и его групп</b>	<b>Инвалидность,</b> общая первичная, общая накопленная, от отдельных заболеваний и их групп
	1. Механическое движение населения (эмиграция, иммиграция). 2. Естественное движение населения: – смертность (общая, по возрастной – детей, стариков и др.); – рождаемость; – плодовитость (общая, брачная); – естественный прирост населения; – СППЖ; – брачность	

**Рис. 1.** Медико-статистические и демографические показатели состояния здоровья населения.

Показатели состояния здоровья населения:

*1. Демографические показатели.*

**А.** Показатели статистики населения:

- численность населения;
- состав населения (по возрасту, полу и другим признакам).

**Б.** Показатели движения населения:

- механическое - миграция населения: иммиграция, эмиграция и др.

Естественное движение населения и его показатели:

- смертность общая и возрастная;
- средняя продолжительность предстоящей жизни (СППЖ);
- рождаемость, плодовитость;
- естественный прирост населения;
- брачность.

*2. Показатели заболеваемости и распространенности болезней (болезненности).*

3.



понятием «потенциал общественного здоровья» (ПОЗ), «индекс общественного здоровья» (ИОЗ), «индекс здорового образа жизни» (ИЗОЖ).

Индекс общественного здоровья (ИОЗ) можно представить как соотношение удельного веса факторов здорового и нездорового образа жизни; ИЗОЖ - как процент лиц, ведущих здоровый образ жизни. **Потенциал общественного здоровья - это мера здоровья людей, накопленного обществом, и его резервов, создаваемых активным, здоровым образом жизни.** Его можно определить удельным весом здоровых людей. Не касаемся конкретных формул, которые могут быть выражены цифрами, показателями, могут носить характер моделей (математических, логических и пр.). ПОЗ можно рассчитать при определении потерь здоровья (по данным медико-демографических и медико-статистических показателей) в группах здоровья населения. Например, если в первой группе - здоровых - таких потерь за год нет, условно считается, что в них ПОЗ равен 100%; во второй группе - практически здоровых лиц, но с факторами риска здоровью - потеря здоровья оценивается в 5-10%; в третьей группе - больных - потери - 10-20%. Таким образом, в популяции потери здоровья составят 30% и более, значит, остаток или ПОЗ равен примерно 70%.

Понятие общественного здоровья, рассматриваемого в ракурсе условий и образа жизни, имеет прямое отношение к стратегиям и социальной политике в области охраны и улучшения здоровья народа. Уже сегодня оно (как и наука о нем, названная мною санология) позволяет полнее, всестороннее вскрыть социальную обусловленность здоровья людей, разработать действенные меры профилактики заболеваний, укрепления здоровья, развития здравоохранения.

Нельзя забывать, что учения, концепции о здоровье и особенно общественном, значительно отстали от учений о патологии. И хотя проблема здоровья трудящегося населения занимала умы просветителей еще в эпоху Возрождения, значимость охраны здоровья еще не поднималась как обязанность всего государства, всей нации, всего общества.

Итак, в формировании здоровья (и болезней), в том числе общественного здоровья, «пальму первенства» занимает общество и все его институты. Оно через условия и образ жизни, состояние здравоохранения, внешней среды (которая во многом зависит от общества, его влияния на него) обуславливает здоровье человека - индивидуальное, групповое и общественное. Общественное здоровье как понятие более высокого, социологического уровня (его потенциал, индексы и пр.) обуславливает («снимает») состояние здоровья населения и его показатели (см. рис. 2). Речь, таким образом, идет о **системе уровней здоровья: социологическом (общественное здоровье), социально-гигиеническом (здоровье населения, определяемое медико-статистическими и демографическими показателями).**

До того, как говорить об обусловленности здоровья, целесообразно осветить представления о так называемом **третьем состоянии** - между здоровьем и болезнью, о котором писал еще К. Гален. Его называют также **предболезнью, преморбидным,**

**донозологическим состоянием.** И хотя имеются некоторые отличия в толковании значений этих понятий, все они объединяются мыслью о существовании «моста», переходного состояния между болезнью и здоровьем. В медицинской статистике это состояние не регистрируется, но важно знать о доле «третьего состояния» в общественном здоровье. Легче и экономически эффективнее не допускать возникновения и развития заболевания, нежели преодолеть уже развившуюся болезнь. Это давно связывают с личной и общественной профилактикой, диспансеризацией, направленной на выявление и устранение причин заболеваний и факторов риска. Таким образом, «предболезнь», «донозологическое состояние», «третье состояние» - одни из ключевых моментов не только в теории и практике патологии, но и в санологии.

До сих пор нет единого мнения о «третьем состоянии»: это еще состояние здоровья (донозологического) или начало заболевания - предболезнь. Однако различия в его понимании сказываются на определении спектра состояний между здоровьем и болезнью. Если его рассматривать как присутствие факторов риска, начальные клинические признаки заболевания (донозологическое состояние), что отвечает представлению о второй группе здоровья, то эта группа занимает примерно 20%. Если же складывать эту группу лиц с группой лиц с определенными заболеваниями, но без признаков декомпенсации, не потерявших трудоспособности, не нуждающихся в стационарном лечении, редко обращающихся за медицинской помощью, которые составляют примерно 30% населения, то «третье состояние» возрастет до 50%. К.Гален считал, что людей в этом состоянии гораздо больше, чем об этом думают. Некоторые современные авторы полагают, что «третье состояние» охватывает не менее половины населения.

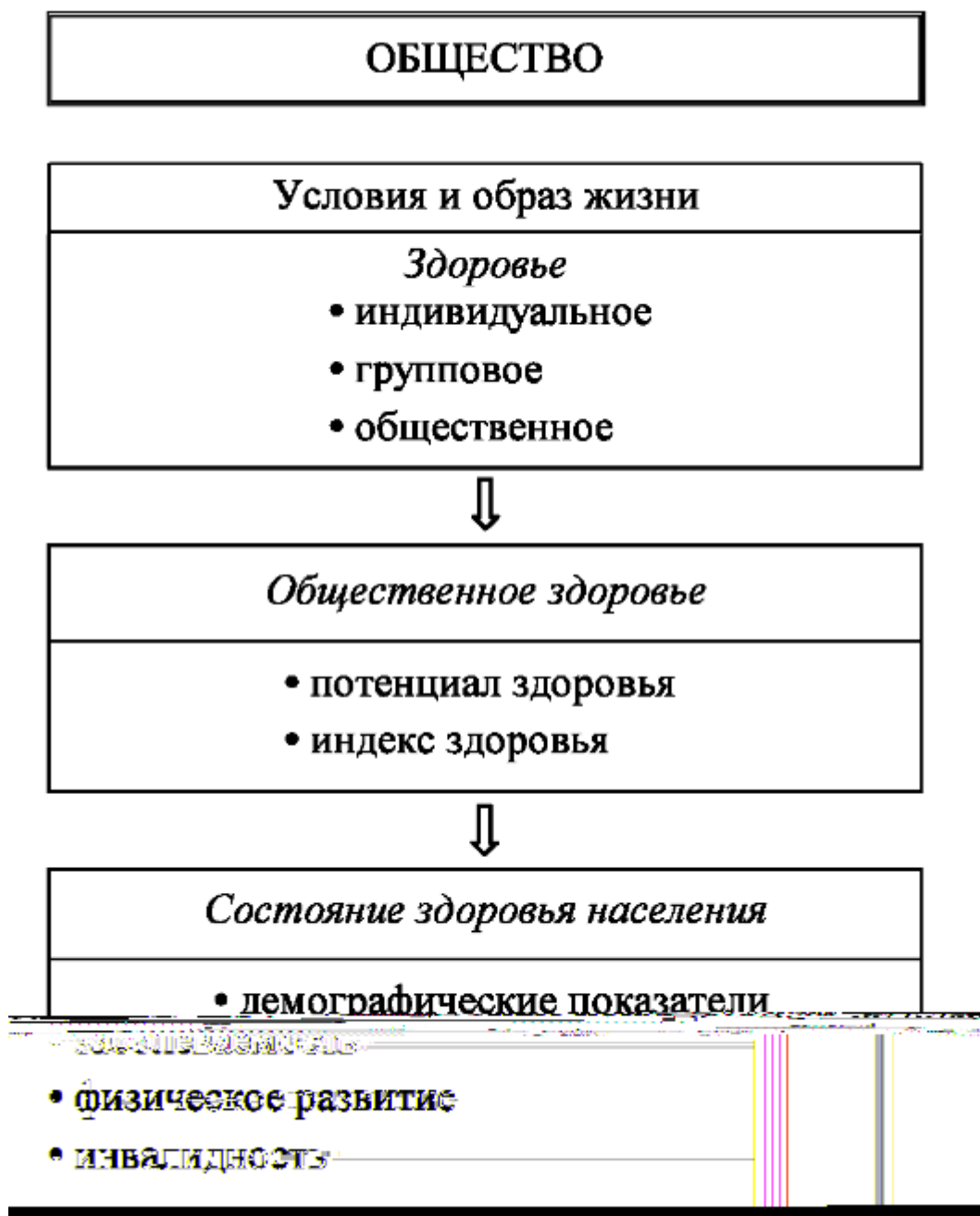


Рис. 2. Уровни здоровья и его показатели.

#### **2.1.4. Обусловленность здоровья населения**

Схема здоровья населения и влияния на него социальных и природных условий и факторов

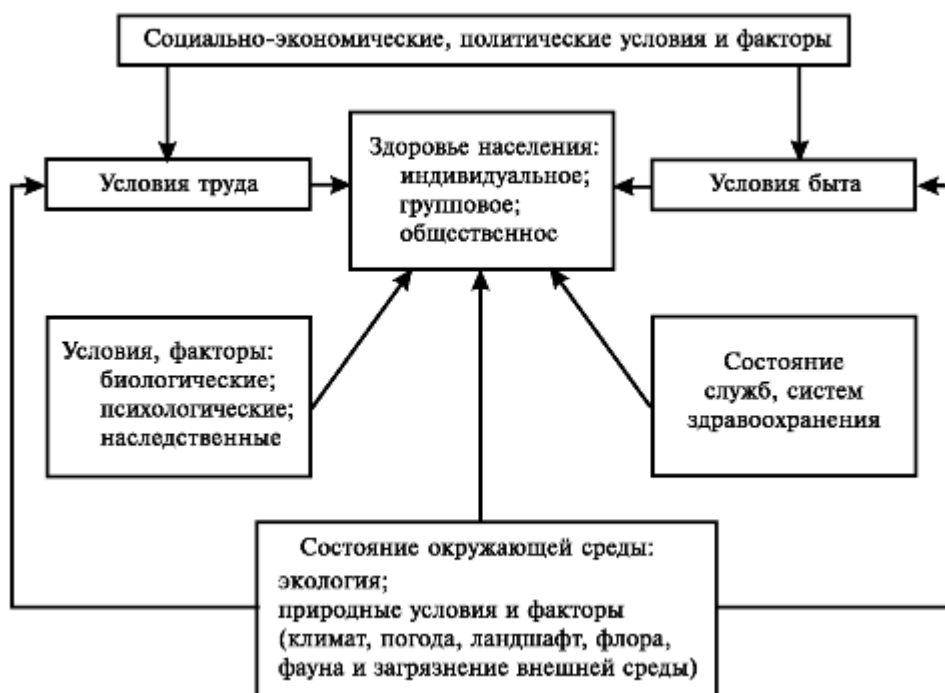
Состояние здоровья в целом зависит от:

- биологических, психологических (наследственность, конституция, тип высшей нервной деятельности и др.) свойств человека;
- природных (климат, погода, ландшафт местности, флора, фауна и др.) воздействий;

- состояния окружающей среды (загрязнение химическими, физическими, биологическими агентами и др.);
- социально-экономических, политических и прочих факторов, обычно действующих через условия труда и быта;
- состояния служб здравоохранения, кадров, уровня медицинской науки;
- многих других воздействий окружающей человека среды, отношений между людьми и др. (см. рис. 3.).

Здоровье и болезни опосредованы через *социальные условия и социальные факторы*. Конкретные условия жизни - труда, быта, питания, жилища, отдыха, образования, воспитания, культурные потребности и вообще то, что ранее в социально-гигиенических трудах называлось условиями коллективной жизни, и есть социальные условия и факторы.

При решении вопроса об обусловленности здоровья недостаточно представить и систематизировать многообразные воздействия на него, от которых оно зависит, нужно **определить решающие условия и факторы**, сконструировать модель обусловленности здоровья. Нужно попытаться ответить на **основной вопрос медицины: от чего непосредственно зависит здоровье**. Здесь приобретают первостепенное значение факторы риска здоровью.



**Рис. 3.** Состояние здоровья населения и влияющие на него условия и факторы.

### **Факторы риска здоровью**

В отличие от непосредственных факторов (причин) возникновения и развития заболеваний, которые вызывают патологические изменения в организме, факторы риска создают неблагоприятный фон, т.е. **способствуют** возникновению и развитию

заболевания. Таким образом, при наличии факторов риска требуется еще и конкретная причина или их комбинация (известных или еще не изученных причин). Такова примерная схема разграничения факторов риска и причин заболеваний, о которых речь шла ранее. Однако подчас трудно доказать определенную причину заболевания в присутствии фактора (факторов) риска и наоборот. В связи с этим правильнее говорить о причинах и факторах риска. Кроме того, эти категории столь переплетены друг с другом и столь интегрированы, что возникает цепь причинно-следственных отношений, когда причина может быть следствием фактора риска и даже наоборот, когда причина может создать ситуацию риска по тому и иному заболеванию.

Создано учение о факторах риска во многом вследствие развития хронической патологии, т.е. преобладания хронически протекающих, обычно неэпидемических заболеваний, конкретные причины которых неизвестны, но установлены способствующие факторы (факторы риска).

Число факторов риска огромно и с каждым годом возрастает. Так, генетических факторов (предрасполагающих к заболеваниям) в 60-х годах было идентифицировано не более 1000, а сегодня называют более 3000. Полагают, что только из окружающей среды на человека воздействует более 6 млн различных вредностей (физических, биологических, химических и др.), их число ежегодно возрастает на 5000-6000.

Предлагают различные классификации факторов риска. Одна из общепринятых классификаций - **выделение главных, или больших факторов риска**. Например, факторы риска по сердечно-сосудистым заболеваниям - курение, гиподинамия, избыточная масса тела, несбалансированное питание, артериальная гипертензия, психоэмоциональные стрессы, алкоголь. Таких больших факторов немного, но они имеются при многих неэпидемических хронических заболеваниях. Большинство таких факторов риска зависит от поведения, образа и условий жизни людей, т.е. это субъективные факторы.

По происхождению факторы риска бывают **первичными и вторичными** (могут быть и третичными, и т.д.). Так, неблагоприятные воздействия образа жизни (курение, гиподинамия и избыточная масса тела, несбалансированное питание, артериальная гипертензия, психоэмоциональные стрессы, алкоголь, нарушение режима труда и отдыха и др.), загрязнение внешней среды химическими веществами, наследственные предпосылки заболеваний, неудовлетворительная работа служб здравоохранения обычно являются первичными факторами риска.

### Первичные большие факторы риска здоровью

Первичные большие факторы	Вторичные большие факторы
диабет;	курение;
артериальная гипертензия;	злоупотребление алкоголем;
липидемия, холестеринемия;	нерацональное питание;
обезжирен;	гиподинамия;

- психоэмоциональный - аллергия;  
стресс - иммунодефициты и др.

**Группами риска** называют группы населения в большей степени, чем другие, предрасположенные к различным заболеваниям. Это дети, старики, беременные, мигранты, одинокие, лица без определенных занятий, без определенного места жительства, безработные, люди с девиантным поведением (проститутки, пьяницы, наркоманы, психопатические личности и др.), работающие во вредных производственных условиях и пр.

### **Группы риска здоровью (по Ю.П. Лисицыну)**

#### *1. Группы по демографическим признакам:*

- дети
- старики
- одинокие
- вдовы, вдовцы
- мигранты, беженцы, перемещенные лица

#### *2. Группы производственного, профессионального риска:*

- работающие на вредных для здоровья производствах (тяжелое машиностроение, химическая, металлургическая промышленность, транспорт и др.)

#### *3. Группа риска по признакам функционального, патологического состояния:*

- беременные
- недоношенные дети, родившиеся с малой массой тела
- лица с генетическим риском, с врожденными аномалиями, дефектами
- инвалиды с детства

#### *4. Группы риска по признаку низкого материального уровня жизни, бедности, нищеты:*

- бедные, необеспеченные
- безработные, работающие неполный рабочий день
- лица без определенных занятий, без определенного места жительства

#### *5. Группа риска лиц с девиантным поведением:*

- злоупотребляющие алкоголем
- наркоманы
- токсикоманы
- проститутки
- с сексуальными отклонениями (гомосексуалисты, бисексуалы и другие так называемые сексуальные меньшинства)
- с деформациями психического здоровья и поведения (невропатии, психопатии и пр.)

Эта далеко не полная классификация больших факторов и групп риска.

## 2.1.5. Образ жизни - главный фактор обусловленности здоровья

Названные выше факторы и группы риска еще не отвечают на вопрос, от чего (кого) непосредственно зависит здоровье.

### 2.1.5.1. Ответ на «основной вопрос» медицины. Формула (модель) обусловленности здоровья

Наши расчеты (Ю.П. Лисицын) по данным о заболеваемости населения показывают, что первое место среди факторов риска занимает образ жизни, более того, от него здоровье непосредственно зависит. Доля факторов образа жизни превышает половину всех воздействий. Примерно по 15-20% занимают наследственные факторы и загрязнение окружающей среды и примерно 10-15% приходится на работу органов и учреждений (служб) здравоохранения. Такое соотношение факторов относится к здоровью и нездоровью. При болезни эти факторы выступают как факторы риска здоровью (табл. 1).

Приведенные данные, рассчитанные нами по данным заболеваемости, получили подтверждение в исследованиях американских и других авторов, что и отражено в табл. 1. Но не только по отношению к общим показателям здоровья и нездоровья (общей заболеваемости и др.) установлен приоритет образа жизни (составляющих его факторов), экологической и генетической ситуации, он проявляется и при отдельных главным образом хронически протекающих заболеваниях (табл. 2). Эти и другие заболевания («болезни цивилизации»), как правило, не имеют строго определенной этиологии, их причины заключаются в социальных, психологических, генетических и других факторах, объединяемых понятием «нездоровый образ жизни». Они определили основной фон современной патологии. На смену эпидемической патологии пришла патология патогенных ситуаций, вызванная нарастающими «стрессами жизни».

Таблица 1. Группировка факторов риска

Категории факторов риска	Примеры факторов риска	Доля, %
Образ жизни	Курение	50-57
	Употребление алкоголя Несбалансированное питание Стрессовые ситуации (дистрессы) Вредные условия труда Гиподинамия	
	Низкая физическая активность Потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами	
	Напряженные семейные отношения Напряженные психоэмоциональные	

	отношения на работе  Низкий культурный и образовательный уровень	
<b>Внешняя среда</b>	Загрязнение воздуха канцерогенами и другими вредными веществами Загрязнение воды канцерогенами и другими вредными веществами Загрязнение почвы Резкие смены состояния атмосферы Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	20-25
<b>Генетические факторы</b>	Предрасположенность к наследственным болезням  Наследственная предрасположенность к тем или иным заболеваниям	15-20
<b>Здравоохранение</b>	Неэффективность профилактических мероприятий  Низкое качество и несвоевременность медицинской помощи	10-15

**Таблица 2.** Распределение факторов риска при различных хронических заболеваниях и травмах (% влияния)

Заболевания, несчастные случаи, самоубийства	Неблагоприятные факторы образа жизни	Генетический риск	Загрязнение внешней среды	Недостатки здравоохранения
<b>ИБС</b>	60	18	12	10
<b>Сосудистые поражения мозга</b>	65	17	13	5
<b>Прочие сердечнососудистые заболевания</b>	40	35	17	8
<b>Рак</b>	45	26	19	10
<b>Сахарный диабет</b>	35	53	2	10
<b>Пневмония</b>	19	18	43	20
<b>Эмфизема легких и астма</b>	35	15	40	10
<b>Цирроз печени</b>	70	18	9	3
<b>Транспортные травмы</b>	65	3	27	5
<b>Прочие несчастные случаи</b>	55	5	30	10
<b>Самоубийства</b>	55	25	15	5



### **2.1.5.2. Понятие «образ жизни», его структура и влияние на здоровье**

Образ жизни связан с поведением человека. Его роль, например, была показана в многолетних комплексных социально-гигиенических и клинико-социальных исследованиях. Формула эпидемиологии внешняя среда-возбудитель (агент) человек модифицирована в формулу внешняя среда-поведение-человек (О.В.Гринина, Ю.П. Лисицын). Когда внимание исследователей стало привлекать понятие «образ жизни», оно стало центром внимания.

Говоря об образе жизни, нужно иметь в виду органическую связь этого понятия с понятием поведения в широком смысле слова.

Вместе с тем философское определение понятия «образ жизни» существовало давно. Так, К.Маркс и Ф.Энгельс определяли образ жизни как общественное явление, неразрывно связанное со способом производства. Они писали, что способ производства «это ... определенный образ жизни».

Образ жизни - определенный вид, тип жизнедеятельности людей, обусловленный в конечном счете объективными процессами развития общества. Эти объективные факторы могут непосредственно и не воздействовать на образ жизни, но, как указывал Ф.Энгельс, экономический базис действует как экономическая необходимость, «в конечном счете всегда прокладывая себе путь». Следовательно, образ жизни - исторически возникающая и формирующаяся категория, понять и определить которую можно на основе материалистической методологии. Образ жизни отражает наиболее существенные черты социально-экономических и политических систем.

*Образ жизни - определенный, исторически обусловленный тип деятельности в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизни, и не вообще деятельности, активности, а совокупности существенных черт деятельности людей.*

Поскольку деятельность, активность людей проявляется в самых различных и многочисленных сферах, существенные черты деятельности чрезвычайно многообразны.

Предложен ряд моделей составных частей образа жизни, позволяющих исследовать его влияние на здоровье различных групп населения. Сюда относятся производственная, общественно-политическая или социальная активность, деятельность в быту, социально-культурная, физическая, медицинская активность и др.

Распределение видов активности может быть различным в зависимости от задач исследования. Предложены группировки факторов образа жизни по разным критериям: характеру активности: физическая, интеллектуальная; сфере активности: трудовая, внетрудовая; виду (форме) активности: производственная, социальная, культурная (образовательная), деятельность в быту, медицинская и т.п.

## Образ жизни

- *Характер активности*

### I. Интеллектуальная активность

### II. Физическая активность

- *Виды (формы) активности*

Производственная или трудовая активность

Социальная активность

Культурная (образовательная) активность

Медицинская активность

Другие виды (формы) активности

Чтобы разобраться в фундаментальных понятиях «образ жизни» и «условия жизни», нужно иметь в виду, что образ жизни отвечает на вопрос, **как, каким** образом человек думает, ведет себя, действует, а условия жизни отвечают на вопрос, **что или кто** человека окружает, в каких условиях (демографических, материальных, природных, социально-экономических, политических, здравоохраненческих и др.) он живет, работает, действует, т.е. формирует образ жизни. Следовательно, условия жизни - по существу все опосредствующие и обуславливающие образ жизни факторы, определяющие его или сопутствующие ему.

*Условия жизни - материальные и нематериальные факторы, воз- действующие на образ жизни; образ жизни-деятельность, активность людей, которые определенным образом реагируют на условия жизни, используют их.*

Образ и условия жизни учитывают при организации, проведении и анализе результатов социологических исследований, в том числе социально-гигиенических. Эти исследования обычно направлены на выявление воздействий условий жизни, прежде всего социальных (труда, быта, образования, культуры, питания, жилища, бюджета, воспитания, семейных, внутрипроизводственных и многих других отношений), на отдельных лиц, группы людей и др. Это позволяет делать выводы о влиянии социальных условий. Так, в комплексных социально-гигиенических исследованиях, как правило, устанавливают корреляции между социальными условиями и изучаемыми признаками - показателями состояния здоровья групп населения или деятельности медицинских учреждений, подчас без учета того, каким образом используются социальные условия, как они влияют на деятельность, активность людей.

Таким образом, возможна неполная, односторонняя, механическая оценка полученных результатов. Проведено много исследований, доказывающих влияние жилищных условий, материальных доходов, образования и других социальных условий и факторов на здоровье населения. Эти исследования были бы более доказательными, если бы изучалась не только количественная сторона (квадратные метры жилой площади, размер заработной платы, уровень образования и т.п.), но и то, **каким образом**

**используются** эти условия, как ведут себя по отношению к ним и друг к другу люди, т.е. анализировалось бы и влияние образа жизни.

С образом жизни связывают и понятия «уклад жизни», «уровень жизни», «качество жизни», «стиль жизни».

**Уровень жизни**, или уровень благосостояния, обычно характеризует размер, а подчас и структуру материальных и духовных потребностей, т.е. количественные, поддающиеся измерению параметры (показатели) условий жизни. К числу показателей уровня жизни можно отнести размеры валового продукта, национального дохода, фонды потребления, реальных доходов населения, обеспеченность жильем, учреждениями просвещения, торговли, отдыха, медицинской помощью, показатели здоровья населения и демографических процессов, уровень образования, продолжительность рабочего и свободного времени, структуру доходов и расходов населения и др. По существу, это обширная сфера показателей потребления материальных и духовных ценностей, которые можно количественно измерить.

Под **«укладом жизни»** обычно понимают порядок, регламент общественной жизни, труда, быта, отдыха, в рамках которого проходит жизнедеятельность людей.

Термин **«стиль жизни»**, как правило, относят к индивидуальным особенностям поведения. Сюда причисляют и индивидуальные особенности образа мыслей.

Довольно часто, особенно с 50-60-х годов, применяется понятие **«качество жизни»**. В социологии его нередко использовали при аргументации теорий «общества изобилия», «всеобщего благоденствия», «экономической зрелости», «общества потребления», «пост-индустриального общества» и т.п. Однако в публикациях философов и социологов обычно не дается четкого определения этого понятия; наряду с попытками характеризовать качество отдельных сторон жизни, сюда включают и показатели уровня жизни, уклада, стиля жизни и т.п. Естественно, такие определения неточны. Если использовать этот термин, то лишь как характеристику, оценку качественной стороны условий жизни. Однако все приведенные и подобные определения не заменяют понятия «образ жизни».

Сложность и многообразие изменяющихся социальных условий и факторов, определяющих и опосредующих здоровье населения, потребовали учета нескольких или множества взаимодействующих факторов, определяющих различные проявления жизненной активности, показатели здоровья людей. Здоровье не ограничивается отдельными показателями, индексами, оно представляет собой сложную, комплексную систему. Потребовались и многоаспектные или меж- и многодисциплинарные исследования, включающие клинические, психологические, социологические, санитарно-гигиенические, математико-статистические методы и подходы, так называемые **комплексные социально-гигиенические и клинико-социальные исследования**.

Такие исследования позволяют не только всесторонне проанализировать роль социальных условий и факторов, показать социальную обусловленность здоровья населения и его групп, но и подойти вплотную к изучению медико-социальных аспектов образа жизни как совокупности наиболее характерных, типичных видов активности лиц, социальных групп, слоев, классов, населения в единстве и многообразии условий жизни. Такие исследования выявляют **непосредственное влияние образа жизни на здоровье населения** (в отличие от опосредованного воздействия многих социальных условий).

Социально-гигиенические и особенно комплексные исследования, включающие и наблюдения за больными (клинико-социальные исследования), установили корреляции социальных условий и показателей здоровья населения.

Особенно наглядны примеры так называемых комплексных посемейных исследований, охватывающих все стороны семейной жизни - материальную обеспеченность, уровень культуры, жилищные условия, питание, воспитание детей, внутрисемейные отношения, обеспеченность медицинской помощью и др.

Семейный климат, внутрисемейные отношения, семейное положение во многом формируют состояние здоровья. Четко показано неблагоприятное влияние конфликтных ситуаций в семье, положения женщин в семье и других факторов на исход родов. Преждевременные роды в 4 раза чаще происходят у женщин, не состоящих в браке.

Состав и состояние семей заметно сказываются и на распространенности отдельных заболеваний. Например, в неполных семьях (обычно без отца) часто болеющих детей первых 3 лет жизни в 1,5-2 раза больше, чем в полных. Заболеваемость пневмонией у детей в неполных семьях в 4 раза выше, чем в полных. Напряженные отношения в семье, неблагоприятный психоэмоциональный климат способствуют возникновению и более тяжелому течению ревматизма у детей и подростков, в таких семьях в 2,3 раза больше детей с язвенной болезнью желудка и в 1,7 раза - с гастродуоденитами.

Даже при таких заболеваниях, возникновение которых, казалось бы, связано с конкретными физическими воздействиями, устанавливается влияние семейного фактора, подчас существенное. Например, в социально-гигиеническом исследовании пояснично-крестцового остеохондроза, наряду со значением анатомических дефектов, перенесенных травм, значительного физического напряжения, охлаждения, показана большая роль производственных и семейных факторов, прежде всего, напряженных семейных отношений.

Распорядок дня членов семей - один из комплексных показателей, характеризующих образ жизни. Нарушение ритма отдыха, сна, питания, занятий в школе статистически достоверно способствует возникновению различных заболеваний и отрицательно воздействует на их течение, неблагоприятно сказывается на заболеваемости, способствует развитию дефектов и отставанию физического и интеллектуального развития, отрицательно влияет на другие показатели здоровья. Так, нарушение режима сна, питания, прогулок уже в первые годы жизни детей резко сказывается на их здоровье. Каждый 3-й ребенок, не соблюдающий режим дня, имел неудовлетворительные

показатели здоровья - частые острые и хронические заболевания, низкие показатели физического развития и др.

Распространенность отдельных заболеваний также заметно зависит от режима учебы, быта, общественной работы, семейного климата и др.

В семьях, где соблюдали режим дня, состояние здоровья 59% обследуемых было хорошим, 35% - удовлетворительным и 6% - неудовлетворительным, а в тех семьях, где рациональный режим дня не соблюдался, эти показатели составили соответственно 45, 47 и 8%.

Показано решающее влияние на заболеваемость состава семей и взаимоотношений в них. Ведущим фактором возникновения и развития ИБС, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, диабета у мужчин являются неблагоприятные стороны образа жизни (курение, нервно-психические перегрузки, нарушения питания, алкоголь, низкая медицинская активность и пр.). Их участие в заболеваниях превышало 60%. Близкие данные получены при посемейных исследованиях состояния здоровья одиноких, разведенных женщин или здоровья членов неполных семей. Ведущим фактором патологии также оказался нездоровый образ жизни.

Значение негативных факторов образа жизни показано во многих других исследованиях. Заболеваемость детей, с которой имеют дело участковые педиатры, связана с нездоровым образом жизни - алкоголизмом, пьянством не только взрослых, но детей и подростков. Показано ведущее значение факторов образа жизни не только при формировании хронической патологии, но и острых заболеваниях (60% заболеваемости и более).

Особенно убедительны результаты изучения заболеваний, при которых, казалось бы, невозможно или трудно определить влияние социальных условий и факторов образа жизни, так как традиционно такие заболевания рассматриваются исключительно с медико-биологических позиций.

Вот некоторые примеры из комплексных социально-гигиенических исследований. На возникновение и распространение рака желудка воздействуют нарушения режима питания (нерегулярный прием пищи, систематическое питание всухомятку, плотная еда на ночь, переедание, употребление пережаренной и очень горячей пищи, специй и др.) в сочетании со злоупотреблением алкоголем и курением, а также контакт с профессиональными вредностями, тяжелый физический труд, нервно-психическое напряжение и др. К 40-летнему возрасту формируется устойчивый нездоровый образ жизни, способствующий возникновению рака желудка.

В другом исследовании показано, что на заболеваемость раком легкого влияют место жительства (географические условия), миграция населения, злоупотребление алкоголем и особенно курением; на заболеваемость раком кожи влияют те же факторы и, кроме того, нездоровые привычки (мытьё лица горячей водой, злоупотребление солнечными

ваннами). Ряд факторов риска можно оценить в баллах, что позволяет измерить силу их воздействия.

Близкие данные получены при социально-гигиеническом исследовании распространенности злокачественных новообразований среди водителей автомобилей. Доказано влияние неблагоприятного режима труда и отдыха, особенно в связи с меняющимся графиком работы, отсутствием стабильного режима питания, чередования работы и отдыха и другими факторами риска, которые способствуют более высокой, чем у мужчин в популяции, заболеваемости раком желудка, гортани, легкого.

Специально отметим большое значение злоупотребления алкоголем и курением.

По общему мнению специалистов, к **злоупотреблению спиртными напитками** приводят сохраняющиеся алкогольные традиции, снисходительное, благодушное и подчас даже поощрительное отношение к пьянству, дефекты воспитания в семье, школе, трудовом коллективе, недостатки санитарно-просветительной работы, семейные конфликты, неурядицы и другие субъективные факторы. Как правило, толчком к возникновению привычки к пьянству и курению становится пример окружающих. Эти привычки, иногда переходящие в болезнь, вырабатываются на почве низкой культуры, неумения использовать досуг, незнания принципов здорового образа жизни. Такие факторы создают предпосылки для установки на злоупотребление алкоголем. Сегодня одними из главных обстоятельств стали наводнение рынка относительно дешевыми (в том числе суррогатными) спиртными напитками, бесконтрольность их продажи в условиях социально-экономического и психологического кризиса.

Отметим удивительную стойкость **стереотипа поведения**. Сошлемся лишь на один пример из социально-гигиенического исследования бюджета времени пенсионеров. Изучили 37 факторов образа жизни лиц, вышедших на пенсию по возрасту и проживающих в крупном городе (использование свободного времени, вредные привычки, обращаемость за медицинской помощью, выполнение врачебных назначений, самолечение). После выхода на пенсию большинство обследованных сохранили прежний стереотип поведения. Несмотря на увеличение свободного времени и благоприятные условия для отдыха, активной деятельности, культурного досуга, лишь 1/5 пенсионеров рационально использовали свободное время для сохранения своего здоровья. Остальные, как и до выхода на пенсию, нерационально, негигиенично, расточительно тратят это время. Большинство пенсионеров относятся к группам риска, что обусловлено не только хроническими заболеваниями, но и неразумным отношением к своему здоровью, вредными привычками, низкой санитарной грамотностью, самолечением, пренебрежением врачебными назначениями и советами, перегруженностью домашним хозяйством, неразвитостью духовных интересов и потребностей.

Указанные немногие примеры (а их - множество) подтверждают приведенные выше положения о решающей роли образа жизни в формировании здоровья и патологии. Их статистический анализ привел к утверждению о влиянии факторов образа жизни (в 50-

57%) на обусловливание здоровья. Эти примеры подтверждают также заключение о **непосредственном влиянии образа жизни на здоровье.**

Это особенно относится к так называемой медицинской активности.

### **2.1.5.3. Медицинская активность**

Медицинская активность отражает деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья, зависящую от социально-экономической, политической обстановки и в конечном счете от общественных отношений, общественного производства. Ее важным элементом следует считать гигиеническое поведение, слагающееся из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, выполнения медицинских предписаний и назначений, посещений лечебно-профилактических учреждений.

Идея выделения медицинской активности в особый вид образа жизни встретила широкое понимание и получила развитие. Ряд исследователей пользуются другими ее наименованиями (здравоохраненческая, профилактическая и пр.), которые, однако, всегда отражают субъективное, поведенческое начало, деятельность личности, группы, населения, направленную на охрану, улучшение здоровья, на профилактику заболеваний. К медицинской активности можно относить не только позитивную, благоприятствующую здоровью деятельность, но и наносящую урон здоровью, так сказать, отрицательную медицинскую активность, идущую вразрез с гигиеническими, медицинскими рекомендациями, со здоровым образом жизни. В таком ракурсе **медицинская активность со знаком плюс**, т.е. такая деятельность, которая направлена на формирование **здорового образа жизни**, о чем будет сказано ниже.

Медицинскую активность можно разделить на самостоятельные аспекты или элементы. Это санитарная (медицинская) грамотность, гигиенические и антигигиенические привычки, обращаемость в медицинские учреждения за советами, в том числе профилактическими, выполнение медицинских рекомендаций. В исследовании, посвященном образу жизни и медицинской активности сельского населения, медицинская активность характеризуется по регулярности питания, занятий физкультурой и спортом, отношению к употреблению алкоголя, курению, по поведению в случае заболевания, соблюдению гигиенических норм, уровню медицинских знаний и др. В исследовании образа жизни и здоровья рабочих в число критериев медицинской активности включены соблюдение режима питания, физическая активность, курение, употребление алкоголя, своевременное обращение за медицинской помощью, состояние рабочего места, соблюдение техники безопасности, уровень санитарной культуры.

Эти и другие проявления медицинской активности во многом зависят от общего уровня культуры, образования, психологической установки, условий жизни, состояния здравоохранения и др. Можно привести еще ряд исследований о большой роли

медицинской активности как аспекта образа жизни. Так, например, уже в 1965 г. показано, что перинатальная смертность детей во многом зависит от своевременности и частоты посещений матерями женской консультации (табл.3). При посещении 6 раз и более за период беременности перинатальная смертность составила 8 на 1000 рождений, а при редких и несвоевременных посещениях - 20 на 1000, т.е. почти в 3 раза больше. Несвоевременное посещение консультаций чревато очень серьезными последствиями. В дополнение к сказанному приведем таблицу, в которой наглядно показано, как резко отличается перинатальная смертность в зависимости от срока и числа обращений женщин в консультацию.

Все, обратившиеся при сроке беременности до 12 нед, уже в течение первых 2 нед прошли обследование в полном объеме. С возрастанием срока первого обращения беременной снижается число женщин, осмотренных терапевтом и прошедших полное обследование, что не дает возможности врачу женской консультации своевременно принять меры по устранению тех или иных отклонений в здоровье женщины.

**Таблица 3.** Зависимость перинатальной смертности (на 1000 родов) от сроков первой явки и частоты посещений беременной женской консультации

Срок первой явки, нед	Число посещений			
	не посещали	до 3	4-6	7-12
Не посещали	57,5	-	-	-
6-7	-	27,3	16,7	10,0
8-12	-	27,6	25,3	14,3
13-27	-	43,9	43,6	36,6
28 и более	-	51,6	45,8	37,6

Почти половина работающих женщин, не соблюдавших во время беременности предписаний врача и продолжавших нести дополнительные нагрузки, работать по совместительству, выполнять сверхурочную, ночную работу, рожали преждевременно. Обычно такие женщины становятся на учет в консультации после 3 мес беременности.

По результатам одного из исследований при заболевании пневмонией 22% родителей лечат ребенка сами, не обращаясь к врачу, а 12% отводят больных детей в детский сад или несут в ясли. Это приводит к повышению заболеваемости и более тяжелому течению болезни и ее неблагоприятным исходам. Отсутствие обращений в медицинские учреждения для консультаций, лечения заболевания на ранних стадиях влияет на возникновение тяжелых, подчас хронических заболеваний. Более 43% детей, больных ревматизмом, не обращались своевременно, еще до заболевания этим тяжелым недугом, по случаю других острых или обострения хронических заболеваний.

Лишь 1/3 учащихся обращаются к врачам в первые дни заболевания, в результате 45% детей имеют хроническую патологию.

Заболеваемость с временной нетрудоспособностью у рабочих с низкой медицинской активностью более чем в 2 раза выше, чем у рабочих с высокой активностью. Отмечается



значительный рост заболеваемости (в 2-4 раза) и отдельными болезнями у лиц с низкой медицинской активностью.

Основное воздействие на заболеваемость оказывает медицинская активность. Фундаментальные исследования образа жизни и здоровья разных групп населения показали, что медицинская активность обуславливает более 30% всех факторов здоровья и от ее недостатков зависит не менее 50% заболеваемости.

Считалось, что заболеваемость в сельской местности значительно более низкая. Однако специальные углубленные исследования доказывают отсутствие таких существенных различий, более того, говорят о том, что заболеваемость жителей села подчас выше, чем городских жителей.

Одна из причин этого - более низкая медицинская активность сельского населения, в частности, меньшая гигиеническая культура, меньшее обеспечение медицинскими учреждениями и кадрами и др. Например, вследствие различий в обеспеченности специалистами к педиатрам обращались 80% заболевших детей в городах и всего 30% на селе; остальные заболевшие сельские дети обращаются к терапевтам, к фельдшерам и другим медицинским работникам.

Преобладающее воздействие на здоровье факторов образа жизни и, прежде всего, медицинской активности лежит в основе стратегии здравоохранения - формирования здорового образа жизни как базы профилактического направления.

#### **2.1.5.4. Здоровый образ жизни и его формирование**

Термин «здоровый образ жизни» применяется все чаще, но остается спорным. Самое простое определение здорового образа жизни можно свести к формуле: «Это все, что в поведении и деятельности людей благотворно влияет на их здоровье». Однако сюда нужно включить все позитивные для здоровья стороны, т.е. аспекты, виды активности - трудовой, социальной, интеллектуальной, образовательной, физической и пр. и, конечно, медицинской, действующих на благо индивидуального и общественного здоровья. Поскольку понятие «деятельность» очень широко и каждый вид деятельности может воздействовать на здоровье, здоровый образ жизни включает в себя все элементы такой деятельности, направленной на охрану, улучшение, воспроизводство здоровья.

Таким образом, **здоровый образ жизни - это деятельность, наиболее характерная, типичная для конкретных социально-экономических, политических, экологических и прочих условий, направленная на сохранение и улучшение, укрепление здоровья людей.** Такое определение может показаться аналогичным понятию «здравоохранение», которое чаще всего квалифицируется как система общественных и государственных мер по охране и укреплению здоровья населения (профилактике, лечению, реабилитации). Действительно, основания для такого заключения есть, так как здравоохранение - это деятельность государственных,

общественных учреждений, органов и организаций по обеспечению условий для охраны и укрепления здоровья населения (в том числе материально-технической базы, кадров, научных исследований), а также сама деятельность учреждений, служб здравоохранения по охране и улучшению здоровья населения. Здравоохранение является важным, но не единственным фактором здорового образа жизни.

Здоровый образ жизни формирует образ жизни - все его стороны и проявления, позитивно влияющие на здоровье. Значит, нет такого вида, способа активности, деятельности, которые бы в своих положительных проявлениях не формировали здоровый образ жизни. Значит, в деятельности по охране и улучшению здоровья населения, в гигиеническом воспитании нужно учитывать многообразие воздействий, условий и факторов, определяющих характер и уровень здоровья человека, группы людей и населения.

Пути формирования здорового образа жизни вытекают из понимания его функциональной структуры. **Ключом к ним можно считать медицинскую активность, т.е. деятельность людей, связанную со своим и общественным здоровьем и направленную на охрану, укрепление, воспроизводство здоровья, т.е. положительную медицинскую активность.** Так, в практическом плане можно определять здоровый образ жизни. В понятие «здоровый образ жизни» входят преодоление факторов риска здоровью и создание благоприятной обстановки, условий для укрепления здоровья, т.е. развитие тех индивидуальных и общественных факторов, которые участвуют в формировании здоровья. Важным рычагом в этом процессе служит медицинская активность. Следовательно, существуют два направления формирования здорового образа жизни:

- создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств, по существу, формирование потенциала общественного здоровья;

- преодоление, уменьшение факторов риска.

Ниже сгруппированы в основном большие факторы риска, о которых говорилось ранее.

Оба эти аспекта (направления) взаимно связаны, но на практике дело нередко ограничивается лишь борьбой с факторами риска, которые лежат на поверхности, достаточно хорошо известны и измеряемы (обычно это большие факторы риска). Гораздо сложнее создавать факторы здорового образа жизни. Однако не в разграничении этих аспектов заключается проблема, а в конкретных планах, программах формирования здорового образа жизни, в их реализации, в частности, через получившие широкое распространение так называемые программы здоровья.

Исследователи проблемы здорового образа жизни предложили ряд схем его структуры и путей формирования.

*Создание и развитие факторов здоровья:*

- высокой трудовой активности и удовлетворенности трудом;
- высокой медицинской активности;
- физического и душевного комфорта, гармонического развития физических и интеллектуальных способностей;
- активной жизненной позиции, социальной активности, социального оптимизма, высокого культурного уровня;
- экологической активности, экологически грамотного поведения, деятельности по оздоровлению внешней среды;
- высокой физической активности;
- рационального, сбалансированного питания;
- дружных семейных отношений, устроенности быта;
- других факторов здорового образа жизни.

*Преодоление факторов риска:*

- низкой трудовой активности, неудовлетворенности трудом;
- низкой медицинской активности;
- пассивности, дискомфорта, нейроэмоциональной и психической напряженности;
- низкой социальной активности, невысокого культурного уровня;
- загрязнения внешней среды, низкой экологической активности;
- низкой физической активности, гиподинамии;
- нерационального, несбалансированного питания;
- потребления алкоголя, курения наркотических и других токсических веществ;
- напряженных семейных отношений, нездорового быта;
- других факторов нездорового образа жизни.

По мнению некоторых авторов, здоровый образ жизни можно определить как жизнедеятельность человека, соответствующую медико-гигиеническим нормам, т.е. способностям человека следовать установленным стандартам поведения в целях охраны здоровья или типовой модели медико-гигиенического поведения. Выделяют 10 приоритетных норм здорового образа жизни (по существу, гигиенического поведения). Среди них соблюдение правил гигиены труда и техники безопасности; приемы психогигиенической и психотерапевтической самопомощи; отказ от курения и злоупотребления алкоголем; достаточная физическая активность; сбалансированное питание; своевременное обращение за медицинской помощью; умение оказать первую доврачебную помощь.

Фактически эти нормы - проявления положительной медицинской активности.

Достаточно конкретны рекомендации ВОЗ по преодолению факторов риска и формированию здорового образа жизни. Например, для профилактики ИБС и других хронических заболеваний ВОЗ рекомендует: «правильное питание (содержащее мало животных жиров, много фруктов и овощей) для снижения уровня холестерина в крови и предупреждения тучности; отказ от курения; сокращение количества поваренной соли и алкогольных напитков, а также раннее выявление повышения артериального давления и борьба с ним; поддержание нормальной массы тела и регулярные физические упражнения как составная часть повседневной жизни, снижение социального и профессионального стресса».

Если к этому добавить рекомендации по соблюдению гигиенического режима труда, отдыха, учебы, конкретные пожелания относительно самого трудного для реализации пункта о «снижении социального и профессионального стресса», о необходимости строгого соблюдения индивидуальных медицинских, медико-психологических требований и других, связанных с благоприятными для здоровья проявлениями медицинской активности, то перечисленное можно определить как медицинскую программу формирования здорового образа жизни.

Однако даже ограниченные меры по преодолению некоторых факторов риска (или отрицательных сторон образа жизни) дают впечатляющий результат. Например, по сообщениям кардиологов, участвующих в так называемой кооперативной программе ВОЗ, всего за 5-8 лет среди обследованных групп населения Москвы, Каунаса, Фрунзе, Минска (более 70 000 человек) удалось сократить смертность от ИБС на 25% и более (70-е годы), более чем на 10% уменьшить общую смертность. Столь же убедительны итоговые сведения по другим странам за 20 лет наблюдений, где осуществляется кооперативная программа. Так, в 1972-1992 гг. сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди населения экспериментальных районов достигло в Японии 36,4% у мужчин и 41,8% у женщин; соответственно в США - 32,1 и 39,2%; во Франции - 22,7 и 35,1%; в Англии и Уэльсе - 16,7 и 19,6%; в ФРГ - 11,2 и 21,9%. В последующие годы произошло дальнейшее заметное снижение этих показателей. Следует подчеркнуть, что такие благоприятные сдвиги в состоянии здоровья удалось вызвать применением лишь мер против отдельных первичных и вторичных больших факторов риска (сокращение курения, потребления поваренной соли, ограничения животных жиров, алкогольных напитков, регулирования артериального давления общедоступными лекарственными средствами и повышением физической активности). Естественно, такие меры более дешевы, чем специальные современные методы лечения и профилактики, и не исключают применения всех других средств и методов программ здоровья.

При определении мер формирования здорового образа жизни и профилактики особенно важны данные об одинаковых факторах риска при различных заболеваниях. Например, несбалансированное, нерегулярное питание оказывалось в числе факторов риска по ИБС, диабету, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; на эти же заболевания заметно влияют курение, употребление алкоголя, рабочий стаж,

психоэмоциональные ситуации и др. Указанные наблюдения имеют принципиальное значение, так как позволяют выработать общую тактику борьбы с наиболее распространенными неэпидемическими, хроническими заболеваниями и их профилактики.

Формирование здорового образа жизни должно быть основным направлением социальной политики в области здравоохранения, включающим в себя профилактику, особенно первичную. Следовательно, на этом направлении должны базироваться как федеральная, общегосударственная (т.е. государственная комплексная программа укрепления здоровья и усиления профилактики), республиканские, областные, городские, районные и другие территориальные программы, так и программы отдельных учреждений и предприятий. Они не должны сводиться к отдельным, пусть и важным, мероприятиям по организации медицинской помощи, а включать в себя меры гигиенического воспитания, борьбы с пьянством, наркоманиями, курением и другими факторами риска, активизации физической культуры и пр., меры по формированию здорового образа жизни, программ здоровья. Такие программы не могут относиться лишь к компетенции органов и учреждений здравоохранения. Министерство здравоохранения и социального развития само по себе не в состоянии обеспечить весь комплекс морально-нравственных, психологических, социально-экономических, медицинских, педагогических, правоохранительных и других мер по формированию здорового образа жизни. Министерство не в состоянии полно и эффективно координировать и контролировать все аспекты деятельности по охране и укреплению здоровья - по формированию здорового образа жизни, включая трезвый образ жизни. Достаточно, если органы и учреждения здравоохранения будут четко и эффективно осуществлять диагностику, лечение, профилактику заболеваний и медицинскую реабилитацию, если все медицинские работники станут активными участниками и инициаторами мер по формированию здорового образа жизни, покажут сами, как это нужно делать, станут его пропагандистами и агитаторами, проводниками гигиенического воспитания.

Коль скоро формирование здорового образа жизни становится основой, универсальным средством первичной профилактики и, следовательно, базой стратегии охраны и укрепления здоровья, оно должно стать стержнем всех программ здоровья, всех профилактических территориальных и отраслевых программ. В них должны быть предусмотрены совместные действия органов и учреждений здравоохранения, просвещения, культуры и др. Осуществление мер первичной профилактики должно быть важнейшей обязанностью всей сети лечебно-профилактических учреждений и особенно служб первичной медико-санитарной помощи. **Учреждения здравоохранения должны рассматриваться как форпосты формирования здорового образа жизни**, и это относится, прежде всего, к центрам здоровья, центрам профилактики ЛПУ.

Важнейшая функция и задача всех органов и учреждений, всех организаций, которые должны заниматься формированием здорового образа жизни и, прежде всего, учреждений первичной медико-социальной помощи - эффективная пропаганда здорового образа жизни.

Пропаганда должна основываться не столько на санитарном просвещении, сколько на средствах **гигиенического воспитания**, т.е. не на пассивном восприятии медицинских и гигиенических знаний, а на обучении гигиеническим навыкам, соблюдению правил и норм поведения и активном их проведении в жизнь в конкретных условиях.

Акцент на организацию и проведение гигиенического воспитания как важного условия формирования здорового образа жизни заставил в свое время (1988) Минздрав СССР преобразовать дома санитарного просвещения в центры здорового образа жизни (в настоящее время это центры медицинской профилактики), при которых организуются кабинеты физической культуры, психогигиены, брака и семьи, семейных отношений и др.

В период внедрения рыночных отношений, реформирования здравоохранения, создания системы медицинского страхования, развития частных учреждений и практик ослаблено внимание к профилактике, к программам формирования здорового образа жизни. Вместе с тем именно они призваны стать основой государственной социальной политики, в том числе деятельности органов и учреждений социального медицинского страхования, и найти соответствующее место в работе муниципальных, частных, общественных и других организаций и учреждений. Программы формирования здорового образа жизни и профилактики, как показывает опыт других стран, особенно с так называемой страховой медициной (Германия, Франция и др.), заняли приоритетное место и получили соответствующую финансовую поддержку. Это положительно сказалось на показателях здоровья населения. Такие программы (федеральные, регионарные, местные, учреждений, предприятий, ведомств всех форм собственности) должны найти приоритетное место в планах и их деятельности; они должны быть включены в программы государственных гарантий бесплатной доступной и квалифицированной медицинской помощи.

Существенным препятствием для успешного формирования здорового образа жизни остается низкая медицинская культура значительной части населения. Это свидетельствует о невысокой общей культуре, так как гигиеническая грамотность и культура - часть общей культуры и образованности людей. Есть обоснованные предложения включать в учебные программы и планы всех учебных заведений преподавание основ гигиенического воспитания, формирования здорового образа жизни. Это, прежде всего, относится к медицинским учебным заведениям, о чем неоднократно говорилось в официальных документах. С 1987 г. при некоторых институтах усовершенствования врачей стали создаваться кафедры и курсы формирования здорового образа жизни - валеологии, санологии. Они обучают врачей формированию здорового образа жизни.

При обследовании нескольких тысяч респондентов 64% несвоевременно обращались к врачам при заболеваниях, нечетко выполняли профилактические рекомендации. Значение физкультуры для здоровья признают все опрошенные, а занимаются ею не более 8-10%; 60% воспитателей дошкольных учреждений не считают нужной выработку гигиенических навыков самообслуживания у детей; 60% учителей школ не считают своей обязанностью говорить детям об алкоголе и его вреде, а 90% вообще не знают об

алкоголизме среди школьников. Исследования последних лет указывают на то, что 40% респондентов не знают о наличии у них гипертонии, а 15-20%, знающих об этом, не принимают никаких мер ее профилактики и лечения. До 40% рабочих и служащих не являются на профилактические осмотры на предприятиях, хотя среди них не менее трети имеют хронические заболевания. Низкая медицинская активность нередка и среди родителей, которые подчас преувеличивают свои гигиенические знания. Так, по одному из обследований установлено, что 95% родителей считали, что обладают достаточными знаниями по профилактике детских заболеваний, но необходимой информацией располагали не более 40% родителей.

Значение здорового образа жизни и его формирования признает и ВОЗ: «К концу 70-х годов стало ясно, что борьбу за здоровье нужно вести по-новому. Здоровье населения должно стать заботой всех секторов. Общественность необходимо было информировать о том, что такое здоровый образ жизни...».

В формировании здорового образа жизни проблемой остается слабая мотивация его необходимости у населения. По ряду исследований оказывается, что гораздо большее внимание респонденты уделяют отдельным его факторам, таким как питание, а не всему комплексу мер по его реализации, начиная с гигиенической гимнастики, соблюдению режима дня и др. Пока очень неубедительно звучат призывы вести здоровый образ жизни без доказательства его решающего влияния на улучшение показателей здоровья на конкретных примерах. Именно в этом деле первостепенная роль должна принадлежать практическим врачам и в первую очередь - самой массовой медицинской организации - ПМСП.

### **2.1.5.5. Санология-валеология и некоторые концепции формирования здоровья**

Определение и оценка индивидуального, группового, популяционного, общественного здоровья в основном идет от противного - его отсутствия степени выраженности и распространения заболеваний, физических и психических дефектов, т.е. от патологии и ее структуры; подлинных критериев и соответствующих показателей, оценок здоровья практически нет. В 60-х годах был предложен так называемый индекс здоровья, рассчитываемый процентами обращений за медицинской помощью в определенный период (год и др.). Этот показатель был встречен в штыки, как необычный, нетрадиционный, но в дальнейшем его стали применять, хотя его до сих пор нет в официальном списке показателей здоровья. В соответствующих разделах учебника были названы и другие показатели, претендующие на оценку здоровья - потенциал общественного здоровья, индекс здорового образа жизни, количество здоровья, обычно относимые к попыткам измерения здоровья на социологическом уровне. Подобная ситуация не случайна. До сих пор медицина по существу остается наукой о болезнях и практикой их лечения и предупреждения, т.е. **наукой патологии и врачеванием**. Вместе с тем назначение медицины - не только и даже не столько лечение, сколько недопущение, профилактика заболеваний, сохранение и укрепление здоровья. На это обстоятельство указывали медики и мыслители в далеком прошлом. Медицина

преуспела в выполнении второй обязанности и отстала в исполнении первой, т.е. отстала в создании и развитии санологии.

Термин «санология» (предложенный в 70-х годах Ю.П. Лисицыным) образован от *sanitas* (лат.) - здоровье. **Санология** - *учение о здоровье, точнее, о здоровье здоровых, его охране, укреплении и умножении (воспроизводстве)*. К понятию «санология» близко понятие «валеология», предложенное И.И. Брехманом в 80-х годах в его статьях и в книге «Введение в валеологию» (1987). Термин «валеология» распространен больше, чем «санология»; даже первые курсы, кафедры науки о здоровье чаще связывают с этим термином. Мы рассматривали оба термина как равнозначные, хотя есть семантическое различие между ними. Валеология больше относится к понятию индивидуального здоровья. Это толкование нашло поддержку и развитие, т.е. валеология нередко рассматривается как наука об индивидуальном здоровье, а санология - как учение об общественном, групповом, популяционном здоровье. Индивидуальное здоровье не может характеризоваться показателями окружающей среды, ведь заболевание может возникнуть не только вследствие воздействия факторов внешней среды, но и по причине снижения резервов здоровья индивида без изменения силы действующего фактора (факторов). Сторонники валеологии как науки об индивидуальном здоровье считают ее объектом здорового человека и человека в состоянии предболезни - в «третьем состоянии»; назначение валеологии - сохранение и укрепление здоровья индивидуума посредством расширения его возможностей приспособиться к изменяющимся факторам среды, совершенствования механизмов здоровья.

Можно согласиться с указанной трактовкой валеологии, а санологию определить как учение об общественном здоровье, здоровье населения, цель которой - охрана и умножение здоровья здоровых. Более того, можно говорить о трех уровнях санологии - индивидуальном, групповом, популяционном. В последнее время опубликованы критические статьи о валеологии, авторы которых считают ее не наукой, а некой смесью из элементов разных наук об индивидуальном здоровье. В таких суждениях есть резон, так как здоровье человека изучают многие науки. Однако такая дифференциация допустима в методическом, структурном, классификационном аспектах, но в методологическом, общетеоретическом плане «здоровье» должно рассматриваться как диалектическая категория, как комплекс, сплав всех его аспектов и выражений, в конечном счете как именно общественное здоровье, которое нельзя сводить только к индивидуальному, только к групповому, только популяционному, **но к новому системному качеству** здоровья людей - социальных существ - общественному здоровью. Когда предлагалось наименование «санология», имелся в виду именно этот ракурс: **санология - учение об общественном здоровье - совокупном здоровье здоровых, т.е. о потенциале здоровья общества, его сохранении и умножении**. В таком толковании она обобщает все сведения, все знания, всю информацию об охране и умножении здоровья людей в индивидуальных, групповых, популяционных аспектах и данные о формировании здоровья под воздействием окружающей среды и внутренних факторов. Кстати, термин «санология» происходит от особенно часто применяемого физиологами и патофизиологами термина «саногенез». Санология использует знания о примате, эффективности профилактики индивидуальной и общественной, первичной и



вторичной (диспансеризация), о непосредственном воздействии на здоровье образа жизни, формировании здорового образа жизни, формулу (модель) обусловленности здоровья, концепцию факторов риска здоровью. По существу, санология - **общемедицинский теоретический, методологический синтетический аспект медицины**. Если патология - одна сторона, то санология - другая сторона медицины. К числу отправных положений санологии можно отнести изложенные в предыдущих разделах концепции факторов риска здоровью - модели (формулы) обусловленности здоровья, непосредственного влияния на здоровье образа жизни, приоритета профилактики и др.

#### **Отправные концепции санологии:**

- факторы риска (первичные, вторичные, большие);
- обусловленность здоровья - формулы (модели);
- непосредственное влияние на здоровье образа жизни;
- здоровый образ жизни и его формирование, роль медицинской активности;
- другие.

Здесь упомянем отношение санологии к гигиене и к обобщающей теории четырех моделей болезней. Сторонники валеологии как учения об индивидуальном здоровье считают санологию частью гигиены. Однако санология - это учение о сохранении и умножении потенциала здоровья здоровых с использованием всех средств и механизмов (экономических, организационных, социальных, психологических, медицинских и др.), а не вообще о воздействии биологических, химических, физических и других факторов внешней среды на человека, его защите от вредного воздействия среды. Этим занимается гигиена.

Среди общих теорий медицины, о которых речь впереди, большое внимание в связи с санологией привлекает **концепция четырех моделей болезней** В.М. Дильмана. Все болезни (и их отсутствие - здоровье) автор объясняет воздействием факторов риска и причин, идущих из внешней среды (экологическая модель), наследственно обусловленных (генетическая модель). Факторы этих моделей поддаются влиянию, управлению, могут быть предотвращены. Кроме этих двух моделей, имеются еще две модели как действие факторов риска, необратимых, неизбежных в силу онтогенетического и инволюционного развития организма (так называемая онтогенетическая и инволюционная модели), влияние которых возможно лишь затормозить. Именно две последние модели объясняют возможность, по мнению В.М. Дильмана, так называемых нормальных болезней, связанных с процессами индивидуального развития, физиологическими состояниями и старением (инсулинонезависимый диабет, ожирение, депрессия и др.). Если все варианты моделей возникновения и развития заболеваний имеют место, то санология должна иметь отношение не только к первым двум моделям. Во всяком случае формирование здорового образа жизни как один из главных механизмов санологии относится ко всем четырем моделям.

## РАЗДЕЛ 3. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

### 3.1. Определение понятия. Вехи истории здравоохранения

Понятие «здравоохранение» входит в понятие «медицина» как ее социальная, организационная, нормативная функция. **Здравоохранение**, таким образом, должно квалифицироваться как **общественная, социальная функция медицины и всего общества, государства**. Оно - деятельность общества, его представителей, его учреждений и организаций (политических, экономических, общественных, государственных, частных, религиозных, филантропических и др.), в том числе медицинских, по охране здоровья.

Определение медицины дает БМЭ как системы научных знаний и практической деятельности, целью которых является укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека», следовательно, ее история «восходит к самым ранним стадиям существования человека», начинается с первыми попытками человека избавиться от недуга, излечить рану, травму и т.п. Однако **здравоохранение - это социальная функция общества и медицины по охране и укреплению здоровья**. Элементы такой деятельности были уже в глубокой древности, еще до первых государств и городов, когда проявлялась забота общины, племени, рода о больных и каких-то мерах предупреждения заболеваний или повреждений. Сюда можно отнести и лечебные манипуляции.

Из человеческой общины выделялись умудренные житейским опытом старшины, шаманы, талибы, знахари, в обязанности которых входило избавление больных от страданий путем заклинаний, ритуалов, а также использования опыта народной медицины. В период матриархата забота о благополучии и здоровье перешла к женщинам, которых славяне называли «берегинями». Древние общинные традиции сказываются до сих пор в сельской местности, а в некоторых странах, например в Японии, подчас играют немаловажную роль в охране здоровья матери, ребенка, престарелых.

Когда образовывались племенные союзы, княжества, города, города-государства, управители этих сообществ уделяли внимание здоровью соплеменников и сограждан: способствовали обучению, подготовке врачей, подчас нанимали их для контроля за гигиеническими, санитарными мерами, предохраняющими от наибольшей опасности в те времена - эпидемических болезней. Религиозные общины, особенно христианские, также брали на себя заботу о «сырых, убогих», больных вплоть до устройства храмовых лечебниц. Правители, государственные власти, как правило, поддерживали церковные, монастырские больницы, а на Руси, особенно после ее крещения в конце X века, князья даже передавали монастырям и церквям средства для строительства больниц и содержания больных. Через церковь светская власть проявляла милосердие и попечительство о больных и калеках, уделяла внимание предупреждению эпидемий, наблюдала за санитарным состоянием рынков, родников и колодцев и пр.

Археологические находки свидетельствуют, что в государствах древности среди ремесленников существовали касты, кланы, школы лекарей, которых власти нередко использовали для оказания помощи бедным, для предотвращения эпидемий, санитарного контроля за состоянием рынков, колодцев, пищи и пр. Предпринимались попытки государственной регламентации деятельности медиков. Гигиенические предписания содержались не только в религиозных книгах, но и в законодательных актах светских и военных властей. Одним из древнейших памятников законодательства далекого прошлого считается базальтовый столб с нанесенными на нем клинописью текстами статей законов, приписываемых царю Ассириававилонии Хаммураппи (XVIII в. до н.э.). Несколько запретов и предписаний относится к поощрениям и наказаниям врачей за результаты медицинской помощи, при этом закон строго учитывает сословное и имущественное неравенство пациентов. Например, за успешное снятие катаракты свободный, богатый гражданин должен заплатить в 3 раза больше (3 сикля серебра), чем раб за операцию с таким же результатом. За неудачу при лечении раба с врача взыскивали штраф 1 сикль серебра, а при неудачной операции у свободного и богатого пациента медику отсекали руку.

В Спарте специальные чиновники отбирали здоровых младенцев, а больных убивали. Граждане соблюдали жесткие гигиенические требования, давали детям всестороннее физическое (спартанское) воспитание. Медицинскую службу имела римская армия. Древнегреческие города-полисы и римские города нанимали врачей и специальных санитарных чиновников для контроля за водой, санитарным благоустройством, лечением рабов, наемников. Римские акведуки - водопроводы и термы - бани свидетельствуют о высокой гигиенической культуре античных городов. Врач имел высокое общественное положение, почет. «Стоит многих воителей смелых один врачеватель искусный», - сказал Гомер в знаменитой «Илиаде». Потребность во врачах была всегда острой, и это понимали правители. Юлий Цезарь предоставлял римское гражданство всем изучающим медицину. Марк Аврелий (166- 180 гг. н. э.) обязывал города нанимать и содержать «народных врачей», особенно необходимых в годы эпидемий чумы. Этот обычай сохранился и в Византии до VIII-IX вв. Тогда же стали открывать больницы для бедных; с IV в. при христианских монастырях, затем организовали больницы в Галлии, Леоне (V в.), знаменитую больницу «Божий дом» в 661 г. в Париже.

Вплоть до XVI в. медицинское дело не входило в юрисдикцию центральной государственной власти: и устройство лечебниц, и обучение врачей в медицинских школах, в том числе в первых университетах, и даже юридическая регламентация деятельности медиков осуществлялись на локальном или региональном уровне светскими и церковными властями. Не было общенациональных служб или систем здравоохранения. Законодательные акты по здравоохранению той или иной области не распространялись на другие территории государства. То же относилось к карантинным и другим мерам санитарной защиты, вводимым с XIV в. Главная причина этого заключалась в политической раздробленности. Разве смогли создать какую-то единую организацию или службу здравоохранения постоянно враждующие между собой государства, в том числе русские феодальные княжества, хотя на их территории под

контролем князя или монастыря принимались санитарные, карантинные меры, приглашались и русские, и иностранные доктора для обслуживания князей, бояр, иногда бедных и убогих, больных и увечных воинов. Когда стало консолидироваться централизованное русское государство под властью Москвы, когда стал создаваться центральный аппарат управления государством, обязанный заботиться о благосостоянии своих подданных, в числе других органов и учреждений управления появились государственные центральные медицинские учреждения. Стали издавать соответствующие установления по медицинскому делу. Образованная указом Ивана IV так называемая Царева, или Придворная аптека (1581) выполняла функции по медицинскому обслуживанию царя, его семьи и ближних бояр. Вскоре была образована Аптекарская палата, затем Аптекарский приказ, который управлял медицинским делом в государстве. При нем организовывались необходимые службы и даже медицинские учебные заведения, на- пример, Лекарская школа (1654).

По мере государственного устройства и особенно вследствие петровских реформ конца XVII-начала XVIII в. было реорганизовано все медицинское дело. Вместо боярской приказной создана государственная администрация, в частности, Аптекарский приказ преобразован в Медицинскую канцелярию во главе с главным врачом - архиатром, создана служба военных (сухопутных и морских) госпиталей и госпитальных школ для подготовки врачей. В 1773 г. Медицинская канцелярия преобразована в Медицинскую коллегию. В городах все богоугодные, медицинские и другие учреждения перешли в ведение Приказов общественного призрения; с 1797 г. созданы врачебные управы, занимающиеся организацией медицинской службы в городах. Центральное управление с 1836 г. было сосредоточено в руках Медицинского департамента Министерства внутренних дел. Усиление государственного контроля над здравоохранением диктовалось и значительным увеличением числа профессиональных работников: так, если в начале XVIII в. в России едва насчитывалось 150 врачей, то в 1802 г. было уже 1519 врачей во всех ведомствах.

Лишь к середине XIX в. на основе элементов здравоохранения и первых опытов общественного попечения о здоровье отдельных групп населения **началось создание системы здравоохранения.**

Земская реформа 1864 г. в России охватила лишь 34 губернии, но стала важной мерой «огосударствления» здравоохранения, так как затронула организацию медицинской помощи сельскому населению, до того практически ее полностью лишенному. Реформа создала действующую структуру с участковостью, разъездной врачебной помощью, обеспечением фельдшерами, элементами бесплатности и др. Для своего времени это была весьма прогрессивная система, недоступная большинству стран. Земская система по замыслу должна была сосуществовать и сотрудничать с так называемой фабрично-заводской медициной, получившей стимул к развитию также в середине 60-х годов. Постановление 1866 г. обязывало владельцев промышленных предприятий за свой счет организовывать и содержать больницы, лечебницы из расчета 1 койка на 100 работающих. Эти и другие события в пореформенной России не могли не

сказаться и на городской медицине, где управление медицинскими, богоугодными и другими учреждениями было передано органам городского самоуправления (думам).

В России вплоть до 1917 г. не было единой общегосударственной системы здравоохранения. Делом охраны общественного здоровья занимались многие ведомства и учреждения - и общественные, государственные, и частные, и благотворительные, в их числе соответствующий департамент Министерства внутренних дел, военное ведомство, Российский Красный Крест, учреждения фабрично-заводской, земской, страховой медицины и др. Попытки Временного правительства создать общенациональный орган здравоохранения были безуспешными.

Эти реформы подготовили условия для создания общенациональной системы здравоохранения, охватывающей если не все, то значительную часть и городского, и сельского населения, в том числе некоторые так называемые национальные окраины. Общественное демократическое движение, особенно с середины XIX в., способствовало появлению страхования здоровья, организации больничных, страховых касс в России и даже специального правительственного постановления по социальному страхованию 1912 г., включающему медицинское страхование.

Примерно такая же картина имела в других странах, правда, там не было земской и фабрично-заводской медицины, как в России.

Предпринимаются попытки объединения медицинского дела, упорядочения санитарно-эпидемических и других мероприятий под эгидой светских или церковных властей. Например, в 1348 г. в Венеции учрежден Санитарный совет для руководства санитарно-полицейскими функциями и лечебной помощью бедным; в 1421 г. учреждены должности штадт-физиков в ряде городов Германии; в 1685 г. курфюрст Бранденбургский организовал медицинскую коллегия как главный медицинский орган на своей территории, в 1719 г.

Фридрих Вильгельм I учредил для этих же целей Санитарную коллегия.

Первая реформа, касающаяся всего государства и всех его медицинских учреждений, осуществлена во Франции в 1822 г. При Министерстве внутренних дел был учрежден Высший медицинский совет, а в провинциях - соответствующие комитеты и комиссии. Эта реформа и предложенная ею структура медицинского управления стали своего рода прообразом для других стран Европы, хотя они, естественно, не относились ко всему населению и не обеспечивали бесплатной или даже льготной медицинской помощью трудящихся. К этой цели буржуазной демократии пришлось идти еще очень долго в соответствии с нарастающим общественным и революционным движением. Чартистское движение в Англии (24- 30-е годы XIX в.) включало в свои требования и обеспечение трудящихся медицинской помощью. Под влиянием общественного движения и с учетом экономических интересов по сохранению рабочей силы правительство было вынуждено провести ряд реформ. В 1848 г. было учреждено Главное ведомство общественного здоровья и вскоре принят Закон об общественном здоровье, создавались санитарные советы, санитарные кодексы. Эти меры, по существу, стали первыми шагами социального

страхования, включая медицинское, коснулись затем и Германии, ставшей единой страной. Здесь в 80-90-х годах были приняты законы (так называемые законы Бисмарка) по социальному страхованию, включающие и обеспечение медицинской помощью за счет прибылей предпринимателей, взносов самих трудящихся и средств государственного бюджета.

Организованные общественные меры по охране здоровья населения, т.е. меры по здравоохранению возможны лишь в консолидированных обществах с действенной и централизованной государственной властью. Пока этого нет, здравоохранение ограничивается отдельными шагами на местном, региональном уровнях. Для здравоохранения требуется общественная организация, частью которой оно является. Отдельные меры по контролю за личной гигиеной, профилактическими обычаями в общине могут рассматриваться лишь как предпосылки истории здравоохранения.

**Здравоохранение определяется как система «социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих цель сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом».**

Первые шаги здравоохранения подтверждают правильность его определения как системы общенациональных (общегосударственных) социально-экономических и медицинских мероприятий по охране, укреплению и воспроизводству общественного здоровья. Такой широкий аспект здравоохранения не следует подменять узковедомственным пониманием организации диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных мер государственными, общественными, частными и другими учреждениями и ведомствами, в том числе соответствующими министерствами, комитетами, комиссиями и другими организациями общенационального или регионарного уровня. В этом отношении говорят о системе органов и учреждений Министерства здравоохранения. **Ведомственная система здравоохранения в такой интерпретации входит в общенациональную систему здравоохранения - систему охраны и укрепления здоровья населения, которая и составляет широкое понятие здравоохранения как функции общества, государства.** С создания таких систем здравоохранения и начинается подлинная история здравоохранения. Это происходит в разных странах преимущественно во второй половине XIX-начале XX в.

Системы здравоохранения стали возможны лишь в условиях развитого капитализма, со второй половины XIX в. Они были и остаются ограниченными - не предоставляют равноправное обеспечение медицинской помощью, а еще шире - право на охрану и улучшение здоровья каждому гражданину вне зависимости от социального статуса, национальности, пола, возраста, места жительства, цвета кожи. Все системы здравоохранения носили отпечаток интересов той или иной группы населения, партии, отражали экономические, социальные и политические стремления части общества.

Против этой политической, социальной дискриминации направлены прогрессивные, революционные движения народа и особенно трудящихся под предводительством социал-демократических, рабочих партий. Социальные революции наряду с

репрессиями, якобинством и другими отрицательными явлениями помогали расчистить путь к созданию всенародного здравоохранения, к охране общественного здоровья как функции общества. Наиболее яркий пример этому - Французская буржуазно-демократическая революция 1789-1794 гг.

Это историческое событие поставило вопрос о здоровье всех граждан республики и об ответственности государства за здоровье народа в духе основного документа - «Декларации о правах человека». В декларации и во всех других декретах и решениях, касающихся политического статуса и социально-экономических прав граждан, здоровье населения рассматривалось как национальное богатство. Были приняты многие законы, касающиеся укрепления и развития этого богатства. Поражает разносторонность подхода к укреплению и умножению общественного здоровья. Это больничные реформы, введшие демократические, гуманные принципы в организацию всего больничного дела, сделавшие их доступными для всех граждан, снявшие кандалы и смиренные рубашки с психически больных, вырвавшие этих больных из рук инквизиции и реакционной юриспруденции. В эти же годы медицинские школы в Париже, Страсбурге, Монпелье и других городах были преобразованы в школы здоровья, в них и других учебных учреждениях открыты кафедры гигиены, и одна из них даже стала называться кафедрой социальной гигиены. Научные общества, прежде всего Анатомическое и Фармацевтическое (1803), положили начало таким обществам в других городах Франции и за ее пределами, например, Обществу соревнования врачебных и физических наук при Московском университете (1804). Реформы коснулись и лечения инфекционных больных, родовспоможения. Повсеместно стали создавать приюты за государственный счет и воспитательные дома (более 300), был принят декрет о внебрачных детях.

Национально-освободительное, революционное движение, утвердившее роль растущей буржуазии, способствовало консолидации государственных образований, органы управления которыми в число своих обязанностей не могли не включать требования страхования здоровья - медицинской помощи за счет не только самих работающих, но и предпринимателей, а также государства. Созревали условия для создания национальных систем и служб здравоохранения. В 60-х годах реализуются международные меры борьбы с инфекционными, главным образом карантинными болезнями. В 1861 г. в Александрии был учрежден первый Международный карантинный совет, открывший путь другим международным медицинским организациям.

В декабре 1948 г. ООН приняла «Всеобщую декларацию прав человека». Наряду с гуманными, демократическими правами этот документ в ст. 25 констатирует: «1. Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обслуживание на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам. 2. Материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой».

По существу «Всеобщую декларацию прав человека» как наказ просвещенного человечества должна была бы воплотить Октябрьская социалистическая революция. Первые декреты советской власти провозглашали социальные права и политические свободы: мир - народам, землю - крестьянам, фабрики, заводы - рабочим, власть - Советам. Мирному строительству, **созданию нового государства** мешали разруха, голод, начавшаяся гражданская война, интервенция. Из всех событий первых лет здравоохранения после 1917 г. отметим, что Центральному органу здравоохранения, каким стал медико-санитарный отдел Военно-революционного комитета, и создаваемым на местах медико-санитарным отделам Советов рабочих, крестьянских и солдатских депутатов, привлечшим на свою сторону Пролетарский Красный Крест и другие организации, удалось объединить медицинские отряды, учреждения, приступить к организации медицинской помощи раненым и больным, помощи голодающим, особенно детям. Эта работа была продолжена создаваемыми народными комиссариатами и организуемыми при них медицинскими (санитарными) коллегиями, куда входили врачи большевики и сочувствующие им. 24 января 1918 г. декретом Совета Народных Комиссаров был создан Совет врачебных коллегий во главе с А.Н. Винокуровым. Это был первый общегосударственный медицинский орган. После переезда правительства из Петрограда в Москву, на V Всероссийском съезде Советов, принявшем новую Конституцию РСФСР, 11 июля 1918 г. был учрежден Народный Комиссариат здравоохранения. Первым наркомом назначен Н.А. Семашко, его заместителем - З.П. Соловьев.

Вышли постановления и декреты, направленные на улучшение условий труда, медицинской помощи, социального страхования.

Важнейшим документом стал декрет ВЦИК от 22 декабря 1917 г. «О страховании на случай болезни», который передавал все медицинские учреждения разных ведомств больничным кассам, обязывал кассы оказывать застрахованным рабочим, служащим и членам их семей бесплатную медицинскую помощь.

При Наркомздраве на правах совещательного органа был создан Центральный медико-санитарный совет, в работе которого при обсуждении важнейших вопросов принимали участие представители рабочих организаций. В Ученый медицинский совет под председательством проф. Л.А. Тарасевича вошли известные ученые В.М. Бехтерев, Д.К. Заболотный, А.Н. Сысин, А.Н. Бах, Е.И. Марциновский, М.Н. Шатерников и др. Практически все повседневные вопросы на местах решались медико-санитарными отделами Советов.

В Программу РКП(б) был введен специальный раздел, посвященный здравоохранению, в котором подчеркивалось значение профилактического направления, проведения широких оздоровительных и санитарных мер для предупреждения заболеваний.

Этот раздел программы весьма напоминал текст соответствующей статьи «Всеобщей декларации прав человека»: борьба с массовыми болезнями и право на обслуживание в



случае нетрудоспособности, а также право на бесплатную, общедоступную медицинскую помощь, преодоление социальных болезней.

В тяжелые годы гражданской войны и военной интервенции в нашей стране создавались новые институты и лаборатории, в том числе объединение научно-исследовательских институтов санитарно-гигиенического и микробиологического профиля, а также институтов экспериментальной биологии, биохимии, туберкулеза и некоторых других - Государственный институт народного здравоохранения (ГИНЗ), который возглавил профессор Л.А. Тарасевич.

Несмотря на тяжелейшие условия, было принято Постановление СНК «Об условиях, обеспечивающих научную работу академика И.П. Павлова и его сотрудников» от 24 января 1921 г.

Посильное внимание уделялось охране здоровья матери и ребенка. В стране создавались консультации для обслуживания не только больных, но и здоровых детей, силами предприятий и общественных организаций проводились недели ребенка, недели охраны материнства и младенчества.

В 1924 г. и в последующие годы систематически проводились мероприятия, способствующие восстановлению и развитию служб здравоохранения на селе. Совет Народных Комиссаров РСФСР 30 июня 1924 г. принял Постановление «Об обеспечении медицинской помощью сельского населения», а затем ряд других постановлений.

Решению неотложных задач организации медицинской помощи сельскому населению способствовал I Съезд участковых врачей, проходивший 8-15 декабря 1925 г. В работе этого съезда принимали участие более 1000 человек.

По соглашению Наркомздрава РСФСР и ВЦСПС на предприятиях начали создаваться пункты медицинской помощи, амбулатории и стационары.

Становление и развитие советского здравоохранения в эти трудные годы задерживала нехватка врачей и другого медицинского персонала. Предстояло не только принять меры по увеличению числа специалистов, но и провести реформу медицинского образования, привлечь в учебные заведения детей рабочих и крестьянской бедноты. В 1918-1922 гг. было открыто 16 медицинских факультетов университетов.

В перестройке медицинского образования большую роль играли новые кафедры, особенно кафедры социальной гигиены, организованные с 1922 г. Особенно велика их роль во внедрении профилактических начал, развитии гигиенических дисциплин, общественных основ медицины.

К концу восстановительного периода наметились некоторые сдвиги в состоянии здоровья населения, несмотря на тяжелые условия войны и разрухи. Были ликвидированы массовые эпидемии. Сократились заболеваемость и смертность от

острозаразных болезней, в 1926 г. общая смертность снизилась до 20,3 на 1000 населения, продолжительность предстоящей жизни в 1926-1927 гг. (по Европейской части СССР) повысилась до 44 лет.

Во всех учебниках, книгах по истории здравоохранения до сих пор именно так описывались основные события первых лет советской власти. Создавалось впечатление, что революционный натиск и энтузиазм преодолели невероятные трудности и уже к следующему периоду - социалистической реконструкции важнейшие задачи здравоохранения, в том числе экономические, были решены. Однако, несмотря на действительно героические усилия по созданию советской медицины в ослабленной и разоренной стране, она еще нуждалась в определении путей своего развития в демократическом социалистическом обществе. Было приведено в порядок разрозненное медико-санитарное хозяйство, образованы центральное (Наркомздрав) и местные органы управления медицинскими службами (медико-санитарные отделы Советов рабочих, солдатских и крестьянских депутатов и т.д.). Совет Народных Комиссаров РСФСР принял декрет о передаче всей лечебной части бывших больничных касс Наркомздраву РСФСР. Однако фактически существовали две медицины, две организации - наркомздравовская государственная и страховая за счет отчислений предпринимателей. По масштабу и возможностям страховая медицина превосходила государственную. Несмотря на слияние этих двух секторов здравоохранения, средств для развития медицины не хватало. В период НЭПа было решено обложить дополнительным страховым налогом работодателей. Размер страхового взноса зависел от вредности производства и составлял в 1922 г. от 21 до 28,5% заработной платы, потом он был несколько сокращен. Из него на лечебную помощь отчислялось до 7% заработной платы; эта сумма, конечно, не покрывала даже четверти необходимых расходов. Однако и она в последующем была отменена, и все содержание здравоохранения финансировалось практически из государственного бюджета.

Забегая вперед, можно сказать, что формирование единого государственного бесплатного здравоохранения без достаточного экономического обоснования, по существу, отказа от кооперативных, концессионных и других средств, игнорирования опыта зарубежных стран, не способствовало строительству новой советской медицины. С началом пятилеток, переходом на форсированные коллективизацию и индустриализацию социальная политика была отодвинута на второй план, а вместе с ней и здравоохранение, которое стало финансироваться по остаточному принципу.

И.В. Сталин и его сподвижники, используя методы периода военного коммунизма, стали насаждать административно-командную систему, жестоко подавляя инакомыслящих.

Происходило форсированное развитие индустрии, коллективизации сельского хозяйства, экспроприации кулака (а вместе с ним и массы середняков).

Недостаточность ресурсов и финансовых средств не позволяла организовать адекватную и равноценную медицинскую помощь всему населению. Ее приоритеты распределялись в соответствии с политическими задачами.

Особое значение в этих условиях имело Постановление ЦК ВКП(б) (1929) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», предусматривающее преимущественное обеспечение медицинской помощью некоторых групп рабочих и колхозников.

С начала пятилеток активно внедрялось планирование отраслей народного хозяйства, в том числе здравоохранения. Наркомом здравоохранения РСФСР был назначен М.Ф.Владимирский. На промышленных предприятиях стали организовываться фельдшерские и врачебные здравпункты как дополнение к больницам и амбулаториям общей медицинской сети. Получила развитие диспансеризация, элементы которой осуществлялись и раньше. Однако в конце 20-х годов были допущены серьезные теоретические и практические просчеты в диспансерной работе, в значительной мере объясняемые недоучетом ограниченных возможностей материально-технической базы здравоохранения, недостатком медицинского персонала. Более того, при отсутствии необходимых условий, прежде всего, ресурсов, диспансеризация в Москве и Ленинграде была объявлена всеобщей. Однако она сводилась лишь к регистрации заболеваний и так называемых патологических поражений, в лучшем случае - к медицинским осмотрам работающих.

В связи с политикой индустриализации в промышленности особенно актуальной стала борьба с профессиональными заболеваниями и травматизмом.

II Всесоюзный съезд колхозников-ударников в 1935 г. принял новый Устав сельскохозяйственной артели, содержащий ряд пунктов по охране труда и здоровья колхозников. Возросло число сельских медицинских учреждений, в том числе здравпунктов. По примеру Украины на селе стали организовывать колхозные родильные дома.

Острой проблемой здравоохранения оставалось все еще значительное распространение инфекционных заболеваний. Первостепенную значимость имели укрепление и дальнейшее развитие санитарно-эпидемиологической службы.

19 февраля 1927 г. был принят Закон «О санитарных органах республики», 8 октября 1927 г. вышло соответствующее постановление Совета Народных Комиссаров РСФСР, согласно которым повсеместно устанавливался текущий и предупредительный санитарный контроль (новые категории и нормативы санитарных учреждений и должностей санитарных врачей).

В конце 20-х годов в стране появились новые учреждения - санитарно-эпидемиологические станции (СЭС) - форпосты борьбы с инфекционными и паразитарными болезнями. Массовое развитие центров по оздоровлению окружающей среды началось в 30-х годах.

Постановлением ЦИК и Совнаркома СССР от 23 декабря 1933 г. была создана Государственная санитарная инспекция для руководства работой органов государственной санитарной противоэпидемической службы на всей территории страны.

В эти годы можно говорить об организации служб охраны материнства и младенчества с сетью детских консультаций и поликлиник, а также женских консультаций (число которых увеличилось с 2,2 тыс. в 1928 г. до 8,6 тыс. в 1940 г.), стационаров, детских противотуберкулезных санаториев, домов ребенка и др.

Быстро увеличивалось число медицинских учреждений. В 1928 г. в них насчитывалось 247 тыс. коек, а в 1940 г. - 791 тыс. Начала создаваться медицинская и фармацевтическая промышленность, которой не было в дореволюционной России.

Потребность населения в квалифицированной медицинской помощи требовала усиления подготовки кадров врачей и других медицинских работников. В соответствующих правительственных постановлениях, вышедших в 1934 г., были намечены меры, способствующие увеличению численности медицинского персонала; срок обучения в институтах был увеличен до 5 лет.

В 1930 г. (а на Украине еще раньше) медицинские факультеты университетов, ранее находившиеся в ведении Народного комиссариата просвещения, были реорганизованы в самостоятельные институты и переданы в ведение наркомздравов союзных республик. Только в 1929-1938 гг. было организовано 24 новых медицинских института, причем большая часть открылась в городах бывших национальных окраин России. Численность врачей возросла с 70 тыс. в 1928 г. до 155,8 тыс. в 1940 г.

20 июля 1936 г. был организован Наркомздрав СССР. В ведение вновь созданного наркомата перешли республиканские наркоматы здравоохранения. Наркомом здравоохранения СССР стал Г.Н. Каминский.

VIII Чрезвычайный съезд Советов СССР 5 декабря 1936 г. принял новую Конституцию СССР.

Значительно расширена материально-техническая база медицинской науки. Среди многочисленных исследовательских институтов и лабораторий особое место занимал Всесоюзный институт экспериментальной медицины (ВИЭМ). Мировое признание многочисленных научных школ не раз демонстрировалось на международных конгрессах.

Так, на IV Международном конгрессе по борьбе с ревматизмом, состоявшемся в Москве, поддержку делегатов получила развиваемая М.П.Кончаловским и Н.Д.Стражеско концепция об аллергической природе ревматизма и большой социальной значимости этого заболевания. XV Международный конгресс физиологов, проходивший в 1935 г. в СССР, в знак особых заслуг И.П.Павлова и его школы единодушно избрал великого ученого «старейшиной физиологов мира».

Произошли изменения в основных показателях состояния здоровья населения. Были ликвидированы особо опасные эпидемические заболевания, значительно уменьшилась распространенность малярии и других инфекционных и паразитарных болезней, резко снизилась общая смертность (до 17,3 на 1000 населения в 1939 г.), возросла средняя продолжительность предстоящей жизни.

Накануне войны, несмотря на большие просчеты, необоснованные репрессии, унесшие тысячи жизней специалистов здравоохранения, ценой непомерных усилий и жертв была построена государственная система здравоохранения в соответствии с принципами здравоохранения, провозглашенными на заре советской власти, обсужденными еще на I Съезде медико-санитарных отделов в июне 1918 г. Эти принципы суть: 1) социально-профилактическое направление здравоохранения; 2) государственный характер; 3) плановое развитие, единство системы медицины; 4) активное участие населения и его организаций в охране и улучшении здоровья, в деятельности служб здравоохранения; 5) активное внедрение достижений науки в практику здравоохранения; 6) интернациональный по духу своему характер социалистического здравоохранения.

Однако эти принципы не были реализованы полностью, как не был построен социализм в нашей стране, хотя героический труд народа и деятельность медиков уже до войны создали мощную систему здравоохранения.

Национальная трагедия 30-40-х годов коснулась цвета нации, мозгового потенциала, многих выдающихся военных, людей творчества и, конечно, врачей. Нарком здравоохранения СССР Г.Н. Каминский был объявлен «врагом народа» и расстрелян 10 февраля 1938 г. Как «враги народа» были арестованы и репрессированы врач-ученый Л.Г. Левин, выдающийся кардиолог Д.Д. Плетнев.

Не перечислить всех беззаконий и фактов геноцида лучших людей, осмеливающихся выступать против произвола административно-бюрократической системы и личной власти.

\* \* \*

С этими достижениями и с этими потерями страна вступила в разрушительную войну с германским фашизмом.

Государственная система советского здравоохранения подверглась тяжелейшему испытанию в годы Великой Отечественной войны. Все службы здравоохранения были перестроены для оказания медицинской помощи раненым, быстрейшего восстановления их боеспособности, предотвращения эпидемий, обеспечения эвакуации в тыловые районы страны.

Была удачно использована и развита единая медицинская доктрина, действовала полностью себя оправдавшая система этапного лечения раненых и больных с эвакуацией по назначению, приближением квалифицированной медицинской помощи к полю боя и ее специализацией. Дивизионные медицинские пункты стали центрами основной

хирургической работы; развилась мобильная система специализированных госпиталей в армейском и фронтовом районах. Под руководством Главного военно-санитарного управления Вооруженных сил (начальник Е.И.Смирнов) выработывалась и применялась тактика военно-медицинской службы, отвечающая условиям небывалой по масштабам войны.

В тылу были мобилизованы резервы для создания системы эвакуационных госпиталей, руководство которыми возложено на Главное управление эвакогоспиталями и Госпитальный совет Наркомздрава СССР, а также на соответствующие органы на местах. При областных и краевых комитетах партии были созданы комитеты помощи по обслуживанию больных и раненых воинов, руководимые Всесоюзным комитетом. Нарком здравоохранения Г.А.Митерев был назначен уполномоченным Государственного комитета обороны по противоэпидемической работе, что позволило сосредоточить в руках единого органа все меры по предотвращению эпидемий. Во всех республиках, областях, городах и районах организовывались чрезвычайные противоэпидемические комиссии.

В оказание медицинской помощи воинам и больным самоотверженно включались население и общественные организации.

Впервые в истории массовых войн удалось предотвратить эпидемии, сравнительно быстро ликвидировать санитарные последствия войны. В строй возвращались более 72% раненых и более 90% больных солдат и офицеров.

Перед органами здравоохранения тыла, помимо оказания медицинской помощи воинам, направляемым в госпитали, встала неотложная проблема медицинского обеспечения гражданского населения и, прежде всего, рабочих оборонных предприятий. На многих крупных заводах широко развертывались медико-санитарные части, опыт организации которых имелся еще до войны; расширилась сеть здравпунктов, поликлиник, дневных и ночных санаториев (профилакториев) и др.

Многие дети потеряли родителей, были эвакуированы в тыл. Для них создавались молочные кухни, «пищевые станции», увеличилось число домов ребенка, яслей, возникли так называемые ясли на дому. Эти и другие меры спасли жизни сотен тысяч детей. В июле 1944 г. издан 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"».

Для усиления научных медицинских исследований еще во время войны (1944) была создана Академия медицинских наук СССР - штаб и центр медицинской науки, объединяющий крупнейшие исследовательские институты страны. Первым президентом Академии медицинских наук стал акад. Н.Н.Бурденко.

Война нанесла громадный ущерб народному хозяйству страны и населению. Полностью или частично было разрушено 1710 городов и поселков, более 70 000 сел и деревень.

Уничтожено и разграблено 20 000 больниц, поликлиник, санэпидстанций и других медицинских учреждений. СССР потерял в Великой Отечественной войне более 27 млн человек.

К 1950 г. разрушенная войной экономика была восстановлена. Число медицинских учреждений, больничных коек, врачей не только достигло довоенного уровня, но и значительно превзошло его. В 1950 г. в стране было 265 тыс. врачей (включая зубных) и 719,4 тыс. средних медицинских работников, работало 18,8 тыс. больничных учреждений с 1010,7 тыс. коек.

В сельской местности насчитывалось более 63 тыс. фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

\* \* \*

Избавление от кошмара истребительной войны считали началом новой, счастливой жизни. Больные, увечные, раненые ждали немедленного избавления от своих недугов. Ждали чуда, но оно не произошло. Истощенные войной ресурсы были брошены на тяжелую индустрию, оборонную промышленность, армию, из колхозов вытягивали последние силы. На горизонте появилась новая война - холодная. На социальную сферу, на обеспечение «счастливой жизни» почти не оставалось средств. По поводу развития здравоохранения было принято много постановлений, в каждом из них провозглашалось возрастание заботы о здоровье людей. Однако ассигнования были несоизмеримы с теми суммами, которые шли на другие, «престижные», отрасли народного хозяйства. Если в конце 60-х годов из бюджета на здравоохранение выделялось 6%, то спустя 30 лет - не более 4%, а в пересчете на валовой национальный продукт вплоть до 1990 г. - не более 3%. В других экономически развитых странах расходы на здравоохранение превышали затраты на приобретение потребительских товаров, составляя 10% валового национального продукта и более. Продолжалось экстенсивное развитие материально-технической базы здравоохранения, т.е. строились дешевые, плохо оборудованные лечебно-профилактические учреждения, особенно больницы, ударными темпами готовились медицинские кадры, квалификация которых все более отставала от международных стандартов. Вплоть до международной конференции по так называемой первичной медико-санитарной помощи, проходившей в 1978 г. в Алма-Ате по инициативе ВОЗ и ЮНИСЕФ, и на основе международного опыта, доказавшего приоритет в решении задач здравоохранения не стационаров, отнимающих более половины всех ассигнований, а первичных звеньев здравоохранения, доступных в каждом регионе и включающих, наряду с амбулаторно-поликлиническими учреждениями, пунктами здоровья в сельской местности, санитарно-эпидемиологические учреждения, родовспоможения, скорую и неотложную медицинскую помощь, акцент с упорством, достойным лучшего применения, делался на больницах, да еще крупнейших, многопрофильных, архидорогостоящих. Тактика здравоохранения не была сбалансирована со стратегической задачей интенсивного, повсеместного развития социально-профилактического направления медицины. Необходимость изменения

стратегии и тактики здравоохранения диктовалась также резкими, буквально на глазах одного поколения, изменениями общественного здоровья, когда на первый план вышли хронические, обычно неэпидемические болезни, которые нельзя предотвратить традиционными методами профилактики и охраны внешней среды. Неотложными стали меры по формированию здорового образа жизни как наиболее действенного способа борьбы с хронической патологией.

Продолжали провозглашаться лозунги о выдающихся победах и достижениях, а на самом деле то, ради чего существует здравоохранение, т.е. улучшение общественного здоровья и качества медицинской помощи, заметно не менялось, более того, увеличилась смертность мужчин трудоспособного возраста, сократилась средняя продолжительность предстоящей жизни, не снижалась младенческая смертность, возросла частота нейропсихических заболеваний, алкоголизма, наркоманий.

Выступая на XIX Всесоюзной конференции КПСС (июль 1988 г.), министр здравоохранения Е.И.Чазов с болью говорил: «Хочу сослаться на прошлое, потому что никогда нельзя повторять его ошибки. Мы гордились системой охраны здоровья народа. Но молчали о том, что по уровню детской смертности находимся на 50-м месте в мире после Маврикия и Барбадоса. Мы гордились, что у нас больше, чем в любой другой стране мира, врачей, больниц, но молчали, что по средней продолжительности предстоящей жизни занимаем 35-е место в мире».

С 1948 г. при министре здравоохранения СССР Е.И.Смирнове осуществилась реформа, направленная на перестройку структуры организации здравоохранения, предусматривалось объединение больниц и поликлиник, создание в районах так называемых центральных (ЦРБ) и просто объединенных (номерных) больниц, а также изменение подчиненности санитарно-эпидемиологической службы, согласно которой районные СЭС становились самостоятельными учреждениями. В последующем вся служба санэпиднадзора стала самостоятельной, была выделена из подчинения Минздраву.

В 70-х годах проводился эксперимент по усилению экономической самостоятельности органов и учреждений здравоохранения, в частности, позволяющий главным врачам более свободно оперировать финансовыми средствами по смете лечебно-профилактических учреждений. Этот ограниченный по масштабам эксперимент стал предтечей введения нового хозяйственного механизма (НХМ), развивающего хозрасчетные отношения, устанавливающего новые экономические принципы распределения средств (не на учреждения, а в расчете на жителей территорий); усиливающего экономическую самостоятельность регионов и районов; разрешающего платные медицинские услуги; обязывающего определять заработную плату по количеству и качеству труда медиков. НХМ вызвал изменения в структуре органов управления лечебно-профилактическими учреждениями, в частности, создание в ряде регионов так называемых территориальных медицинских объединений.



В 50-е годы давали знать рецидивы культа личности, плоды догматической идеологии и политизации науки, техники, в том числе медицины. В начале 50-х годов страна испытала шок от так называемого дела врачей. Была арестована большая группа виднейших врачей (профессора М.С. Вовси, В.Н. Виноградов, М.В. Коган, Б.Б. Коган, Б.В. Егоров, В.Х. Василенко и др.). Как и следовало ожидать, обвинения во вредительской, шпионской деятельности оказались ложными и сфальсифицированными.

В последующем были попытки провести ряд реформ в здравоохранении. В 60-70-х годах при министрах здравоохранения С.В.Курашове и Б.В.Петровском сделаны первые шаги по направлению к интенсивному развитию отрасли. Предполагались преимущественное развитие так называемых первичных звеньев - амбулаторно-поликлинических учреждений и строительство крупных многопрофильных больниц (на 1000 коек и более), первичная специализация по основным профилям на вузовском этапе медицинского образования (интернатура).

Было принято несколько постановлений ЦК КПСС и Совмина, касающихся здравоохранения. Постановление о развитии здравоохранения в XIII пятилетке и на перспективу до 2000 г. (1987) исходило из необходимости кардинального повышения уровня общественного здоровья и радикальной реформы системы здравоохранения, усиления его социально-профилактического направления и укрепления материально-экономической базы.

Без мощной материально-технической базы здравоохранения и медицинской науки невозможно достичь современного уровня охраны и улучшения здоровья народа. В СССР к началу 90-х годов было действительно больше, чем где бы то ни было, больничных коек (более 3,6 млн), подготовлено более 1,3 млн врачей, созданы сотни институтов. Но дело не в экстенсивном пути, доставшемся нам от прошлого, когда всего не хватало и надо было готовить всего как можно больше. В современном обществе успех зависит от качества, передовых технологий, интенсивных методов, основанных на научных достижениях. Предстоит достижение нового качества общества, нового мышления, новой стратегии и тактики здравоохранения, эффективных технологий.

Начавшаяся перестройка как преодоление негативных, антидемократических, догматических, процессов, мешающих интенсивному экономическому и социальному развитию во имя свободы и благополучия народа, пока не дала ожидаемых результатов. Единое, мощное индустриальное государство, в котором, как утверждалось, сформировалась «историческая общность - советский народ», распалось; союз независимых государств из бывших республик (СНГ) не в состоянии заменить великую державу. Несмотря на ряд демократических преобразований и попытки перехода на новые экономические (рыночные) отношения, усилились негативные социально-экономические явления (сокращение общественного производства, растущая безработица, ухудшение питания, жилищных и других социально-бытовых условий для большинства населения и др.). Резко усилился остаточный принцип финансирования здравоохранения, замедлилось развитие его служб, до грани финансового кризиса доведены медицинская наука и образование, упал уровень здоровья населения.

Смертность с 90-х годов существенно превышает рождаемость, возросла инфекционная заболеваемость, не увеличилась, как в других странах средняя продолжительность предстоящей жизни и т.п.

Для преодоления этих негативных явлений предпринимаются попытки реформирования здравоохранения. Введение медицинского страхования к 2000 г. собрало до 1/3 всех средств на здравоохранение. Вместо единственно государственной, бюджетной системы здравоохранения создается общественная система здравоохранения, которая должна интегрировать государственные - бюджетные, страховые, частные и другие виды учреждений и служб здравоохранения.

Годы так называемой перестройки социально-экономической системы страны, ознаменовавшиеся распадом СССР, отделением от него бывших союзных республик, ставших самостоятельными государствами, как сказано, больно сказались на состоянии здравоохранения, его материально-технической базе, здоровье населения. Лишь к концу XX - началу XXI столетия появились позитивные перемены - восстановление в Российской Федерации деятельности ЛПУ, их обеспечение современной техникой и медикаментами; недавнее решение об укреплении первичной медико-санитарной помощи, прежде всего амбулаторно-поликлинических учреждений, повышение заработной платы участковым врачам-терапевтам и педиатрам, их помощникам и медицинским сестрам, работникам скорой медицинской помощи.

В числе других национальных проектов по инициативе Президента РФ В.В. Путина дополнительно определен проект «Здоровье». Он направлен на укрепление первичного звена медицинской помощи, совершенствование профилактики, пропаганду здорового образа жизни, увеличение объема и качества высокотехнологичных видов медицинской помощи, меры по повышению квалификации медицинских работников. Есть надежда, что этот проект, а также другие организационные и экономические меры самым существенным образом уже в ближайшие годы повысят уровень здоровья населения, помогут сократить отставание отечественного здравоохранения от экономических стран.

### **3.2. Основные принципы развития национального здравоохранения. Социально-профилактическое направление охраны здоровья населения**

Здравоохранение развивалось не хаотически, а в соответствии с наиболее рациональными социально-экономическим и политическим условиями и потребностями охраны и укрепления здоровья населения и его отдельных групп, т.е. в соответствии с определенными предпосылками, исходными позициями, характерными для каждого периода, - определенными теоретическими и организационными принципами.

Уже на I Съезде медико-санитарных отделов в июне 1918 г. были обсуждены и приняты принципы здравоохранения нового общества: государственный характер, плановое развитие, единство, санитарная самодеятельность населения - его активное

участие в здравоохранении и, прежде всего, профилактическое направление. Эти основные принципы считались теоретическим и организационным базисом и своего рода вектором развития здравоохранения в советский период. Опыт показал, что они имеют прямое отношение к здравоохранению не только в нашей стране, но и во многом в любой другой стране.

Это подтвердило коллективное решение Всемирной ассамблеи ВОЗ в 1970 г. Ассамблея по инициативе делегации нашей страны приняла резолюцию, обобщившую опыт строительства здравоохранения в СССР и ряде других стран, «Основные принципы развития национального здравоохранения». Приводим ее текст с некоторыми сокращениями.

1. Провозглашение ответственности государства, общества за охрану здоровья...
2. Организация рациональной подготовки национальных кадров здравоохранения и осознание всеми медицинскими работниками своей высокой социальной ответственности перед обществом...
3. Развитие здравоохранения в первую очередь на основе широкого проведения мер, направленных на развитие общественной и индивидуальной профилактики...
4. Обеспечение всему населению страны наивысшего возможного уровня квалифицированной, общедоступной профилактической и лечебной помощи.
5. Широкое использование в каждой стране достижений медицинской науки и практики здравоохранения.
6. Санитарное просвещение и привлечение к участию в проведении всех программ широких кругов населения, являющееся выражением личной и коллективной ответственности всех членов общества за охрану здоровья людей.

Главные исходные позиции - государственная, общественная ответственность за охрану и укрепление здоровья, профилактическая направленность, участие населения в здравоохранении сохраняют свое значение до сих пор. Вместе с тем в жизни нашего общества происходят новые процессы, которые не отменяют, а дополняют и реформируют прежние принципы. Это:

1. Ответственность общества и государства за охрану и укрепление здоровья населения, создание общественной системы, интегрирующей деятельность учреждений и организаций всех форм собственности, всех форм и структур (государственных, муниципальных, частных, страховых и др.), гарантирующей охрану и укрепление здоровья населения.
2. Обеспечение со стороны государства и общества всех граждан общедоступной квалифицированной медицинской помощью, бесплатной по ее основным видам.

3. Сохранение и развитие социально-профилактического направления охраны и укрепления здоровья на основе санитарно-гигиенических, противозидемических, общественных и индивидуальных мер, формирования здорового образа жизни, охраны и воспроизводства здоровья здоровых - санологии (валеологии).

4. Личная (персональная) ответственность за свое здоровье и здоровье окружающих.

5. Интеграция охраны здоровья в комплексе мер (программ) по защите, охране окружающей среды, экологической политике, демографической политике, ресурсосберегательной, ресурсоохранной политике.

6. Сохранение и развитие планирования (программирования) в соответствии с целями (целевое планирование) и задачами развития общества и государства, стратегии здравоохранения как отрасли государства и функции общества.

7. Интеграция науки и практики здравоохранения. Использование достижений науки в практике здравоохранения.

8. Развитие медицинской самодеятельности - участия населения в охране здоровья.

9. Охрана и улучшение здоровья как интернациональная задача, глобальная проблема, сфера международного сотрудничества.

10. Гуманизм медицинской профессии, соблюдение норм и правил врачебной этики и медицинской деонтологии.

Из всех перечисленных принципов главным остается **профилактика**, о которой скажем дополнительно.

**Профилактика** в медицине - широкая и разносторонняя сфера деятельности, относящаяся к выявлению причин заболеваний и повреждений, их искоренению или ослаблению у отдельных людей, их групп и всего населения. Выделяют **индивидуальную (личную) и общественную профилактику**. В зависимости от объекта приложения профилактических мер говорят о **первичной профилактике**, когда меры направлены на непосредственную причину заболевания или повреждения, и о **вторичной профилактике** в случаях воздействия на условия и факторы, способствующие развитию уже возникшего заболевания или повреждения.

Меры и первичной, и вторичной профилактики самые разнообразные: медицинские, психологические, биологические, гигиенические (вакцинация, соблюдение режима труда, отдыха, рациональное питание, физическая активность, преодоление вредных привычек и др.), социальные, социально-экономические.

Наиболее демонстративным примером первичной профилактики являются санитарно-гигиенические и эпидемиологические мероприятия, иммунизация, вакцинация как средства предупреждения инфекционных заболеваний. Первостепенное значение для

первичной профилактики приобретает концепция образа жизни, которая определяет пути предупреждения, прежде всего, хронических неэпидемических заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных, нейропсихических и др.), генез которых во многом связан с курением, злоупотреблением алкоголем, гиподинамией, нерациональным питанием, психоэмоциональными стрессами.

Выделение первичной и вторичной профилактики соответствует и двум аспектам социально-профилактического направления охраны здоровья населения - социально-экономическим мероприятиям и медицинским. Такое разделение условно, но профилактическое направление нельзя сводить лишь к отдельным гигиеническим мероприятиям - к кампании по вакцинации, по оздоровлению внешней среды, соблюдению санитарного законодательства и др.

Профилактическое направление заключается, по словам Н.А. Семашко, в заботе общества о здоровье населения, **путем осуществления социально-экономических мероприятий по улучшению, пре- образованию условий труда, быта, самого образа жизни населения, направленных на охрану здоровья населения, предупреждение причин и факторов риска заболеваний и повреждений, на осуществление определенной социальной политики.**

В таком широком аспекте профилактика превращается в социально-профилактическое направление в деле охраны и улучшения здоровья народа, включающее в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические, т.е. специфические для здравоохранения, профессиональные меры и социально-экономические, осуществляемые не только системой (службой) здравоохранения, но и всем обществом, всем государственным аппаратом, его органами и учреждениями. Такое направление становится основой стратегии проведения *социальной политики в охране и укреплении здоровья населения*. Его значение усиливается в современный период экологического кризиса, в период перестройки и коренных реформ в экономике, политике, образе жизни.

*Социально-профилактическое направление здравоохранения означает осуществление комплекса социально-экономических и медицинских мер, обращенных на предотвращение и искоренение причин возникновения и развития заболеваний, создание наиболее благоприятных условий для охраны и укрепления здоровья.*

Подчеркивая значение общественной, государственной систем здравоохранения в развитии профилактического направления, Н.А. Семашко, З.П. Соловьев и их соратники указывали, что оно не сводится к мерам индивидуальной санитарно-технической профилактики, примером которой может быть соблюдение правил антисептики и асептики, обработки рук хирурга перед операцией и т.п. Нередко приходилось разъяснять это положение ряду известных клиницистов того времени.

Нельзя было сводить профилактическое направление и к исключительно медицинским мерам борьбы с рядом заболеваний, прежде всего инфекционных. Однако

именно так понимали профилактику многие клиницисты. Не случайно совокупность мер по борьбе с инфекционными заболеваниями, включая кампанию вакцинаций, получила в прошлом наименование «профилактической», или «превентивной» медицины в противоположность медицине лечебной. Еще в 1927 г. в докладе «Вопросы профилактики в преподавании клинических дисциплин» З.П. Соловьев отмечал, что у некоторых ведущих клиницистов не было четкого представления о задачах в области профилактики, что они не понимают и извращают идеи общественной профилактики, сводя ее к техническим, санитарным мерам и приемам. «Нельзя, - говорил З.П. Соловьев, - сводить профилактику только к работе санитарного врача, санитарной организации, это вернуло бы нас к земской медицине». Профилактика - это разносторонняя деятельность, направленная на оздоровление внешней среды, условий жизни. Это, прежде всего, широкое развитие методов социальной помощи в самых разнообразных ее формах и проявлениях».

Профилактическое направление, полностью себя оправдывающее в борьбе с так называемыми социальными болезнями, эпидемическими заболеваниями, внедрялось в работу всех лечебных учреждений, перед которыми были поставлены задачи оздоровления условий труда и быта, проведения диспансеризации, профилактических осмотров и других мер. В числе первых клиницистов, признавших профилактическое направление, диспансеризацию, важность изучения этиологических факторов внешней среды, условий труда, быта, роли социальных воздействий, трудового прогноза, выявления и устранения ранних, начальных форм заболевания и других аспектов профилактики, были терапевты М.П. Кончаловский, Г.Ф. Ланг, педиатр А.А. Кисель, хирурги Н.Н. Бурденко, А.В. Вишневский и др. Подчеркивая значение профилактики в клинике, М.П. Кончаловский говорил: «... если конечной задачей клиники является предупреждение болезней, то профилактические задачи могут быть разрешены лишь глубоким знанием этиологии в широком смысле, изучением как эндогенных факторов (наследственность и пр.), так, главным образом, экзогенных факторов, т.е. той среды, которая окружает больного. В сферу последнего изучения входят социально-бытовые факторы, а также те вредности, которые связаны с неблагоприятными условиями труда».

За рубежом идеи индивидуальной профилактики заболеваний в последние годы все больше подкрепляются высказываниями о роли социальных факторов, значении общественных мер и программ предупреждения болезней. Становятся практикой отдельные программы профилактики не только инфекционных, но и незаразных, хронических заболеваний.

На Всемирных ассамблеях ВОЗ неоднократно обсуждались профилактические программы, специальное внимание уделялось связи профилактической и клинической медицины, говорилось о выработке новой стратегии здравоохранения для большинства стран мира на основе развития профилактики, интеграции профилактических служб со всей системой здравоохранения.

Значение профилактической направленности медицины подчеркнула Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате (1978). На

конференции Генеральный директор ВОЗ Х. Маллер говорил, что успехи Советского Союза в создании всеобъемлющей системы здравоохранения в немалой степени обусловлены тем вниманием, которое уделялось ее профилактическим аспектам.

В книге, посвященной здравоохранению в Советском Союзе, известный историк медицины Г.Э.Сигерист писал: «То, что происходит в Советском Союзе сегодня, - начало нового периода в истории медицины. Все, что было достигнуто до сих пор за 5 тысяч лет истории медицины, является только первой эпохой - периодом лечебной медицины. Теперь новая эра, период профилактической медицины, началась в Советском Союзе».

Исследователь развития здравоохранения, основатель и редактор журнала, освещающего проблемы профилактики, М. Террис определил профилактическое направление медицины как решающее условие успехов здравоохранения в период, который он назвал первой эпидемиологической революцией, связанной с преодолением массовых, главным образом инфекционных заболеваний.

Другой аспект профилактики - медицинские профилактические меры. Профилактическая работа обязательна для всех медицинских учреждений. Идеи профилактики завоевывают умы наших зарубежных коллег, вызывают растущее внимание международных организаций, в том числе ВОЗ. «Профилактика может и должна пронизывать любой вид деятельности в области медицины», - подчеркивают эксперты ВОЗ. Профилактика выражается в контроле за соблюдением гигиенических норм на промышленных предприятиях, в быту, в городе, деревне, в охране труда, атмосферного воздуха, почвы, водоемов, продуктов питания, проведении массовых и индивидуальных профилактических прививок, осуществлении многих других санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий, соблюдении предельно допустимых концентраций (ПДК) веществ, загрязняющих атмосферный воздух, почву, водоемы, продукты питания и предельно допустимых уровней (ПДУ). Мероприятия по охране, оздоровлению внешней среды, соблюдению гигиенических норм и требований обязательны для всех организаций и учреждений, предусмотрены государственным законодательством. Санитарное законодательство дополняется новыми положениями, направленными на улучшение охраны труда, оздоровление внешней среды, микроклимата предприятий и учреждений, новыми правовыми регламентами и положениями.

Санитарное дело и гигиенические меры сами являются профилактикой. Профилактика в лечебном деле - наиболее трудная сфера профилактики. Нередко работники больниц, поликлиник лишь говорят о профилактической деятельности, даже (например, в поликлиниках) вводят специальные профилактические дни, отчитываются о проценте посещений с профилактическими целями, но на практике не проводят такую работу. Разделение лечебной и профилактической работы, количественная оценка профилактики в процентах - это омертвление профилактики, забвение ее сущности, бюрократическая отписка. Профилактика в работе практического врача, клинициста - это синтез лечебных и собственно профилактических, гигиенических и других мер. Она должна быть постоянной заботой врача, образно говоря, она начинается в его голове с психологической установки.

Пока этой заботы нет, профилактика останется декларацией или, того хуже, профанацией. Так и произошло. Как справедливо говорил акад. Е.И.Чазов на I Всесоюзном съезде врачей (1988), профилактика, «сыгравшая большую роль на первом этапе здравоохранения в борьбе с эпидемиями, постепенно обросла пустыми декларациями, общими лозунгами и благими пожеланиями, на деле перестала быть основным методом активной борьбы за сохранение здоровья народа». Сегодня осуществление профилактики в системе здравоохранения зависит, прежде всего, от наиболее массовой медицинской организации - первичной медико-социальной помощи (ПМСП), первичных звеньев здравоохранения.

Главной фигурой профилактики становится участковый врач и особенно врач общей практики, семейный врач. Знание условий и образа жизни пациентов и их семей позволяет конкретно заниматься профилактикой и гигиеническим воспитанием.

Основным методом профилактики считается **диспансеризация**.

Н.А. Семашко называл этот метод ведущим в осуществлении синтеза профилактики и лечения. Сегодня лишь примерно десятая часть больных и столько же здоровых охвачены диспансеризацией. В 1984 г. была поставлена нереальная задача осуществления ежегодной диспансеризации всего населения, которая в основном должна быть завершена в 1995 г.

Нередко диспансеризацией считают профилактические осмотры. На самом деле под диспансеризацией следует понимать комплекс различных диагностических, лечебных, собственно профилактических и социальных мер. К ним относятся активное систематическое наблюдение за состоянием здоровья, выявление ранних форм заболеваний, своевременное направление больных на лечение, проведение профилактических мероприятий по предотвращению возникновения или развития заболеваний вплоть до перевода заболевших на другую работу, изменение условий труда и быта и др. При активном наблюдении, которое мы рассматриваем как ведущий момент диспансеризации, врачи и другой медицинский персонал посещают пациентов, вызывают их на консультации в медицинские учреждения, ведут контроль за систематическим обследованием и своевременным принятием профилактических и лечебных мер.

Этот метод, как и вообще профилактические меры, должен находить полное отражение в работе врачей на участках как синтез лечебного и профилактического начала. Участковый метод распространен на всей территории страны. Он означает, что территория городов и сельских мест разделена на врачебные участки. В городах на территории участка на одного терапевта приходится не более 2000 человек, на педиатрических участках - 700-800 детей. На промышленных предприятиях существуют так называемые цеховые участки. Величина цехового участка различна в зависимости от условий труда; один врач обслуживает от 600 до 2000 работающих. Участковые врачи не только занимаются лечением, но выполняют ряд профилактических обязанностей,



наиболее полно профилактическая работа должна выполняться врачом общей практики и семейным врачом.

Профилактика выполняется также в гигиеническом воспитании и санитарном просвещении. Ими обязаны заниматься все медицинские работники (беседы на приеме в поликлинике, у постели больного в стационаре, в семье, патронажные посещения медицинскими работниками семей и др.). В клубах жилищных управлений, на предприятиях демонстрируются специальные кинофильмы, организуются передачи по радио и телевидению.

В последние годы пересмотрена направленность всей системы санитарного просвещения и соответственно этому его организационная структура. Акцент просвещения, информации перенесен на различные формы гигиенического воспитания, начиная с детей раннего возраста, которым прививают гигиенические навыки. В основу воспитания положена концепция формирования здорового образа жизни, которая должна находить конкретное воплощение в различных гигиенических, профилактических программах. Соответственно изменена организация санитарного просвещения: на базе бывших домов санитарного просвещения открываются центры медицинской профилактики. Центральный институт санитарного просвещения, который был преобразован в Институт медицинских проблем здорового образа жизни, передал свои функции Научно-исследовательскому центру медицинских проблем формирования здоровья. Активно работает с Центром профилактики Минздрава, координируя профилактические программы, в том числе программы профилактики неэпидемических хронических заболеваний. Министерством здравоохранения определены меры по усилению деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике; была установлена новая структура учреждений формирования здорового образа жизни системы здравоохранения, включая центры здоровья и медицинской профилактики, а также врачебно-физкультурные диспансеры, кабинеты здорового образа жизни отделения профилактики поликлиник, кабинеты санитарного просвещения, университеты, институты или школы здоровья и т.д.

Профилактическое направление в медицине имеет прямое отношение к научным исследованиям, в том числе фундаментальным, и всей системе медицинского образования - гигиеническим, профилактическим и другим дисциплинам.

Профилактика стимулировала создание новых комплексных направлений, связанных с лечением и предупреждением не только соматических, но и психических заболеваний, - психогигиены, психопрофилактики. В медицинской науке и системе образования первостепенное значение для профилактики имеют концепции этиологии заболеваний, доктрина о первостепенной роли внешней природной и социальной среды в происхождении заболеваний, о необходимости раннего выявления причин болезней для своевременного их устранения. И.П. Павлов говорил: «...разве обыкновенно причины болезни не закрадываются и не начинают действовать в организме раньше, чем больной делается объектом медицинского внимания? А знание причин, конечно,

существеннейшее дело медицины. Во-первых, только зная причину, можно метко устремляться против нее, а во-вторых, - и это еще важнее, - можно не допустить ее до действия, до вторжения в организм. Только познав все причины болезней, настоящая медицина превращается в медицину будущего, т.е. в гигиену в широком смысле слова». Развитию профилактики способствовало возникновение учения о так называемых преморбидных (или донозологических), т.е. предшествующих развитию заболеваний состояниях.

В системе медицинского образования и в организации научных исследований в нашей стране представлены факультеты профилактики с комплексом гигиенических кафедр и кафедры общественного здоровья и здравоохранения, эпидемиологии во всех медицинских вузах, многих научно-исследовательских институтах.

### **3.3. Системы и формы здравоохранения**

Современные системы здравоохранения можно условно разделить на 3 группы:

- преимущественно государственная (общественная система), наиболее демонстративно представленная в Великобритании;

- преимущественно страховая система, наиболее полно и четко представленная в Германии, Франции;

- преимущественно частная система, наиболее характерная для здравоохранения в США.

Во многих государствах существуют и развиваются смешанные системы и различные организационные формы. Так, в Италии, Норвегии, Бельгии, Канаде большая часть всех средств на здравоохранение поступает из государственного бюджета или, кроме того, из региональных, общественных средств, формируемых за счет обязательных налогов с населения и предпринимателей. В России, несмотря на введение обязательного, социального медицинского страхования и создание общественной модели здравоохранения с бюджетно-страховой медициной, большая часть средств поступает из государственного бюджета и ресурсов субъектов Федерации.

Современные системы здравоохранения лишь «преимущественные», так как нигде нет «чистой» системы, без элементов других систем. Например, во всех странах с государственной системой здравоохранения имеются частные организации и учреждения, осуществляющие добровольное, частное медицинское страхование. В странах с частной и страховой медициной есть государственные, бюджетные учреждения здравоохранения. Мы отмечаем преобладание того или иного источника обеспечения всего населения или большинства жителей. В частности, трудно найти развивающуюся страну с преимущественным представителем одной системы здравоохранения для всего населения или его большей части. Многие жители большинства стран мира не

имеют возможности пользоваться современной квалифицированной медицинской помощью. Правительства не в состоянии предоставить бесплатную медицинскую помощь всем, а значительная часть жителей не может купить медицинские услуги из-за бедности. В этих странах наряду с государственными секторами (учреждениями) здравоохранения имеются частные, внебюджетные медицинские учреждения, которыми пользуются состоятельные граждане. По признаку недостаточного социально-экономического развития и соответственно низкой обеспеченности здравоохранения учреждениями, кадрами, современными технологиями, оборудованием, медикаментами можно говорить о модели **здравоохранения развивающихся стран**.

### **3.3.1. Службы здравоохранения и медицинского страхования в развивающихся и развитых странах**

Вследствие недостаточного социально-экономического развития при самых различных политических режимах службы здравоохранения развивающихся стран недостаточно обеспечены финансовыми, материальными средствами, персоналом, койками в госпиталях (в десятки раз меньше, чем в экономически развитых странах). В этих странах обычно имеется центральный орган управления государственными службами здравоохранения и контроля за деятельностью негосударственных медицинских учреждений (министерство здравоохранения или другое соответствующее ведомство - министерство, департамент, совет здравоохранения и социальной помощи, семьи и т.п.), в регионах (провинциях) - соответствующие департаменты, советы, инспекции, подчиненные минздраву и местным властям. Основное медицинское учреждение - госпиталь (с амбулаторией или без нее). На местах (в районах, волостях и т.п.) работают небольшие пункты или центры здравоохранения со стационарными койками или без них, обычно без врачей, со средним и младшим медицинским персоналом, здравпункты или центры имеют в поселениях медицинские посты, где

работают медсестры, санитары и оказывается главным образом первая помощь. Можно даже говорить о типовой региональной структуре медицинских учреждений развивающихся стран (медицинский пост, медицинский центр, пункт, сельская районная больница, областная больница, центральная больница).

Основу служб здравоохранения составляют учреждения первичной медико-социальной помощи - здравпункты, центры, посты, диспансеры (иногда их называют центрами и пунктами), т.е. главным образом доврачебные амбулаторно-поликлинические учреждения. Врачи работают в госпиталях, начиная с сельского районного.

Большинство больниц, кроме частных, обычно расположенных в городах, находятся на государственном бюджете. Отчисления из бюджета в десятки, сотни раз меньше в сравнении с экономически развитыми странами, где на здравоохранение из всех источников тратится в последние годы более 1000 долларов в год на человека (табл. 4). В начале XXI века расходы выросли на 15-20% в этих странах.

**Таблица 4.** Расходы на здравоохранение (на душу населения) в некоторых экономически развитых странах с 1980 г. (в долларах США)

Страна	1980 г.	1985 г.	1990 г.	1991 г.	1992 г.
Австралия	663	998	1314	1393	1451
Канада	727	1207	1720	1861	1569
Финляндия	517	855	1292	1415	1363
Франция	698	1083	1539	1651	1745
Германия	811	1175	1591	1658	1775
Италия	571	814	1300	1419	1497
Япония	517	792	1190	1274	1376
Голландия	696	933	1283	1359	1449
Швеция	855	1157	463	1425	1317
Швейцария	839	1291	1760	1956	2068
Великобритания	458	685	977	1033	1151
США	1068	1761	2686	2882	3094

В большинстве экономически развитых стран расходы на здравоохранение растут быстрее остальных и составляют 7-14% внутреннего валового продукта. Подчас такую же долю составляют расходы и в развивающихся странах. В экономически менее развитых странах все основные показатели материально-технической базы здравоохранения также в десятки раз меньше, чем в развитых: в больницах 10-30 коек на 10 000 населения против 60-120 в экономически развитых; на одного врача приходится 5000-50 000 населения против 500-1500 в развитых и т.п.

Бедность, невысокий уровень общей и медицинской культуры, слабое развитие здравоохранения и другие негативные факторы приводят к неудовлетворительному состоянию здоровья - высокой общей смертности, особенно младенческой, детской, материнской, большой распространенности инфекционных, в том числе эпидемических, паразитарных заболеваний, болезней питания, низкой средней продолжительности предстоящей жизни и другим явлениям. В развивающихся странах сохраняется так называемый эпидемический тип патологии. В развитых странах патология в основном неэпидемическая, относительно невысока общая и детская смертность, инфекционные, паразитарные болезни перестали быть ведущей проблемой здравоохранения, практически сведены к нулю материнская смертность, тяжелые болезни от недостаточности питания.

\* \* \*

Приведем примеры систем и форм здравоохранения в **развитых странах.**

#### **Преимущественно государственная служба здравоохранения**

**Великобритания.** В результате проведенной в 1948 г. реформы здравоохранения в Великобритании в рамках частнокапиталистической системы создана общенациональная государственная служба здравоохранения, предоставившая практически всему

населению бесплатную медицинскую помощь (с сохранением 4-5% платных больничных коек для желающих получить лечение в более комфортабельных условиях) с символической оплатой лекарств по рецептам по одинаковой цене вне зависимости от их стоимости, оплатой протезов, очков и др. Медицинские услуги, как и вся деятельность медицинских учреждений, на 85 - 87% обеспечивается государственным бюджетом (остальные средства поступают из частных источников и средств добровольного медицинского страхования). Бюджет составляется из налогов на предприятия и граждан, распределяется в соответствии с решениями парламента правительством. Для обеспечения учреждений здравоохранения финансы распределяются через центральный орган управления - Министерство (департамент) здравоохранения.

Система здравоохранения имеет специфическую для Великобритании структуру, состоящую из трех секторов: врачей общей практики, амбулаторно-поликлинических учреждений, аптек, фармацевтов, зубных врачей (не стоматологов), глазных врачей (не офтальмологов), т.е. персонала учреждений, системы первичной медико-социальной помощи, госпиталей, больничных служб, амбулаторий при госпиталях, врачей-специалистов, в том числе стоматологов и офтальмологов, и другого персонала стационаров; общественных, подведомственных муниципалитетам, медицинских (родовспоможение и др.) служб здравоохранения, включая санитарно-гигиенические, организации так называемых социальных медицинских работников (медсестер по уходу, патронажных медсестер и др.). Кроме того, ряд ведомств, Министерство труда и, конечно, Военное министерство имеют медицинские учреждения и персонал, например, санитарных инспекторов промышленных предприятий, которые также являются государственными служащими.

В Англии и Уэльсе более 60 000 врачей; более трети работают в системе общей практики, треть - в госпиталях, остальные - в муниципальных учреждениях.

Каждый сектор при общем контроле и координации деятельности со стороны центрального ведомства по здравоохранению имеет специфические механизмы (структуры, организации) управления. Сектор первичной медико-санитарной помощи (врачи общей практики и др.) подконтролен соответствующим попечительским комитетам, имеющимся в каждом районе (около 500) и состоящим из представителей администрации, профсоюзов, здравоохранения, общественных организаций. Деятельность стационаров контролируется больничными советами или комитетами (трастами), имеющимися в районах и регионах (областях). Советы тоже состоят из представителей общей администрации, профсоюзов, медицинской администрации, населения и др. Муниципальный сектор подчинен местным властям.

В госпиталях и в местных службах персонал получает фиксированную зарплату в соответствии с нормами и тарифами. В секторе общей практики оплата производится за каждого «приписанного» к врачу или группе врачей (в Великобритании, как и в ряде других стран, распространена групповая практика, добровольное объединение нескольких врачей, работающих в одном помещении) строго по тарифу, установленному законом (более 1 фунта стерлингов). Однако число свободно выбирающих врача общей

практики (семейного врача) ограничено, даже если врач работает вместе с помощником - врачом, не имеющим сертификата на самостоятельную деятельность (не более 5000-7000 пациентов). Соответственно рабочий день врачей не лимитирован. Врач обязан принять пациента или посетить его на дому в любое время.

Консультации специалистов проводятся в амбулаториях госпиталей. На стационарное лечение обычно направляют врачи общей практики.

Несмотря на известные преимущества английской системы здравоохранения (семейное обслуживание, выполнение значительной части услуг, которые обычно оказывают специалисты в стационарах или амбулаториях стационаров, высокая квалификация и хорошая организация труда и пр.), она имеет существенные недостатки, о которых вынуждены говорить сами врачи и администраторы. Прежде всего, это нехватка средств. В Великобритании государственная система финансируется более скромно, чем в других странах (не более 6,5% валового продукта), поэтому недостаточно современного оборудования, новейших медицинских учреждений с современными технологиями. Существуют очереди на госпитализацию, разрыв («китайская стена», как говорят англичане) между первичной медико-санитарной помощью, общей практикой, госпиталями, местными службами здравоохранения. Несмотря на комитеты и советы в районах и регионах по контролю за работой учреждений здравоохранения, мешают излишняя централизация и монополизация управления, слабо проводится профилактическая работа и др. С целью устранить или смягчить эти и другие недостатки в последние годы в стране проводится реформа, в соответствии с которой расширяются финансовые и административные права руководителей госпиталей, прежде всего, в районах (графствах), организуется допуск средств медицинского страхования, которых до того в стране практически не было, предусматриваются конкретные меры интеграции секторов, особенно первичной медико-санитарной помощи и стационаров, усиление профилактической работы, создаются доверительные (трастовские) советы, повышается самоуправление больниц.

### **Преимущественно страховая система здравоохранения**

Хотя первые попытки платы за медицинскую помощь в виде не только непосредственных гонораров врачу от пациента, но и сумм, добровольно отчисляемых членами гильдий, ремесленных и других корпораций для страхования на случай болезни, от несчастных случаев, т.е. из создаваемых работающими касс взаимопомощи (больничных касс), были задолго до введения в законодательном порядке обязательного социального страхования, в том числе медицинского, медицинское страхование началось со второй половины XIX в. с так называемых страховых законов канцлера Германии О.Бисмарка. «Закон о страховании рабочих по случаю болезни» был принят в 1883 г. С тех пор в Германии, а затем в ряде других стран, в том числе в России (1912), были приняты такие законы, положившие начало системе страховой медицины («система Бисмарка»). Эта система основывается на предоставлении медицинской помощи за счет отчислений из заработной платы, отчислений от доходов (налогов) предпринимателей и средств государственного бюджета.

Размер отчислений в разных странах разный, но обычно первые два источника обеспечивают большую часть расходов. Государство платит значительно меньше, чем застрахованные и предприниматели, и чаще всего эти средства идут на общенациональные медицинские программы, общегосударственные учреждения и другие цели. Страховыми средствами не исчерпываются все ресурсы: 20- 30% восполняются за счет добровольного страхования, из частных, благотворительных и других источников. Более того, обязательное медицинское страхование не обеспечивает всей оплаты за медицинскую помощь - часть расходов оплачивает сам застрахованный или за него доплачивают предприятия, организации и пр. Однако большую часть расходов на медицинскую помощь несут организации социального, обязательного страхования. Система здравоохранения в странах с таким механизмом финансирования называется **страховой медициной**.

В разных странах сложились различные организационные формы (структуры) страховой медицины. Наряду с центральными ведомствами здравоохранения (министерствами, департаментами) и их региональными подразделениями, отделами, инспекциями, муниципальными органами (отделами, советами здравоохранения), центральными, региональными (областными), районными госпиталями, амбулаториями, учреждениями, частными врачами общей практики, семейными врачами, специалистами, действуют страховые организации (страховые кассы, их объединения, инспекции и пр.), которые обеспечивают, обычно по договорам с медицинскими учреждениями и отдельными врачами, медицинскую помощь застрахованным. Органы управления и контроля здравоохранения (министерства, департаменты и т.п.) обычно отделены от системы социального страхования, которое является самостоятельной организацией, хотя контактирует с администрацией здравоохранения и с другими ведомствами. Более того, правительство, его органы, например министерства труда, социальной защиты, контролируют органы и организации социального, в том числе медицинского, страхования. Контроль осуществляют также профсоюзы и медицинские ассоциации.

Как правило, в странах со страховой медициной (как, впрочем, и в большинстве других стран) сложилась трехуровневая структура служб здравоохранения: 1) центральный уровень (федеральный, общегосударственный) - министерство (департамент, комитет, совет и пр.) здравоохранения и непосредственно подчиненные ему учреждения (крупные центры, больницы и др.); 2) региональный уровень (областной, провинциальный и т.п.), на котором работают муниципальные, общественные и частные медицинские учреждения; 3) местный уровень (районный, волостной, уездный и т.п.), на котором действуют главным образом частные, благотворительные, некоторое число общественных, муниципальных (преимущественно сельских) учреждений и отдельные врачи или их группы (групповая практика). При медицинских учреждениях на этом, а подчас и на региональном уровне, помимо ведомственной и местной администрации, действуют и попечительские советы из представителей общественности, предпринимателей, профсоюзов, властей, населения. Обычно большая часть коечного фонда и медицинского персонала занята на 2-м и 3-м уровнях. В странах со страховой медициной, как и в большинстве экономически развитых стран, доврачебного уровня (медицинские пункты, посты и т.п. со средним и младшим персоналом) нет, и вся

медицинская помощь, в том числе первичная, осуществляется врачами и средним медицинским персоналом.

**Германия.** Страховая медицина развивается с 1883 г., с принятия соответствующих страховых законов («законов Бисмарка»). Медицинское страхование является частью общегосударственной системы социального страхования и обеспечивает медицинскую помощь при болезни, уходе, профилактике, несчастном случае, родовспоможении, лечение у врачей общей практики, специалистов, в амбулаториях, на дому, стационарах, стоматологическую помощь, обеспечение медикаментами и др. На медицинское страхование идет более 8% валового продукта (из 13% всех расходов на здравоохранение). Средства на медицинское страхование поступают из трех источников: 6,5% фонда оплаты труда платят застрахованные, столько же работодатели, остальные средства дотирует государство из бюджета. Финансирование здравоохранения, таким образом, обеспечивается на 60% и более за счет социального страхования, на 10% - из средств частного (добровольного) страхования, на 15% - государственными ассигнованиями и на 15% - личными средствами граждан. Таким образом, на одного человека из всех источников на здравоохранение тратится более 2000 долларов в год.

Все операции по страхованию здоровья осуществляют более 1200 страховых (больничных, как их называли) касс, объединенных в ассоциации, которые контролируют деятельность касс и расходование средств врачами. Традиционно сохраняется несколько видов (форм) касс: местные (преимущественно для неработающих, членов семей застрахованных), расположенные по месту жительства; производственные (по месту работы); морские, горняцкие, сельскохозяйственные, эрзацкассы (главным образом для служащих).

Таким образом, страхованием охвачено более 90% населения. Состоятельные граждане обычно пользуются добровольным страхованием, хотя они могут быть застрахованными и системой социального, государственного страхования (таких примерно 3%).

Представляет интерес простой и эффективный контроль использования страховых средств и деятельности медицинских учреждений и отдельных врачей. Врачебными и страховыми ассоциациями устанавливается на конкретный срок своего рода тариф на определенные медицинские услуги в условных единицах или пунктах, который периодически пересматривается. Страховые врачи и организации не должны выходить за пределы тарифа.

Структура управления здравоохранением и организации медицинской помощи в Германии характерна для экономически развитых стран. Общенациональный контроль осуществляет Федеральное министерство здравоохранения и социальной помощи. В регионах («землях») имеются соответствующие министерства, их органы и учреждения. Муниципальные учреждения подведомственны местным органам власти, соответствующим советам, комитетам и т.п. Все медицинские учреждения работают на



федеральном, региональном, местном административных уровнях. Медицинская администрация не распространяет свою юрисдикцию на страховые кассы и их ассоциации, хотя работает в тесном контакте с ними. Более того, помимо профсоюзов, врачебных ассоциаций, самих ассоциаций страховых касс, контроль над страховыми организациями осуществляют министерства труда, науки, здравоохранения и др.

**Франция.** Источниками обеспечения медицинской помощи являются взносы работодателей - 13,5% фонда оплаты труда, застрахованные - 6,5% (итого 19% - самая большая доля отчислений на медицинское социальное страхование) и правительственные ассигнования из госбюджета.

Существует более 20 различных видов социального страхования, в том числе несколько видов страхования на случай болезни, временной нетрудоспособности, несчастного случая, беременности и родам и др., на которые приходится не менее 75% всех расходов на здравоохранение. Остальные расходы компенсируются частными средствами, добровольным медицинским страхованием. Всего на здравоохранение в последние годы тратится более 500 млрд франков. Система социального страхования, включающая в себя более 90 страховых компаний, контролируется общенациональной организацией, имеющей свои отделения в регионах (департаментах). С ней заключают договоры по страховому медицинскому обслуживанию врачи и медицинские учреждения. Цена медицинских услуг регулируется правительством и регулярно пересматривается. Затраты за медицинскую помощь в системе социального страхования компенсируются не полностью - примерно на 75%; этой системой охвачено 80% всего населения. Обычно пациент оплачивает все услуги или их часть; 75% платы за медицинскую помощь и 70-90% за медикаменты возвращаются пациенту страховыми организациями. Контроль над ними и врачами системы осуществляют, как и в Германии, общенациональная страховая организация, ассоциации страховых компаний (касс) и врачебные профсоюзы, министерства труда, социальной защиты, здравоохранения и др.

Структура организации и управления в стране такая же, как и в других государствах: Министерство здравоохранения и семьи, департаменты здравоохранения в регионах, муниципальные органы, инспекции в районах. Медицинские учреждения расположены на трех административных уровнях: общенациональном, региональном, местном. 2/3 всех учреждений, коек в них, медицинского персонала работают в региональных и местных учреждениях, частной, индивидуальной или групповой практике. Основной фигурой здравоохранения Франции считается частный врач общей практики - семейный врач.

### **Преимущественно частная система здравоохранения**

**США.** Много лет считалось, что в США имеется лишь одно здравоохранение - частное. На самом деле эта страна с наиболее выраженной рыночной экономикой, не имея какой-то единой системы, воплощает различные формы организации здравоохранения. Ведущая организация - добровольное частное медицинское страхование, которым охвачено более 80% населения. За счет средств этого вида страхования оплачивается более трети всех медицинских услуг, прежде всего самых

дорогих, - больничных (более 35%) и почти половина внебольничной врачебной помощи. Свыше 40% всех расходов из общей суммы составляют ассигнования федерального правительства (госбюджета) и общественных программ, прежде всего «Медикэр» (для медицинской помощи людям старше 65 лет) и «Медикейд» (медицинская помощь неимущим, безработным), принятым после продолжительной и острой парламентской борьбы в 60-х годах. Остальные средства составляют личные платежи граждан (более 20%) и взносы различных религиозных, благотворительных фондов и организаций. США тратит на здравоохранение из всех источников почти 15% ВВП, более 4000 долларов на человека в год. В соответствии с таким распределением средств сформировалась структура здравоохранения.

Как сказано, основное место занимают организации добровольного медицинского страхования. В стране более 2000 страховых медицинских компаний. Из них две самые крупные, занимающиеся преимущественно страхованием больничной и внебольничной помощи, - «Синий Крест» и «Синий щит». Они, как и большинство других организаций добровольного страхования, объявляют себя некоммерческими, не стремящимися к получению максимальных прибылей. Вместе с тем их дивиденды превышают прибыли крупнейших промышленных корпораций. Добровольное медицинское страхование - дорогостоящее предприятие, хотя никто не назвал, сколько оно стоит застрахованному. Нужно полагать, что такое страхование обходится в значительную часть заработка (по некоторым сообщениям, 10-12% по всем видам страхования). Трудно установить эту сумму еще и потому, что в США нет единого, пусть и негосударственного, не социального, добровольного медицинского страхования. Существует несколько его видов - на больничную помощь, врачебную, сестринскую, амбулаторную, хирургическую и т.п. Страхование на основные медицинские расходы самое дорогое, но и оно неполное. Даже если застраховаться на все виды медицинской помощи, это не гарантирует 100% оплаты медицинской помощи. Часть выплат все равно должен нести застрахованный. Тем не менее лишь 17% населения не застраховано, большинство предпочитают страховаться, так как цена медицинских услуг непомерно высока и катастрофически растет, значительно обгоняя рост цен на потребительские товары и другие услуги. В этих условиях некоей альтернативой указанному добровольному страхованию в последние годы стало создание страховой организации с более дешевым страхованием, преимущественно по основным видам внебольничной, наиболее массовой помощи, пользующейся поддержкой многих общественных ассоциаций, местной администрации и спонсоров, - своего рода организации помощи здравоохранению, которая обслуживает уже более 35 млн граждан США.

Одной из причин массового распространения добровольного страхования является его поддержка работодателями, которые с целью сокращения налогов и удержания рабочей силы выплачивают довольно существенные суммы (подчас до 80% страховки) на страхование своим рабочим и служащим. Правда, эти выплаты они включают в себестоимость продукции.

Правительственные (федеральные) службы составляют примерно 1/8 - 1/10 часть всех учреждений и кадров здравоохранения. Департамент (министерство)

здравоохранения, просвещения и благосостояния осуществляет координацию всех медицинских учреждений, обеспечивает контроль за санитарно-эпидемической ситуацией, производством и продажей лекарств, вместе со специальным ведомством проводят контроль за пищевыми добавками, предоставляет свои учреждения для льготной медицинской помощи некоторым группам населения, через свои научно-исследовательские институты (например, Национальный институт здравоохранения в Бетезде) организует выполнение исследовательских программ по актуальным проблемам, осуществляет координацию по подготовке кадров и т.п.

В штатах в составе региональных правительств во главе с губернаторами имеются департаменты здравоохранения, ведающие большинством медицинских учреждений, в том числе психиатрическими, родовспомогательными, педиатрическими, инфекционными, бактериологическими лабораториями, амбулаторно-поликлиническими центрами и пр. Учреждения регионального и федерального уровней составляют 3/4 и более всей материально-технической базы здравоохранения.

Доля частных, коммерческих учреждений в США небольшая, хотя частных лечебниц и клиник довольно много - почти половина всех больничных учреждений. Здесь непомерно высока цена медицинских услуг, которую могут заплатить лишь очень богатые люди.

В стране много благотворительных, миссионерских, религиозных медицинских учреждений, которые содержатся на средства конфессий и меценатов. Их вклад в здравоохранение этой богатой страны не мал. Чуть ли не треть всех медсестер - сестры милосердия, работающие в медицинских учреждениях.

Полностью бесплатной медицинской помощи в США нет (кроме некоторых групп военных), но службы и организации здравоохранения предоставляют льготную медицинскую помощь за счет общественных, федеральных и иных источников средств отдельным слоям населения. Прежде всего, это члены самой крупной общественной организации ветеранов войн, аборигены Америки, которых осталось несколько сотен тысяч, служащие госдепартамента, моряки торгового флота и др. Льготную медицинскую помощь получают главным образом малоимущие, безработные, подпадающие под действие закона о «Медикейд», и пожилые, старые люди, которые добровольно согласились получать медицинскую помощь в соответствии с законом о «Медикэр». Однако далеко не все потенциальные пользователи этими льготами получают их: они доступны лишь половине беднейших слоев населения и стариков. Без медицинского обслуживания остаются около 37 млн человек.

Таким образом, в США преобладают организации добровольного медицинского страхования, но пестрота медицинских служб создает «несистему здравоохранения». Громадные средства, затрачиваемые на здравоохранение, позволяют разрабатывать и внедрять эффективные медицинские технологии, добиться высокого качества медицинской помощи, развертывания научных исследований. Вместе с тем, по мнению ряда политических деятелей, специалистов, большие расходы неадекватны получаемым результатам, например, по младенческой смертности США находятся на 20-м месте в

мире. Эти и другие причины заставляют правящие круги искать пути сокращения расходов, повышения эффективности медицинской помощи, главное, удовлетворять требования неимущих слоев (более 37 млн человек) о предоставлении возможности пользоваться квалифицированной медицинской помощью, которой они лишены. Президент США Клинтон предложил план перестройки здравоохранения, который, в частности, учитывал опыт государственной страховой медицины, предложения по обеспечению всего населения медицинской помощью. Однако реализация этого плана реформирования здравоохранения отложена.

## **Общественная система здравоохранения и медицинского страхования Российской Федерации**

После введения Закона о медицинском страховании (июнь 1991 г.) считают, что в России создается бюджетно-страховая система здравоохранения, т.е. система, обеспечиваемая средствами государственного бюджета (федерального и муниципального, регионального) и внебюджетными средствами медицинского страхования (государственного обязательного социального медицинского страхования - ОМС и добровольного, частного медицинского страхования). Это не вполне справедливо. Бюджетно-страховая система является основой здравоохранения, а кроме нее, имеется частная система здравоохранения, деятельность различных общественных и религиозных организаций, конфессий, фондов, в том числе организаций благотворительности, милосердия и пр. Это положение отражено и в Конституции РФ (1993). В ст. 41 говорится: «В Российской Федерации... принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения...». Ст. 12 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993) определяет государственную систему здравоохранения (Министерство здравоохранения РФ, его органы и учреждения, включая санитарно-противоэпидемические); ст. 13 - муниципальную систему здравоохранения, т.е. органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности медицинские учреждения и предприятия; ст. 14 - частную систему здравоохранения, т.е. медицинские учреждения и предприятия, находящиеся в частной собственности.

В соответствии с правовыми документами и, прежде всего «Гражданским кодексом Российской Федерации» (1997), все учреждения, предприятия, организации, включая медицинские, представлены в трех формах хозяйственных правоотношений, имеющих прямое отношение к здравоохранению (табл. 5).

Статус государственных (федеральных, муниципальных) медицинских учреждений не требует пояснения. Отметим, что юридические лица - коммерческие организации преследуют цель - извлечение прибыли, а некоммерческие не имеют целью извлечение прибыли и не распределяют полученную прибыль среди участников (ст. 50 Гражданского кодекса).

Хозяйственные товарищества и общества - коммерческие организации с разделенным на доли (вклады) учредителей или участников уставным капиталом. Они могут создаваться в форме акционерного общества, общества с ограниченной или дополнительной ответственностью (ст. 66. Гражданского кодекса).

Полным признается товарищество, участники которого в соответствии с заключенным между ними договором занимаются предпринимательской деятельностью от имени товарищества и несут ответственность по его обязательствам принадлежащим им имуществом (ст. 69. Гражданского кодекса).

Товарищество по вере (коммандитное товарищество) - то, в котором наряду с участниками, осуществляющими от имени товарищества предпринимательскую деятельность и отвечающими по обязательствам товарищества своим имуществом, имеется один или несколько участников - вкладчиков (коммандитистов), которые несут риск убытков, связанных с деятельностью товарищества, в пределах сумм внесенных ими вкладов, но не принимают участия в осуществлении товариществом предпринимательской деятельности (ст. 82 Гражданского кодекса).

**Таблица 5.** Субъекты хозяйственных правоотношений (юридические лица всех форм собственности) в соответствии с Гражданским кодексом РФ (1996)

Публично-правовые учреждения (государственной собственности)	Некоммерческие организации (государственные и негосударственные)	Коммерческие организации
Федеральные	Потребительские кооперативы	Хозяйственные товарищества и общества - полное товарищество - товарищество по вере (коммандитное товарищество) - общество с ограниченной ответственностью - общество с дополнительной ответственностью
Муниципальные	Общественные и религиозные организации (объединения)	Производственные кооперативы
Государственного (социального) медицинского страхования	Фонды	Унитарное предприятие (государственное муниципальное)
	Учреждения	Акционерное общество (открытое, закрытое)
	Потребительские	

	<b>кооперативы</b>	
	<b>Объединения юридических лиц (ассоциации, союзы)</b>	
	<b>Автономные организации</b>	

Общество с ограниченной ответственностью - учрежденное одним или несколькими лицами, уставной капитал которого разделен на доли определенных учредительными документами размеров; участники общества не отвечают за его обязательства и несут риск убытков, связанных с деятельностью общества, в пределах внесенных вкладов.

Общество с дополнительной ответственностью - учрежденное одним или несколькими лицами, уставной капитал которого разделен на доли определенных учредительными документами размеров; участники такого общества солидарно несут субсидиарную ответственность по его обязательствам своим имуществом в одинаковом для всех размере к стоимости их вкладов, определяемом учредительными документами общества. При банкротстве одного из участников его ответственность по обязательствам общества распределяется между остальными участниками пропорционально их вкладам (ст. 95 Гражданского кодекса).

Производственный кооператив - коммерческая организация - добровольное объединение граждан на основе членства для совместной производственной или иной хозяйственной деятельности, основанное на их личном трудовом или ином участии и объединении его членами (участниками) имущественных паевых взносов (ст. 107 Гражданского кодекса).

Унитарное предприятие только государственное и муниципальное - коммерческая организация, не наделенная правом собственности на закрепленное за ней собственником имущество. Имущество унитарного предприятия является неделимым и не может быть распределено по вкладам (паям, долям), в том числе между работниками предприятия (ст. 113 Гражданского кодекса).

Потребительский кооператив - добровольное объединение граждан и юридических лиц на основе членства с целью удовлетворения материальных и иных потребностей участников, осуществляемое путем объединения его членами имущественных паевых вкладов (ст. 116 Гражданского кодекса).

Общественные и религиозные организации (объединения) - добровольные объединения граждан, в установленном законом порядке объединившихся на основе общности их интересов для удовлетворения духовных или иных нематериальных потребностей (ст. 117 Гражданского кодекса).

Фонды - некоммерческая организация, учрежденная гражданами и (или) юридическими лицами на основе добровольных имущественных взносов, преследующая социальные, благотворительные, образовательные или иные общественно полезные цели (ст. 118 Гражданского кодекса).

Учреждения - организации, созданные собственником для осуществления культурных, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируемые им полностью или частично (ст. 120 Гражданского кодекса).

Объединения юридических лиц (ассоциации и союзы) - некоммерческие организации в целях кооперации их предпринимательской деятельности, а также представления и защиты общих имущественных интересов (ст. 121 Гражданского кодекса).

Как отмечалось, все 3 группы учреждений, предприятий и организаций разных форм собственности относятся и к здравоохранению. Такой их состав позволяет вести коммерческую и некоммерческую деятельность. Он является юридической, правовой предпосылкой формирования новой структуры (организации) общественной системы здравоохранения, которая приходит на смену монополюгосударственной, когда все ресурсы и вся организация находились в руках государства.

Хотя термин «общественная система здравоохранения» в основных юридических и политических документах, в том числе в Конституции, не упоминается, именно создание такой системы составляет суть концепции, исходящей из основных стратегических и тактических задач охраны здоровья населения, повышения качества медицинской помощи.

В структурном, организационном плане общественная система здравоохранения, интегрирующая медицинские учреждения, предприятия, организации всех форм собственности, хозяйственных правоотношений, состоит из 4 блоков (систем): государственных (федеральных муниципальных); медицинского страхования; частных; общественных организаций, фондов, религиозных конфессий и др.

### **Общественная система здравоохранения в РФ**

1. Государственная, бюджетная система здравоохранения: федеральные органы и учреждения здравоохранения; муниципальные органы и учреждения здравоохранения.

2. Органы и учреждения государственной системы ОМС.

3. Частные медицинские учреждения и частнопрактикующие врачи. Органы и учреждения добровольного, частного медицинского страхования.

4. Общественные, религиозные медицинские организации, фонды, организации и учреждения милосердия и благотворительности.

Государственная система здравоохранения и ее службы подчиняются администрации Минздравсоцразвития РФ и его органов. Минздравсоцразвития РФ возглавляется министром и двумя его заместителями, каждый из которых ответственен за социальную и медицинскую работу. В центральную систему входят соответствующие департаменты и отделы медицинской помощи населению. Главный санитарный врач РФ руководит санитарно-противоэпидемической службой, в его подчинении находится

соответствующее управление (департамент). Органы управления руководят непосредственно федеральными службами здравоохранения (крупными центрами, больницами, вузами, научно-исследовательскими институтами, рядом предприятий медицинской, фармацевтической промышленности, целевыми федеральными научными программами, органами и учреждениями санитарно-противоэпидемической службы и др.), контролируют деятельность муниципальных региональных медицинских органов и учреждений.

В субъектах федерации - регионах в составе органов и учреждений исполнительной власти имеются соответствующие администрации (управления, комитеты, в некоторых крупных регионах - министерства, в автономных республиках - также министерства здравоохранения), осуществляющие руководство подведомственными им медицинскими учреждениями и предприятиями. Минздравсоцразвития на федеральном уровне и органы управления субъектов Федерации осуществляют контроль за деятельностью медицинских учреждений, находящихся в юрисдикции муниципальных (местных) властей. Такова «вертикаль» управления и контроля органов и учреждений здравоохранения.

Государственные (федеральные, региональные, муниципальные) органы управления здравоохранением имеют право контролировать деятельность частных медицинских учреждений и лиц, занимающихся частной практикой.

Административные органы исполнительной власти находятся под юрисдикцией органов законодательной власти и на федеральном уровне Федерального собрания (Государственной думы и Совета Федерации и их комитетов и комиссий по социальной политике, здравоохранению и т.п.), на региональном уровне - соответствующих органов законодательной власти (думы, комитеты и пр.), на местном уровне - территориальных районных органов законодательной власти. Органы законодательной власти рассматривают и принимают законодательные акты федерального, регионального, территориального уровней, определяющие юрисдикцию и административные права и обязанности органов и учреждений здравоохранения.

Органы и учреждения судебной власти (судебная система, прокуратура) осуществляют правовой надзор за исполнением законов, а в случаях нарушения законов - судопроизводство в отношении всех органов, учреждений, предприятий, в том числе системы здравоохранения.

Таким образом, все три ветви власти - законодательная, исполнительная, судебная имеют прямое отношение к управлению, контролю - надзору за деятельностью системы здравоохранения, ее органов, учреждений, предприятий. Законодательные акты и, прежде всего, «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» определяют и регламентируют полномочия, компетенцию органов государственной власти и управления всех уровней - общегосударственного, субъектов Федерации, местного самоуправления. Приведем выдержки из названного документа.



В статье 9 «Основ законодательства» «Полномочия высших органов государственной власти и управления Российской Федерации в области охраны здоровья граждан» говорится, что высший орган законодательной власти «определяет основные направления федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, принимает законы и утверждает федеральные программы по вопросам охраны здоровья граждан; утверждает республиканский бюджет Российской Федерации, в том числе в части расходов на здравоохранение, и контролирует его исполнение.

Президент Российской Федерации руководит федеральной государственной политикой в области охраны здоровья граждан, представляет (Федеральному Собранию - Ю.Л.) доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации.

Правительство Российской Федерации осуществляет федеральную политику в области охраны здоровья граждан, разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения; в пределах, предусмотренных законодательством...».

В других статьях Основ законодательства определяются полномочия органов и учреждений здравоохранения федерального, регионального, местного уровней.

Так, в ст. 5 определяется компетенция Минздравсоцразвития РФ как общегосударственного органа управления:

- разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения;
- определение структуры, порядок организации деятельности федеральных органов управления государственной системы здравоохранения;
- определение доли расходов на здравоохранение при формировании республиканского бюджета, формирование целевых фондов, налоговой политики, в том числе льгот по налогам;
- управление федеральной государственной собственностью в области здравоохранения;
- природопользование, охрана окружающей природной среды, обеспечение экологической безопасности;
- организация государственной санитарно-эпидемиологической службы, разработка и утверждение федеральных санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, обеспечение санитарно-эпидемиологического надзора;
- организация системы санитарной охраны территорий РФ;
- реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях; информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайных происшествий и принимаемых мерах;
- обеспечение единой технической политики в области медицинской и фармацевтической промышленности, утверждение государственных стандартов РФ, технических условий на продукцию медицинского назначения, организация надзора за их соблюдением;
- сертификация (регистрация, испытания, разрешение применения) лекарственных и дезинфекционных средств, иммунобиологических препаратов и изделий, сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических, психотропных средств, выдача лицензий на их производство, контроль за их производством, оборотом и

порядком их использования; сертификация продукции и услуг; выдача разрешений на применение новых медицинских технологий;

- установление единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья;
- разработка единых критериев федеральных программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей в здравоохранении; установление основных льгот медицинским и фармацевтическим работникам;
- установление стандартов качества медицинской помощи и контроль над их соблюдением; разработка государственных гарантий и базовых программ обязательного медицинского страхования граждан РФ; установление страхового тарифа взносов на ОМС граждан РФ; установление льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;
- координация деятельности органов государственной власти и управления, хозяйственных субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья, охраны семьи, материнства, отцовства и детства;
- установление порядка медицинской (в том числе судебно-медицинской, судебно-психиатрической, патологоанатомической) экспертизы;
- управление порядком лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности;
- координация научных исследований, финансирование федеральных научных медицинских исследований;
- установление порядка создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан;
- международное сотрудничество РФ и заключение международных договоров РФ в области охраны здоровья населения.

Компетенция региональных органов здравоохранения, в том числе автономных областей, округов, областей, краев, городов Москвы, Санкт-Петербурга (приравненных к субъектам РФ) определена ст. 6 и 7 Основ законодательства. Здесь и принятие законодательных и иных актов на территориях, и контроль за их исполнением, определение структуры органов управления системой здравоохранения в субъектах Федерации; формирование территориальных программ; обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия на территориях; координация научных исследований и международное сотрудничество в области охраны здоровья, а также «другие вопросы в области охраны здоровья граждан, не относящихся к компетенции Российской Федерации» (ст. 6).

К компетенции органов местного самоуправления (ст. 8) относятся многие аналогичные функции, но на местном уровне, кроме тех, что принадлежат лишь федеральным и региональным органам и учреждениям (принятие и изменение федеральных и региональных законов, федеральных и территориальных программ, нормативной деятельности по подготовке кадров, санитарных норм и правил, установления стандартов количества медицинской помощи, координация научной деятельности и др.).

Основы законодательства, таким образом, четко и достаточно полно определяют полномочия, обязанности, функции органов и учреждений здравоохранения всех уровней деятельности. Они законодательно закрепляют структуру, организацию общественной

системы здравоохранения и организационную структуру государственной (федеральной и муниципальной) системы здравоохранения.

### **Отраслевая структура государственной системы здравоохранения**

1. Лечебно-профилактические учреждения.
2. Учреждения охраны материнства и детства.
3. Учреждения санитарно-эпидемиологической службы.
4. Учреждения медицинского образования и научно-исследовательские учреждения.
5. Аптечные учреждения и предприятия медицинской и фармацевтической промышленности.
6. Санаторно-курортные учреждения.
7. Учреждения патологоанатомической, судебно-медицинской, судебно-психиатрической экспертизы.
8. Органы и учреждения системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

В соответствии с концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ рекомендациями ВОЗ и других авторитетных международных организаций обеспечение здравоохранения целесообразно ориентировать на следующий расклад ресурсов: 60% - государственная система здравоохранения, 30% - обязательное медицинское социальное страхование; 10% - частное здравоохранение, общественные организации, фонды, религиозные конфессии и т. п. Частные учреждения и предприятия имеют пока всего несколько процентов ресурсов здравоохранения. Принимаются меры, в том числе законодательные, для стимулирования частной системы здравоохранения, так же как и организаций благотворительности, милосердия, медицинских организаций религиозных конфессий, которым до революции принадлежало 30% и более обеспечения здравоохранения.

Такая раскладка средств в целом соответствовала финансированию органов и учреждений здравоохранения. По расчетам экономистов в последние годы средства на здравоохранение из всех источников по отношению к ВВП составили 3-4,0% в 90-х гг.

В последующие годы до последнего времени размер средств (их удельный вес) не возрастал и не превышал 3,2% ВВП.

В последние годы благодаря национальному проекту «Здоровье» размер всех и особенно федеральных средств значительно увеличен. В 2006 г. из федерального бюджета выделяется 100 млрд руб., на 2007 г. намечено 107,7 млрд руб., а за счет

государственных внебюджетных фондов еще 19,5 млрд руб. Таким образом общая сумма затрат составляет 127,3 млрд руб. Дополнительно предусмотрено выделить 69 млн. руб. на медицинскую демографию и другие цели.

Федеральный бюджет - самая незначительная часть всех средств; гораздо более (до 2/3 всех их) составляет сумма региональных, местных бюджетов и все возрастающие размеры (сегодня это уже 30% и более всех средств) ОМС. На здравоохранение намечается выделить всего около 900 млрд руб.

Несмотря на все решения о сокращении расходов на самую дорогую медицинскую помощь - больничную, она поглощает не менее 60% всех расходов, а наиболее массовая амбулаторно-поликлиническая - не более 25%.

Еще Алма-атинская конференция по первичной медико-социальной помощи рекомендовала на этот вид помощи, которым должно быть охвачено не менее 90% всего населения, расходовать не менее 50% всех средств консолидированного бюджета. Такая цель ставится в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ наряду с задачами реструктуризации медицинской помощи, прежде всего стационарной. Общее число коек в больницах можно без ущерба для качества медицинской помощи сократить в системе здравоохранения до 90-95 на 10 000 населения. Это подтверждает опыт ряда регионов страны (Тверская, Московская, Ленинградская области). Наряду с реструктуризацией стационарной помощи ее функции передаются в поликлиники, где создаются краткосрочные стационары, включающие в настоящее время до 15-20% ранее стационарных услуг, более того, наряду с сокращением неэффективно используемых коек происходит изменение структуры больничных отделений: создаются так называемые этапные стационары по критериям продолжительности пребывания в них больных, стоимости больничных услуг. Рекомендуется 25% коек отводить для оказания срочной, интенсивной краткосрочной терапии, 45% коек для среднесрочного лечения, 15-20% для долечивания, для хроников, остальные для учреждений медико-социальной помощи - домов сестринского ухода, хосписов и т.п. Снижается число необоснованных посещений амбулаторно-поликлинических учреждений (до 8-9 на жителя) и оценка качества лечения в них по числу пролеченных больных. Несмотря на процесс реформирования, реструктуризацию, сокращение числа посещений амбулаторий и поликлиник материальная и ресурсная база здравоохранения не претерпела существенных изменений (табл. 6).

### **3.3.2. Всемирная организация здравоохранения и другие международные медицинские организации**

В настоящее время активно работают более 200 международных медицинских организаций и ассоциаций, в том числе правительственные: Организация Объединенных Наций (ООН), Международная организация труда (МОТ), Международный детский фонд (ЮНИСЕФ), Организация Объединенных Наций по науке и культуре (ЮНЕСКО), Международная продовольственная организация (ФАО), Международное агентство по

атомной энергии (МАГАТЕ) и др. Самой крупной среди них и самой значимой среди медицинских является Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), которая сотрудничает со 180 международными медицинскими организациями, агентствами, ассоциациями.

**Таблица 6.** Ресурсы здравоохранения РФ в сравнении с 1985 г.

Учреждения, кадры	1985 г.		2005 г.	
	абс. тыс.	на 10 000 населения	абс. тыс.	на 10 000 населения
<b>Врачи всех специальностей (все ведомства)</b>	646,8		688,0	
<b>в системе Минздрава</b>	553,7	38,6	613,5	42,2
<b>Средний медперсонал (все ведомства)</b>	1730,6		1550,0	
<b>в системе Минздрава</b>	1383,1	97,0	1351,0	96,7
<b>Больничные койки</b>	1937,9		1507,0	
<b>Врачебные учреждения, оказывающие амбулаторнополиклиническую помощь (все ведомства)</b>	19,4		15,6	
<b>Станции (отделения) скорой помощи в системе Минздрава</b>	2788		3264	

История международных медицинских организаций до ВОЗ началась с созыва в 1851 г. в Париже Международной конференции по борьбе с эпидемиями. Эта и последующие конференции принимали международные санитарные конвенции по совместным мерам государств в преодолении эпидемических заболеваний. Международная санитарная конференция в Риме в 1907 г. учредила первую международную медицинскую организацию - Международное бюро общественной гигиены (МБОГ), которое разместилось в Париже и работало до 1946 г. К конвенции об организации МБОГ присоединились 55 государств, в том числе Россия; в 1926 г. к ней присоединился СССР. МБОГ наблюдал за выполнением международных санитарных конвенций и карантинных правил и обеспечивал информацию о карантинных заболеваниях. Кроме того, он организовывал консультативную и техническую помощь странам по проблемам здравоохранения.

Вскоре после создания Лиги наций, в 1923 г., была учреждена так называемая Организация здравоохранения (гигиены) Лиги наций. В ее задачи входили вопросы, аналогичные задачам МБОГ, и, кроме того, она оказывала в гораздо большем объеме помощь в области здравоохранения по подготовке кадров, научным исследованиям, программам борьбы с заболеваниями и пр. Эта организация привлекала известных специалистов, консультантов, публиковала информационные и другие материалы по актуальным проблемам медицины и т.п.

На 1-й Генеральной ассамблее ООН в феврале 1946 г. в Филадельфии было решено создать новую международную организацию здравоохранения с передачей ей функций

Лиги наций. С 19 июня по 11 июля 1946 г. в Нью-Йорке на международной конференции, собравшей делегатов 51 страны, был обсужден и принят Устав новой всемирной организации здравоохранения - ВОЗ и протокол о роспуске МБОГ и секции гигиены Лиги наций, преемниками которых стала ВОЗ. 7 апреля 1948 г. 26 государств - членов ООН, участников конференции в Нью-Йорке, учредителей ВОЗ ратифицировали ее устав, и с этого дня ВОЗ, получившая юридическое оформление, стала полноправным членом международных организаций «семьи ООН», т.е. специализированным агентством в области здравоохранения ООН. В честь этого события 7 апреля каждого года отмечается как Международный день здоровья.

Целью ВОЗ, как гласит ее устав, является «достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья». ВОЗ определяет здоровье весьма широко, как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов».

Деятельность ВОЗ проходит в соответствии с общими программами на 5-7 лет; планирование осуществляется на 2 года. Ее основными направлениями последней программы являются:

- развитие систем здравоохранения в странах в соответствии с принятой еще в 1970 г. резолюции об основных принципах национального здравоохранения (ответственности государства, профилактики, участия населения, использования достижений науки и др.);
- развитие первичной медико-санитарной помощи, декларация о которой была принята на Алма-атинской конференции ВОЗ, ЮНИСЕФ в 1978 г.;
- развитие людских ресурсов (подготовка и усовершенствование кадров);
- охрана и укрепление здоровья различных групп населения;
- охрана окружающей среды;
- борьба с инфекционными и паразитарными заболеваниями, иммунизация и вакцинация против эпидемических заболеваний;
- охрана и укрепление психического здоровья;
- обеспечение информацией по здравоохранению;
- расширенная программа научных медицинских исследований и др., актуальные направления консультативной и технической помощи странам.

С 1981 г. ВОЗ действует, руководствуясь общей стратегией, которая была определена как «достижение здоровья для всех к 2000 г.». Эта, казалось бы, утопическая цель (достичь здоровья для всех во всех странах с разными социально-экономическими условиями и разным уровнем здравоохранения) определена как социально-

экономическая задача. Генеральный директор ВОЗ Х. Маллер в 1980 г. сформулировал ее так: достижение каждым человеком и каждой семьей такого благополучия, которое позволило бы вести «продуктивный образ жизни» (нужно полагать, здоровый образ жизни). Помимо такого общего понимания этой цели, ВОЗ пыталась определить более конкретно достижение «здоровья для всех» на основе медико-демографических и социологических показателей. Были названы десятки критериев, в том числе уровень младенческой смертности, масса тела при рождении, средняя продолжительность жизни, а также водоснабжение, питание, требования к организации медицинской помощи, грамотности населения и др. В отношении медицинской помощи важнейшим считается развитие первичной медико-социальной помощи, которой посвящена и специальная программа ВОЗ. В регионах на основе общей стратегии достижения здоровья для всех разработаны региональные стратегии и программы. Понятно, что одна ВОЗ не может осуществить и стратегию, и программы, охватывающие важнейшие проблемы национального и международного здравоохранения, без активного участия государств-членов ВОЗ. На ВОЗ возлагается консультативная, экспертная и техническая помощь странам, а также предоставление необходимой информации. Когда-то ее Генеральный директор, много лет руководивший организацией, М. Кандау говорил, что назначение ВОЗ «научить страны помогать самим себе» в решении проблем здравоохранения.

На последних всемирных ассамблеях здравоохранения решено продлить «достижение здоровья для всех» за пределы 2000 г.

Деятельность ВОЗ обеспечивается регулярным бюджетом, состоящим из членских взносов государств. Более 2/3 всего бюджета, который на 2 года планирования деятельности достигает почти 900 млн долларов, вносят развитые страны, максимальные взносы поступают от США (25% всего регулярного бюджета), России, Германии, Великобритании, Канады и др. ВОЗ располагает также внебюджетными средствами.

Являясь специализированной организацией ООН, ВОЗ принимает в свои ряды членов этой организации, хотя устав позволяет принимать и не членов ООН. Фактически число государств-членов ВОЗ соответствует таковому в ООН. После распада СССР членами ВОЗ (как и ООН) стали его бывшие республики. Число государств - членов организации достигло 192.

Секретариат ВОЗ имеет децентрализованную структуру: штаб-квартира расположена во Дворце здоровья в Женеве; 6 региональных бюро для стран Европы - в Копенгагене, для Америки - в Вашингтоне, для бассейна Восточного Средиземноморья - в Александрии (Египет), для Юго-Восточной Азии - в Дели, для Западной части Тихого океана - в Маниле (Филиппины), для стран Африки южнее Сахары - в Браззавиле (Конго). Всего в штаб-квартире и региональных бюро на постоянной основе работает более 4,5 тыс. человек. Это специалисты и технический персонал разных стран.

Ежегодно созываются общие собрания государств-членов - Всемирные ассамблеи здравоохранения, а между ними - сессии Исполнительного комитета, состоящего из

представителей 30 государств-членов, из них 5 - постоянные члены (США, Россия, Великобритания, Франция, Китай).

ВОЗ привлекает для обсуждения и консультаций более тысячи известных специалистов, проводящих заседания экспертных комитетов и советов, готовящих технические, научные, информационные и другие материалы. ВОЗ публикует более 20 изданий, в том числе рабочие документы - отчеты Генерального директора о деятельности, статистические материалы, документы комитетов и совещаний, в том числе отчеты ассамблей, исполнительных комитетов, сборники резолюций и решений, а также журналы ВОЗ - «Бюллетень ВОЗ», «Международный форум здравоохранения», популярный журнал «Здоровье мира», серию монографий и технических докладов и др. Официальными языками ВОЗ являются английский и французский. Кроме них, ряд документов и материалов, а также перевод выступлений делегатов на ассамблеях, в комитетах производится на рабочих языках - русском, китайском, испанском, арабском, немецком.

ВОЗ принадлежит большая роль в успешном решении ряда проблем международного и национального здравоохранения. По ее инициативе и при активной поддержке СССР и других стран была осуществлена глобальная кампания по ликвидации оспы в мире (последний случай зарегистрирован в 1981 г.); ощутимых результатов достигли кампания борьбы с малярией, распространенность которой сократилась не менее чем в 2 раза, программа иммунизации против 6 инфекционных заболеваний, выявление и борьба с ВИЧ, создание справочных и других научных центров во многих странах, организация служб первичной медико-санитарной помощи, медицинских школ и учебных курсов и др.

Однако ВОЗ не свободна и от политических решений, политической борьбы, особенно при приеме в ее ряды новых членов, определении роли врачей в сохранении и укреплении мира, противостоянии ядерной войне и др. Представители нашей страны и члены делегаций на сессиях и ассамблеях проводят активную политику развития и укрепления международного медицинского сотрудничества.



## **РАЗДЕЛ 4.**

# **ОБЩЕТЕОРИТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ МЕДИЦИНЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА, ДЕОНТОЛОГИЯ, БИОЭТИКА**

### **4.1. Общие теории медицины здравоохранения и народонаселения в современный период**

В медицине, здравоохранении, демографии с момента их возникновения используются и совершенствуются тысячи теоретических обобщений - учений и концепций, представляющих теоретический базис. Большая часть их относится к частным вопросам и проблемам - этиологии, патогенезу, принципам диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, конкретных процессов народонаселения, организации медицинской помощи, управления здравоохранением и др. Их рассмотрение входит в задачу всех медицинских отраслей и дисциплин. Здесь речь пойдет о так называемых **общих теориях**, трактующих сущность двух основных категорий медицины - здоровья и болезни, общих закономерностях их формирования, преодоления болезней и охраны, укрепления, воспроизводства здоровья, т.е. об общих воззрениях на патологию и санологию - науку о болезнях и науку о здоровье. Такой подход к теориям составляет также задачу нашей науки и дисциплины.

В настоящее время общие теории медицины, здравоохранения и народонаселения (медицинской демографии) можно условно раз- делить на несколько групп.

#### **Общие теории медицины, здравоохранения, народонаселения**

##### *I. Теории обусловленности здоровья, санологии*

1. Теория факторов риска здоровью
2. Теория непосредственного воздействия образа жизни на здоровье
3. Теория формирования здорового образа жизни, охраны здоровья здоровых, санологии
4. Теория формирования общих типов (профилей) здоровья - патологии
5. Теория «факторов», «порочного круга нищеты и болезней»
6. Теория «болезней цивилизации» и социальной дезадаптации

##### *II. Натуралистические медико-биологические теории*

1. Теория социобиологии Э.О. Уилсона
2. Теория этологии, этологизма
3. Теория человеческой (социальной) экологии
4. Теория стресса и общего адаптационного синдрома Г. Селье
5. Теория фрейдизма, неофрейдизма, психоаналитической психосоматики
6. Теория неогиппократизма и биотипологии

##### *III. Теории функциональной патологии и медицины*

1. Теория целлюлярной патологии и ее современные варианты
2. Теория нервизма. Теория кортико-висцеральной патологии

#### *IV. Натуралистические теории народонаселения и здравоохранения*

1. Теория мальтузианства
  2. Теория неомальтузианства. Теория «оптимума населения»
- V. Синтетические, универсальные теории*
1. Теория конвергенции общественных систем и здравоохранения
  2. Теория «человеческого капитала»
  3. Детерминационная теория медицины

Названными теориями не ограничивается круг общих концепций медицины, здравоохранения, народонаселения. Это лишь общие концепции и далеко не все о сущности здоровья, болезней и медико-демографических явлений, известных не только в прошлом, но в современный период.

Общие теории несут на себе печать прежних направлений и учений - гуморализма (примата жидкостей в жизнедеятельности, здоровье, болезнях) и солидаризма (примата твердых частей организма) и тех натурфилософских учений, которые известны со времен древности и вошли в традиционную медицину.

#### **Общие направления теорий медицины**

##### *I. Натурфилософское направление древних цивилизаций (Индия, Китай и др.)*

1. Представления о гармонии и дисгармонии первоэлементов, определяющих состояние здоровья и болезни

2. Учения традиционной медицины, основанные на древних натурфилософских представлениях

##### *II. Гуморализм*

1. Античный, натурфилософский
2. Ятрохимическое направление (Средние века)
3. Гуморализм XVIII-XIX веков

##### *III. Солидаризм*

1. Античный, натурфилософский
2. Ятрофизическое направление (Средние века)
3. Анатомо-локалистическое направление (XVIII-XIX вв.)

#### 4. Физиологическое направление (XVIII-XIX вв.)

Представим краткую характеристику некоторых теорий. В разделе об общественном здоровье наряду с его характеристикой говорилось и о теоретических обобщениях - *теориях обусловленности здоровья*, таких, как теории факторов риска здоровью, теории (концепции) *непосредственного влияния на здоровье образа жизни*; теории *формирования здорового образа жизни, охраны здоровья здоровых - санологии; концепций формирования общих типов или профилей патологии*. Здесь не будем повторять данные об этих теориях (см. выше в разделе о здоровье).

##### **4.1.1. Теория «факторов», «порочного круга нищеты и болезней»**

Эта теория исходит из объяснения состояния здоровья и развития здравоохранения на основании признания роли множества различных социальных, экономических, биологических, медицинских и других факторов и условий и их взаимосвязи и взаимодействия. Обобщенной характеристикой негативного влияния на здоровье населения социально-экономических, психологических, политических и других факторов выступает понятие бедности, нищеты. По мнению приверженцев этой теории, болезни, нездоровье, в свою очередь, вызывают нищету. Складывается порочный круг, который нужно разорвать с помощью улучшения здоровья или устранения нищеты.

На первый взгляд эта теория заслуживает внимания, тем более, что никто не отрицает влияния социально-экономических факторов на здоровье, а здоровья - на состояние и развитие экономики, никто не спорит с утверждениями о множественности факторов, определяющих здоровье. Эта теория популярна среди специалистов и политических деятелей. Видный деятель общественного здравоохранения и ВОЗ К. Уинслоу, используя положения теории «факторов» и обосновывая теорию «порочного круга нищеты и болезней» (1951), писал о «круговой причинной зависимости между всеми факторами общественной системы». Однако для объяснения происхождения здоровья и болезней, их формирования недостаточно указывать на очевидное влияние на здоровье различных факторов и влияние здоровья на бедность. Нужно видеть основные причинные факторы, ведущие звенья общественной системы и социальной среды, которые определяют состояние здоровья (и экономики), от которых зависит эффективная социальная практика в области здравоохранения. Без такого диалектического анализа теория «факторов», нищеты и болезней остается метафизической, механистической, методологически несостоятельной. На это обстоятельство по поводу теории «факторов», существовавшей еще в конце XIX-начале XX в., обращали внимание Г.В. Плеханов и В.И. Ленин.

Применяемая в решении методологических проблем медицины, эта теория не только не способствует раскрытию причинности, обусловленности, здоровья, болезней, но и подменяет значение факторов социальных биологическими, психологическими и т.п.

#### **4.1.2. Теория «болезней цивилизации» и социальной дезадаптации**

Это одна из самых распространенных теорий медицины, здравоохранения и даже народонаселения. Теория представляет собой ответ на вопрос о причинах резких изменений общественного здоровья, особенно сокращение его потенциала и возникновение массовой патологии.

Самый общий ответ на этот вопрос - бурное развитие современной цивилизации с ее негативными явлениями - урбанизацией, индустриализацией, технизацией, загрязнением окружающей среды, психоэмоциональным напряжением, словом, резким изменением условий и образа жизни людей, к которым они не успевают приспособиться за короткий исторический срок. Наступает и углубляется дезадаптация, вызванная социальными, технологическими, психологическими факторами, т.е. социальная дезадаптация, и вследствие этого различные функциональные, психосоматические и даже органические расстройства здоровья, заболевания. Поскольку остановить развитие современной технической, «технотронной» цивилизации, радикально преобразовать ее во влияющую только позитивно на здоровье невозможно, неизбежно наступают истощение потенциала здоровья общества, массовая невротизация, деградация. Именно так представили эту концепцию еще в середине 50-х годов французские медики Э. Гюан и А. Дюссер в книге «Болезни нашего общества». Они утверждали, что современное - цивилизация вырывает человека из привычных для него условий жизни, к которым он приспособился, - возникает дисгармония ритмов природной жизни человека и ритмов, создаваемых новым образом жизни цивилизованного общества. В результате создается основа общих механизмов заболеваний вследствие дезадаптации или, как ее называли авторы концепции, социальной инадаптации. Они намечают даже стадии этого процесса: тревоги, общей невротизации, заболеваний - деградации человечества. Противостоять дезадаптации могут лишь сильные, «поливалентные» личности или, как ни странно, невротики, чьи жизненные ритмы столь же напряжены и неупорядочены, как и ритмы цивилизованного общества. Следовательно, нужно воспитывать такие сильные личности, успешно противостоящие негативному влиянию цивилизации, хотя социальная дезадаптация неотвратима, так как цивилизацию не остановишь.

Основные положения этой теории многократно звучали, дополнялись и развивались в трудах, выступлениях многих ученых медиков, социологов, общественных деятелей, представителей международных медицинских организаций. Крупнейший патолог Р. Дюбо (США) многократно говорил о разрушительных последствиях для здоровья человека в современном обществе социальной дезадаптации, которая опережает механизмы приспособления - сохранения здоровья: «Эволюция биологических механизмов идет слишком медленно, чтобы поспевать за ускоренными темпами технического прогресса и социальных перемен, происходящих в современном мире». Широкая способность человека адаптироваться к различным условиям жизни, в том числе экстремальным, все же не беспредельна. Наступает перенапряжение, возникает срыв адаптивных

механизмов «за счет органических и психических процессов, которые могут впоследствии приводить к дегенерации», т.е. не только к острым, но и к «хроническим, дегенеративным заболеваниям», т.е. «болезням цивилизации». О срыве адаптации и социальной дезадаптации как общем механизме «болезней цивилизации» особенно образно говорил известный социолог О. Тоффлер (США) в книге «Столкновение с будущим». Он уподобил современную цивилизацию экспрессу, с бешеной скоростью летящему к пропасти, к всеобщей дегенерации человечества, испытывающего «шок от столкновения с будущим», всеобщую социальную дезадаптацию с ее массовыми болезнями, тревогами, апатией, вспышками насилия, враждебностью, депрессией. Шок от столкновения с будущим - «это реакция человека на чрезмерные нагрузки». О. Тоффлер, как Р.Дюбо и другие современные теоретики, в том числе деятели ВОЗ (Т. Ламбо, Ф. Роджерс), предлагают остановить «экспресс цивилизации», затормозить негативное действие «социального ускорения», воспитывать людей, способных противостоять дезадаптации. Пока, однако, это лишь призывы.

В теории «болезней цивилизации» и социальной дезадаптации есть рациональное зерно, заключающееся в идее несоответствия биологических, природных и социальных ритмов, потенциальной возможности регулировать развитие цивилизации, научно-технический прогресс с целью профилактики неблагоприятных воздействий на здоровье человека.

#### **4.1.3. Теория социобиологии Э.О. Уилсона**

Попытки объяснить социальные процессы и явления, в том числе социальные проблемы здравоохранения и медицины, с помощью биологических концепций, прежде всего дарвинизма, предпринимались давно. Социал-дарвинизм стал целой теорией уже во второй половине XIX в. Она известна не только в социологии, но и в демографии, и медицине. Основоположник этого учения английский философ-позитивист и социолог Г. Спенсер распространил физиологические, морфологические представления, концепции Ч. Дарвина на социальные процессы и явления. По аналогии со строением и деятельностью животного организма он распределил назначение и функции социальных слоев и классов общества. Правящие круги, элита общества аналогичны мозгу и призваны управлять обществом, которое подобно суперорганизму: рабочие, крестьяне, как мышцы, обязаны выполнять физическую работу. Банкиров и им подобных Г. Спенсер сравнивал с сосудодвигательными нервами; служащих - с соединительной тканью; богатых, живущих на доходы от капиталов, ренту, - с жировой тканью и т.д. Таким образом, создавалась, так сказать, органическая теория. Органической теорией является и социал-дарвинизм, основные постулаты которого о конкурентной борьбе, выживании наиболее приспособленных использовались для объяснения современной структуры и функций капиталистического общества, в том числе демографических и медицинских явлений и проблем. Например, воспроизводство населения рассматривалось на основе так называемого закона об обратной изменчивости между процессом генезиса и «индивидуации», т.е. между биологическими, генетическими процессами, направленными на размножение и сохранение вида (генезис), и приспособлением, индивидуальной адаптацией в процессе борьбы за существование («индивидуация»). Чем больше энергии

затрачивается на генезис, тем меньше ее остается на «индивидуацию». Отсюда все различия демографических явлений и состояния здоровья в разных обществах, у разных народов и т.п.

Как известно, аналогия - не способ доказательства. Органическая теория Г. Спенсера и им подобные концепции, заменяя социальные процессы биологическими, остаются примерами механистических теорий, хотя отдельные наблюдения и обобщения, касающиеся жизни животных, заслуживают внимания при объяснении поведенческих актов и состояния здоровья человека. Эти элементы органических концепций наиболее полно представлены в новейшей теории - социобиологии, а также экологии, этологии, о которых будет сказано отдельно.

Новейшая теория социобиологии известна с 70-х годов, с работ американского энтомолога Э.О. Уилсона «Социобиология: новый синтез» (1975), «О природе человека» (1978) и совместных с К. Ламзденом изданий «Гены, разум и культура. Процесс коэволюции» (1981), «Прометеев огонь. Размышления о происхождении разума» (1983). Социобиология исследует характерные черты организации сообществ живых существ на основе биологических законов, процессов. Эти черты переносятся на человека, его поведение, образ жизни, здоровье. Создаются «биограммы» человека, т.е. его полной биологической характеристики для определения приспособления к современной культуре и не устранимых культурой филогенетических свойств. Этот процесс адаптации к современной культуре, цивилизации с помощью биологических процессов назван «генно-культурной коэволюцией», отражающей взаимовлияние генотипа, среды и цивилизации. Генно-культурная коэволюция призвана определить биологические, филогенетические и социальные черты, синтез которых и должен объяснять поведение человека, его психосоматический статус и здоровье.

#### **4.1.4. Этологическая концепция**

Термин «этология» введен в 1859 г. французским биологом Ж. Сент-Илером для обозначения поведения животных в естественных, природных условиях. Сегодня под ним понимают инстинктивное поведение. Следовательно, этологическая теория связана с закономерностями инстинктивного поведения животных и попытками использовать их при объяснении поведения и здоровья человека.

В 1973 г. Нобелевской премии по медицине и физиологии были удостоены зоологи К. Лоренц, Н. Тинберген и К. Фриш, известные своими трудами по этологии. В решении Нобелевского комитета Королевского каролинского института о присуждении этой премии сказано, что награжденные на основе изучения поведения пчел, птиц, животных разработали «возможные способы адаптации биологических свойств человека с целью профилактики дезадаптации и заболеваний». Отмечалось, что этология заметно повлияла на социальную медицину, психиатрию и психосоматическую медицину.

Однако этологическая концепция, как и другие натуралистические теории, идет дальше скромной возможности исследования инстинктов. Она переносит закономерности

инстинктивного поведения животных на сферу поведения и здоровье человека, что и отмечал Нобелевский комитет: на основании исследований инстинктивного поведения животных возможно раскрытие некоторых сторон этиологии и патогенеза заболеваний человека. В основе этологической концепции лежат представления о «врожденных формах поведения, инстинктивных движений» под воздействием определенных стимулов, или релизеров поведения. У каждого вида имеются свои релизеры, которые автоматически вызывают специфические комплексы моторных реакций - паттерны поведения, или сигнальные, ключевые реакции. Такие безусловно-рефлекторные (инстинктивные) связи (по типу стимул-реакция) обеспечивают адаптацию животных к окружающей среде, адаптивное поведение.

Этологи утверждают, что и человек в процессе эволюции унаследовал от животных инстинктивные формы поведения, которые можно выявить и изучить, оценить их значение для поведения и образа жизни, следовательно, и здоровья, особенно психосоматического, которое, таким образом, уходит корнями в инстинктивную сферу. Это положение близко к фрейдистским представлениям о роли инстинктивного, бес(под)сознательного. Более того, этологи, как и психосоматики, неофрейдисты, говорят о конформизме инстинктивного начала и внешней цивилизованной среды, о подавлении средой инстинктов как одном из факторов нездоровья, болезней. Особое значение придается агрессивным инстинктам, присущим биологической природе человека. Известность этологии принесли труды об агрессии и ее инстинктивном происхождении, особенно книга К. Лоренца «Так называемое зло. К вопросу о естественной истории агрессии» (1963). К. Лоренц писал, что «пагубный по своим размерам агрессивный инстинкт, который как дурное наследие и по сей день сидит у нас, людей, в крови», объясняет происхождение войн, конфликтов и ряда сердечно-сосудистых, нервно-психических и других болезней.

Учением об инстинктивном поведении, особенно об агрессии, воспользовались некоторые реакционно настроенные публицисты, нашедшие простое «научное» объяснение неизбежности войн, преступлений, конфликтов. Появились книги под названиями, не позволяющими сомневаться в биологическом происхождении поступков, поведения, физического и психического здоровья человека: «Голая обезьяна», «Человеческий зверинец», «Любовь начинается со шкуры», «Царствующее животное» и т.п. Этология в таких публикациях стала этологизмом - односторонним и тенденциозным толкованием поведения человека и человеческих популяций.

#### **4.1.5. Концепция человеческой (социальной) экологии**

О термине «экология» известно с середины прошлого века, когда она трактовалась в трудах Э. Геккеля, предложившего этот термин, К. Рулье, Н.Л. Северцева, самого Ч. Дарвина и других естествоиспытателей. Этим термином стали обозначать отрасль биологии, изучающую связи, взаимоотношения, образ жизни животных в конкретных природных условиях, т.е. влияние среды на жизнедеятельность животных.

Однако попытки использовать понятия экологии для объяснения социальных явлений, поведения и здоровья людей начались в 20-х годах с публикации книги социологов США Р. Парка и Э. Бюргесса «Человеческая экология». В этом труде, представляющем ставшую уже традиционной биологизацию социальных процессов и явлений, и в других работах вплоть до настоящего времени жизнь человеческого общества, все процессы, происходящие в нем, трактуются с позиций биологической экологии. Важнейшие из них - община - это суперорганизм, т.е. население (популяция), проживающее в конкретных условиях места и времени - биотопе. В общине-биотопе взаимоотношения людей регулируются и направляются закономерностями конкуренции, но в отличие от биологической конкуренции, в условиях «конкурирующего сотрудничества» - своего рода жизненного треугольника процессов собственно конкуренции, корреляции и адаптации. Эти отношения, по мнению экологов, воплощают два уровня организации - биотический и культурный. «Конкурирующее сотрудничество» стремится к гармонии, устойчивому равновесию, которое обеспечивается также принципами господства и последовательности, т.е. территориального распределения условий жизнедеятельности и определенного порядка в биотопе (подобным в животном мире) как выражению того же основного процесса - биологической конкуренции.

Нарушения законов и принципов социальной экологии в общине, обществе приводят к политическим, социальным, экономическим конфликтам, к нездоровью, болезням людей. Как нетрудно видеть, человеческая (социальная) экология, подобно этологии, выступает в качестве современного варианта социал-дарвинизма и других социобиологических учений.

#### **4.1.6. Теория стресса и общего адаптационного синдрома Г. Селье**

Теория Г. Селье стала ответом на вопрос о причинах и механизмах резко изменившегося состояния здоровья населения, «натиска» хронических заболеваний, сформировавших неэпидемический тип патологии, который, как отмечал ученый, стал результатом влияния не отдельных патогенных факторов, а целого их комплекса - патогенных ситуаций, приводящих не к монокаузальным, а плюрокаузальным заболеваниям, к «болезням цивилизации».

Состояние здоровья, по Г. Селье, обусловлено воздействием многообразных раздражителей - факторов окружающей среды и внутреннего мира человека, которые он назвал стрессорами. Стрессоры вызывают функциональное напряжение всех систем организма - состояние стресса (термин, примененный Г. Селье по аналогии с физическими явлениями). Стресс в нормальных условиях обеспечивает здоровье («эустресс»), измененный под влиянием неблагоприятных условий стресс вызывает патологические реакции, заболевания («дистресс»). Патологический процесс (дистресс) проходит определенные стадии - тревоги, резистентности, истощения. Если организм не преодолевает последнюю стадию, наступает его гибель. Следовательно, стресс - это не только болезнь, как считают многие вопреки учению Г. Селье, но и состояние борьбы с



заболеванием, состояние преодоления дистресса и формирования эустресса. Концепция стресса - теория не только патологии, но и саногенеза, санологии.

Однако было бы неправильным ограничивать теорию Г. Селье только вышеназванными положениями: ее другим основополагающим атрибутом является концепция общего адаптационного синдрома (ОАС) - механизма реализации стресса. Ведущую роль в обеспечении реакций стресса, по Г.Селье, осуществляют «адаптивные гормоны» коры надпочечников, передней доли гипофиза, тимуса как узловые звенья эндокринной системы управления и координации функций.

Подчеркивая роль адаптивных гормонов, Г. Селье не отрицал, как нередко говорилось по поводу его учения, значения других систем управления функциями и прежде всего нервной системы: «все системы (системы организма - Ю.Л.)координируют свою специализированную деятельность посредством нервных импульсов и химических сигналов (в частности, переносимых кровью гормонов)»; «сегодня мы знаем, что приспособление происходит двумя путями: нервным и гуморальным».

Г. Селье создал учение о неспецифической по проявлениям реакции организма на самые различные, в том числе специфические, воздействия, подробно охарактеризовав морфологические и функциональные изменения в организме при этих стандартных реакциях. Наряду с типичными для патологических процессов проявлениями ОАС Г. Селье указал и на типичные для восстановления здоровья (саногенеза) проявления - неспецифические реакции ОАС.

Таким образом, создана широкая биологическая концепция причин (стрессоров) и механизмов патогенеза и саногенеза стрессорных реакций ОАС, ведущим звеном которой являются адаптивные гормоны, что не исключает и участия в адаптации нервного звена. Сам Г.Селье высоко оценивал свое учение о стрессе и ОАС; однажды он заявил: или эта теория, или никакой. Более того, он, как и некоторые другие крупнейшие ученые и мыслители, пытался применить эту биологическую, медицинскую концепцию к объяснению человеческих отношений, социологических закономерностей, создать своего рода философию жизни. Недаром свое основное произведение он назвал «Стресс жизни» (1956 г., переиздание в 1976 г.). Жизнь каждого человека, как и всех людей, по Г. Селье, регулируется принципом разумного эгоизма, направленного на самосохранение вида, рода (подобно «коллективному эгоизму» клеток организма), который имеет конкретную физиологическую и психологическую основу - ОАС. В жизнедеятельности и взаимоотношениях людей она проявляется через эмоции благодарности, которые способствуют укреплению, процветанию человеческих отношений, охране, защите человека (следовательно, и его психического и физического здоровья), и эмоции реванша, разрушающие человеческие отношения. Чувство благодарности как «общий знаменатель для самых разнообразных способов самовыражения», по Г.Селье, является частным случаем от более емкой и значимой эмоции - чувства любви к ближнему. Формируется нечто вроде христианской заповеди любви к ближнему. Такие социально-психологические реакции Г. Селье объясняет по аналогии с реакциями стресса в

организме: «Механизм столкновения стресса внутри организма очень напоминает механизм встречи со стрессом в общественных отношениях между людьми».

Оставим на совести ученого такие экскурсы в область человековедения. Не они составляют главное в его оригинальном учении о стрессе и ОАС, ставшем одной из самых распространенных медико-биологических теорий.

#### **4.1.7. Теории фрейдизма, неофрейдизма, психоаналитической психосоматики**

Теория З. Фрейда получила широкое распространение не только в психиатрии, психологии, медицине, но в социологии, искусствоведении и других сферах идеологии. Она стала своего рода философией жизни. З. Фрейд попытался объяснить мотивы и психологические механизмы поведения людей, а не только причины и патогенез многих заболеваний, вторгся в неизведанную ранее область под(бес)сознательного, увидев в ней источник жизненной энергии и психоэмоциональной деятельности.

Начав врачебную практику как невролог, З. Фрейд потратил много сил на выяснение природы истерии и других неврозов. Клинические наблюдения и психологический анализ использовал в конструировании абстрактно-логической концепции структуры и роли так называемого психического, не психической деятельности как функции головного мозга, изучаемой физиологами и психологами, а абстрактного «психического». З.Фрейд представил его как состоящее из трех слоев, или сфер: 1) основы, главной сферы - под(бес)сознательного, так сказать, дна, фундуса жизни, которое он обозначил с использованием греческой терминологии (как и все другие структуры) - «ОНО»; 2) сферы сознания, интеллектуальной деятельности - «ЭГО» - «Я» и 3) сферы контроля, цензуры психологических, эмотивных, подсознательных актов - «СУПЕРЭГО». Взаимодействие этих сфер и составляет психическое, психическую деятельность, которая направляет и определяет поведение человека, его судьбу, его здоровье и болезни. З.Фрейд исходил из того, что психическое непосредственно причинно не связано с окружающей природой и социальной средой, представляет собой как бы автономную область, которая сформировалась еще на заре человеческой истории, во время первобытной общины. Уже тогда основа психического - ОНО восприняло биологические инстинкты, которые свободно, без давления общества, цивилизации (ее еще не было) проявлялись в жизни людей. Среди этих инстинктов главными были те, что обеспечивали и выражали, по существу, животную жизнь людей - половой, агрессивный, пищевой и пр. С возникновением цивилизации, культуры, религии, морально-нравственных, правовых и других правил, норм поведения эти формы и условия коллективной жизни общества стали противодействовать свободному, дикому, животному проявлению эмоций и инстинктов подсознательного. Этому противодействию служит цензура, СУПЕРЭГО психического. Таким образом, образовался конфликт между окружающей средой и психическим, прежде всего, его основой - ОНО. ЭГО, по З.Фрейду, играет подчиненную ОНО роль, отражает его содержание, пропущенное через цензуру. ОНО - сосредоточие эмоций, инстинктов, их комплексов. Среди многих комплексов З. Фрейд придавал исключительное значение так называемому эдипову комплексу: под(бес)сознательному

сексуальному чувству ревности младенца мужского пола к отцу из-за матери, а женского пола - к матери по отношению к отцу (по аналогии с известным античным мифом). Эмоции, инстинкты стремятся проникнуть в сферу сознания - ЭГО, т.е. быть осознанными, но СУПЕРЭГО, цензура, препятствует этому, так как она - воплощение созданных цивилизованным человеком морально-этических норм, правил, всяческих запретов - табу. Подсознательные эмоции и комплексы носят откровенно натуралистический, биологический характер - сексуальный. Это человеческая мораль не может признать мотивом и механизмом поведения. Усугубляется конфликт, конформизм между ОНО и ЭГО. В нем - суть патологии и не только психической, но, как потом будут доказывать сторонники З. Фрейда, всей патологии, особенно «болезней цивилизации».

Такова в кратких чертах теоретическая концепция фрейдизма, которую сам ее создатель называл психолого-биологической, определив ее как нечто стоящее рядом с психологией - **метапсихологию**. В отличие от своих современников, известных физиологов, психологов, неврологов, например, И.П. Павлова, З. Фрейд не признавал достижений экспериментальной неврологии, физиологии, считая, что еще не создана наука о психическом.

Другой частью фрейдизма, которым обычно обозначают все учение, является **психоанализ**, т.е. метод расшифровки содержания психического, прежде всего ОНО. Метод заключается в проникновении в сферу под(бес)сознательного, определения и идентификации наполняющих его эмоций, инстинктов и их комплексов и доведения содержания ОНО до сознания человека, пациента (т.е. осознание). Такая процедура, как это установил З. Фрейд, дает лечебный эффект. Психоанализ стал господствующим методом психотерапии. В числе методических приемов психоанализа З. Фрейд и его последователи применяли толкование сновидений, оговорок, языковых ошибок, свободные ассоциации (беседы с пациентами по специальной программе) и др. Основой лечебного эффекта З.Фрейд считал разрядку психической эмотивной энергии ОНО - так называемый катарсис, о котором говорил еще Аристотель.

Учение З. Фрейда возникло не в вакууме. Родоначальник фрейдизма опирался на философские взгляды А. Шопенгауэра, Ф. Ницше, Э.Гартмана о ведущем значении бессознательного - «изначального и естественного состояния всех вещей», первоосновы душевной деятельности, вторичности по отношению к бессознательному сознания, на исследования и клинические наблюдения Ж. Шарко и других неврологов. Концепция фрейдизма оформилась в основных положениях уже в начале XX в., продолжая формироваться вплоть до смерти ее создателя (1939). Литературное наследие З. Фрейда состоит из десятка известных, переведенных на многие языки книг (которые в настоящее время собраны в шеститомном издании, вышедшем и на русском языке).

Уже при жизни З. Фрейда начали формироваться концепции его учеников и последователей теории **неофрейдизма**. Ученики З. Фрейда встали на путь критики ряда положений классического учения, прежде всего, отрицания связей с окружающей средой, «культурой», влияющей на сознание. Неофрейдизм иногда называют «культурным фрейдизмом». Неофрейдисты выступали и против преувеличенного, по их мнению,

значения сексуальных комплексов, против пансексуализма, представлений о некоторых механизмах вытеснения, сублимации бессознательных влечений в сферу сознания, его формирования в младенческом возрасте («оральной», «анальной», «генитальной» фаз) и некоторых других положений. Вместе с тем они оставили без принципиальных изменений и даже развивали основной постулат фрейдизма о ведущей роли под(бес)-сознательного и его инстинктивного содержания. Более того, к комплексам, описанным З.Фрейдом, они добавили свои конструкции, определяющие поведение и здоровье людей.

Среди неофрейдистов особенно известны А. Адлер, К. Юнг. А. Адлер - основатель так называемой индивидуальной психологии. Он указывал на значение «социального интереса», «социального чувства», противостоящего ОНО. Из конфликта социального окружения и подсознательного у человека возникает «комплекс неполноценности», влияющий на индивидуальную судьбу, здоровье и возникновение болезней.

К. Юнг - основатель «аналитической психологии», автор концепции о «коллективном подсознательном» - «психологическом наследстве человечества с доисторических предков, организованном в виде эмоциональных комплексов - архетипов». Из него возникают различные комплексы, составляющие глубинное ядро личности, от которого зависят поведение и здоровье человека.

Из других неофрейдистов широкую известность получили К. Хорни, автор «культурно-философской психопатологии», выдвинувшая представления о «неврозе характера», «основной тревоге», «стремлении к безопасности и удовлетворению»; Г. Селливан - создатель концепции «межличностной психиатрии», строения личности из двух сфер: «самосистемы», ее поверхностного слоя и «само» - изначального зерна личности, вступающих в конфликт с обществом; Э. Фромм, взгляды которого обозначают как «гуманистический психоанализ», утверждавший, что психические подсознательные механизмы обуславливаются конкретными социально-экономическими, политическими, историческими условиями и соответствующими им психологическими механизмами («морального мазохизма», присущего эксплуататорским обществам; «подчиненного автоматизма», характерного для современного капиталистического общества, и др.).

Применение идей классического учения и неофрейдизма в медицине сформировало так называемую **психоаналитическую психосоматику**. Ее наиболее яркий представитель Ф. Александер прямо ссылается на З.Фрейда, признавая, что психоанализ «изменит взгляды современного человека и все науки, касающиеся его, не только медицину и биологию, но и социальные науки». Он признает первостепенное, судьбоносное значение подсознательного. В своем основном труде «Западное мышление в переходный период» Ф.Александер писал: «На поверхность всплыло подсознательное со всеми своими элементами - мистицизмом и иррациональностью. Оно стало основным объектом психологии и социальных наук, искусства и литературы, оно доминировало во внутренней политической жизни, так же как и в мировой политике».

Девиантное (отклоняющееся от нормы) поведение, заболевания, прежде всего, нейropsychические и так называемые психосоматические формируются вследствие

конфликтов, конформизма окружающей человека цивилизованной среды и психической сферы человека, его под(бес)сознательного. Возникает и развивается деперсонализация, потеря личности, «утрата собственного Я». Человек «завоевал мир и утратил свое собственное Я». Происходят дезадаптация и дезорганизация как основы, предпосылки заболеваний. Следовательно, болезнь - реакция личности на социальную, или «культурную» дезинтеграцию, которая возникает уже с первых лет жизни индивидуума.

Психосоматики обосновали ряд механизмов заболеваний, исходя из представлений о примате под(бес)сознательного. Один из них - соматизация эмоций, т.е. трансформация эмоций в соматические нарушения. В этом механизме большое значение придается так называемому символическому языку органов: не в состоянии выразить эмоции бессознательного обычным, речевым образом, они трансформируются, сублимируются в патологические симптомы - «язык органов». Представители этого направления исходят из положений о целостности, психосоматическом единстве организма, используют концепции стресса, нервизма, достижения физиологии, клинической медицины. Следует особенно выделить применение так называемого биографического метода - подробного обследования личности, мотивации, определения типов соматизации эмоций, профилей личности в клиническом исследовании, индивидуального подхода к пациентам и другие заслуживающие внимания и изучения стороны неопределенности и психоаналитической психосоматики.

#### **4.1.8. Теория неогиппократизма и биотипологии**

Одна из причин возникновения и развития неогиппократизма и биотипологии - стремление противостоять усиливающейся дегуманизации медицины, отчуждению врача и пациента вследствие ее интенсивной технизации и сверхспециализации под влиянием научно-технической революции. Вторжение во врачебную практику массы лабораторных исследований, технических диагностических и лечебных приемов отрывало врача от пациента, противоречило индивидуальному подходу, восприятию целостности организма, его психосоматического единства, связи с внешней средой, знанию образа и условий жизни пациента и др., превращало врача в техника, узкого специалиста по лечению отдельных органов, частей организма. Чтобы остановить дегуманизацию, ряд крупных клиницистов призвали восстановить классические принципы медицины, которые они не без оснований видели в учении «отца медицины» Гиппократов. «Назад к Гиппократу!» - под этим лозунгом уже в 20-х годах XX в. стали появляться статьи, выступления, в том числе известная публикация выдающегося российского хирурга С.П. Федорова «Хирургия на распутье». Это стремление возродить практику медицины Гиппократов итальянский историк медицины А. Кастильони назвал «неогиппократизмом». Сторонники этого направления организовали научное общество и уже до второй мировой войны стали проводить международные конгрессы неогиппократической медицины, на которых были сформулированы его основные положения.

Одно из отправных положений этого учения - «рассмотрение больного как соматического целого, как жизненного единства тканей, гуморальной системы, сознания». Как говорил П. Делор, которого называли «духовным отцом» доктрины целостности

медицины, «подлинная медицина - это всеобъемлющая наука. Это медицина человеческого организма, взятого во всех его проявлениях и связях, рассматривающая его психоорганические проявления и окружающую среду в их единстве».

Уже на первых конгрессах, в выступлениях и трудах одного из основоположников неогиппократизма Н. Пенде (Италия) подчеркивалась необходимость борьбы с аналитической тенденцией, обосновывался принцип целостности и индивидуализации в духе Гиппократов, отмечались примат общей медицины и патологии, предпочтение простой и естественной терапии, направленной на стимулирование и поддержку природных сил, преодолевающих болезнь: «Рассчитывать на естественный иммунитет до того, как прибегать к иммунитету искусственному», - записано в решениях 1-го Международного конгресса неогиппократической медицины. Избыточной специализации, деятельности так называемых узких специалистов была противопоставлена фигура врача общей практики - семейного врача, хорошо знающего условия жизни пациентов, их индивидуальные особенности, способного оказать квалифицированную медицинскую помощь в абсолютном большинстве случаев и не прибегающего по всякому поводу к дорогостоящей

госпитализации и помощи узких специалистов. Н.Пенде называл семейного врача гиппократовым врачом.

Позиции неогиппократизма совпадали с зародившейся позже так называемой **холистической медициной** (термин «холизм» означает целостность), представители которой, утверждая индивидуальный подход к больному как психосоматической целостности, пытаются соединить в единое учение взгляды приверженцев современной научной и традиционной, народной, восточной, античной медицины.

Неогиппократизм и холистическая медицина используют также современные и прошлые учения конституциональной медицины, прежде всего, представления Гиппократов об основных типах телосложения и темперамента (сангвиники, холерики, меланхолики, флегматики), модернизируют их, строят свои типологические схемы и классификации. Положения неогиппократизма интегрируются с взглядами конституционалистов в формировании неогиппократизма и биотипологии.

«Биотип» - современное представление Н. Пенде и других основателей неогиппократизма о типе конституции, совмещающем наиболее характерные морфологические черты и психический статус. В отличие от конституциональных схем, подчеркивающих значение лишь морфологических или функциональных параметров, создатели и сторонники биотипологии говорят о биотипах как «индивидуальных вариантах совокупности жизненных проявлений с их соотношениями и детерминизмом», как сплаве психического и соматического. В «Трактате о биотипологической медицине» - основном труде этого течения (1955) и в трудах 1-го Международного конгресса неогиппократизма говорится о биотипологии, «которая рассматривает больного как индивидуальность, как психосоматическое целое» «для того, чтобы подойти к

синтетическому познанию морфологического, физиологического и психологического индивидуального типа».

Наряду с ревизией типологии Гиппократов создаются современные схемы биотипологии. Н. Пенде, исходя из представлений о «нейроэндокринных констелляциях» и роли различных пропорций морфологического строения организма, предложил классификацию биотипов: 1) гипостенический с укороченными пропорциями строения тела; 2) гиперстенический с укороченными пропорциями; 3) гипостенический с удлинёнными пропорциями; 4) гиперстенический с удлинёнными пропорциями. М. Мартини в своей классификации основывается на стадиях эмбриогенеза, выделяя 4 основных биотипа: энтобластический, мезобластический, эктобластический, хордобластический. А. Кавадиас, делая акцент на работе эндокринных желез, которые выполняют роль интегрирующих процессов в жизнедеятельности, подразделяет биотипы на: 1) «канонический», или стенический (с полным эндокринным равновесием); 2) «фтизикус» (с признаками гипогонадизма); 3) «апоплектикус» (пищеварительный тип).

Как видно, несмотря на заявление о комплексном характере биотипов, приведенные классификации ориентируются на определенные системы или ткани. Тем не менее биотипология - учение о современной типологии, строении и функции человеческого организма, вариант конституциональной медицины, имеющих большое практическое значение, позволяющих ориентироваться в диагностике и направленно строить лечение, так как люди с определенными биотипами предрасположены к определенным заболеваниям и патологическим состояниям.

#### **4.1.9. Теория «целлюлярной патологии» и ее новейшие варианты**

Напомним сначала классическую теорию Р. Вирхова, сформулированную им в середине прошлого века в книге «Патология, основанная на теории ячеек (целлюлярная патология)» (1858), ставшей атрибутом анатома-локалистического направления медицины, противостоящего гуморализму К.Рокитанского, который господствовал до учения Р. Вирхова. Вместо представления о так называемых кразах и дискразиях жидкостей тела как главных процессах патогенеза Р. Вирхов, опираясь на учение о клеточном строении тканей организмов, говорил об организме как о «клеточном государстве», сведя всю патологию к изменениям в клетках, или «жизненных единицах». Следовательно, по Р. Вирхову, любое заболевание имеет патологоанатомический субстрат - морфологическое нарушение в клетках. «Каждое животное является суммой жизненных единиц, из которых всякая отдельно взятая содержит все необходимое для жизни. Характера и единства жизни должно искать не в том или другом органе внешнего организма, например, в мозге человека, а только в том определенном, постоянно повторяющемся устройстве, которое мы замечаем в каждом отдельном элементе - ячейке». Создатель вирховианства утверждал, что болезни - «сумма изменения» ячеек. Далеко не все медики восприняли целлюлярную патологию (И.М. Сеченов, например, говорил, что она в принципе ложна), но это учение получило широкое распространение, а его отголоски чувствуются до сих пор, несмотря на то, что оно сохраняет лишь

историческое значение. Правда, здесь нужно говорить не столько о клеточной патологии, сколько об анатомо-морфологическом направлении медицины. Например, пока не выяснены причины если не всех, то хотя бы большинства заболеваний, современная классификация болезней, травм и причин смерти, которой руководствуются во всем мире и которая периодически пересматривается ВОЗ, значительное число нозологических форм определяет по анатомо-морфологическому принципу.

Можно встретить **варианты локализационизма** и своего рода патологии «жизненных единиц». Один из них принадлежит Г. Селье, выдвинувшему представление о мельчайших частицах, носителях минимальной энергии - реактонах. Клетки, по его мнению, не могут быть основными жизненными единицами, «так как в отдельной клетке различные части могут выполнять разнообразные жизненные функции независимо и одновременно». В реактонах «все проявления жизни при болезни и в здоровом состоянии рассматриваются как простые комбинации и перестановки отдельных ответов «да» и «нет» в первичных единицах жизни», - писал ученый («Стресс жизни», 1956, 1976). Эти представления способны объяснить и неспецифический, стандартный ответ организма через ОАС в реакциях стресса. Нетрудно увидеть элементы сходства концепций Р. Вирхова и Г. Селье: клетка заменена реактоном, но не как морфологическая единица, а как стандартная структура, носитель минимальной энергии.

Гипотеза Г. Селье близка и к представлениям **молекулярной биологии** и медицины, в том числе молекулярной патологии. Еще И.П. Павлов предсказывал такие достижения медико-биологических наук, когда будут определены универсальные, элементарные изменения на субклеточном уровне при патологии, сводящиеся к возможности их характеризовать простым ответом «да», «нет», «плюс», «минус». Как известно, сегодня благодаря успехам биохимии, биофизики, цитогенетики и других наук установлено, что в основе любого патологического процесса на субклеточном уровне лежат только два явления: разрушение микроструктур - их интоксикация и их засорение, блок. Это относится и к генетическим заболеваниям. Подобные изменения открывают широкий путь к разработке и применению общих или близких программ профилактики самых разных (и в том числе наследственных) заболеваний и способов их лечения.

#### **4.1.10. Теория нервизма и кортико-висцеральной патологии**

О нервизме мы говорим здесь потому что эта, казалось бы, физиологическая концепция на самом деле может оцениваться как теория управления функциями организма в норме и при патологии, т.е. теория медицины. И.П. Павлов определил нервизм как «физиологическое направление, стремящееся распространить влияние нервной системы на возможно большее количество деятельностей организма» (Павлов И.П. Соч., М.-Л., 1954, т. 1, с. 197). Современному «павловскому» этапу нервизма предшествовала двухсотлетняя история этой доктрины нервизма, этого атрибута (отправного положения) физиологического направления медицины: от представлений о «нервном духе», «нервных флюидах», обеспечивающих деятельность организма, до сформированных на основе экспериментов И.М. Сеченова законов о рефлекторной



деятельности головного мозга - центра нервной системы, обеспечивающего все акты сознательной и бессознательной жизни (Рефлексы головного мозга), и применения идей нервизма в клинике С.П. Боткиным и его учениками, создавшими неврогенную теорию патологии.

В это время господствующее влияние нервизма как теории медицины вынужден был признать создатель целлюлярной патологии Р.Вирхов. В своей книге «Патология, основанная на теории ячеек (целлюлярная патология)» (1858) он писал, что в настоящее время «господствует противоположное воззрение (противоположное его теории - Ю.Л.), по которому нервная система составляет собственно центральный пункт жизни».

К началу XX столетия не только И.П. Павлов и его ученики, но и другие известные ученые продвинули концепцию нервизма до создания целостного учения о роли нервной системы и ее отделов, прежде всего головного мозга, в управлении функциями организма. Уже в 1903 г. В.М. Бехтерев представил головной мозг и его кору «как орган, регулирующий и поддерживающий все вообще отправления организма и представляющий собою тот аппарат, благодаря которому устанавливается целесообразное отношение организма к окружающему миру» (Мозг и его функции. - СПб., 1903). Современный нервизм трактует управление функциями как принадлежность иерархии нервных центров и проводящих путей, а не только одной коры больших полушарий головного мозга, к управляющей функции которой и сводили концепцию нервизма, точнее, кортикализма. Все наиболее яркие представители нервизма (И.П. Павлов, Н.Е. Введенский, В.М. Бехтерев, А.А. Ухтомский и др.) подчеркивали управляющую, координирующую роль системы: иерархии нервных центров, высшими из которых являются большие полушария мозга и его кора, которая чем выше уровень животной организации, тем более совершенна ее роль как центрального органа управления в иерархии нервных центров. «Чем совершеннее нервная система животного организма, - писал И.П. Павлов, - тем она централизованней, тем высший отдел ее является все в большей степени распорядителем и распределителем всей деятельности организма» (Павлов И.П. Полн. собр. трудов, М., 1940, т. 1, с. 410). Подчеркнем, *распорядителем и распределителем*. В этой функции - *суть нервизма как теории управления жизнедеятельностью организма*. Нервизм не только подтверждает эволюционную теорию: с развитием животных организмов и их жизнедеятельности в окружающей среде управляющая роль нервной системы и ее центрального органа - больших полушарий головного мозга усиливается, так как нервная система служит не только управлению, координации функций организма, но и механизмом разносторонних связей его с внешним миром, обеспечивает единство организма и окружающей среды. Управляющая роль нервной системы не противоречит существованию других регулирующих систем, прежде всего эндокринной. Обе системы действуют содружественно, но общий контроль реализует нервная система. Это не отрицал, а, напротив, подчеркивал И.П. Павлов. Это признавал и Г. Селье, более того, он связывал судьбу концепции стресс и ОАС с нервизмом: «Нет сомнения, что дальнейшее развитие концепции «стресс» зависит главным образом от понимания роли и значения нервной системы. Это зависит от выяснения весьма очевидных отношений, которые должны существовать между концепцией нервизма, как это установлено И.М. Сеченовым, Н.Е.

Введенским и особенно И.П. Павловым, с одной стороны, и гуморальными медиаторами в адаптационном синдроме - с другой», - говорил Г. Селье, выступая в АМН в Москве в 1961 г.

Догматические толкования нервизма и особенно учения о высшей нервной деятельности, наиболее проявившиеся после известной «Павловской» сессии двух академий в 1951 г., свели нервизм к кортикализму - крайне одностороннему, метафизическому представлению, отрицающему роль других систем управления и координации, роль иерархии нервных центров, смешивающему разные учения - нервизм и учение о высшей нервной деятельности.

Идеи современного этапа (павловского) нервизма получили подтверждение и развитие в трудах учеников и последователей великого физиолога. М.К. Петрова развила представления И.П. Павлова о неврозах, возникающих в результате «сшибок» процессов торможения и возбуждения в больших полушариях мозга; Н.А. Орбели создал и обосновал концепцию адаптационно-трофической функции симпатической нервной системы, обеспечивающей постоянство внутренней среды организма, гомеостаза по У. Кеннону; А.Д. Сперанский обосновал универсальное для многих состояний, в том числе патологических, трофическую роль нервной системы, доказывал ее «организующее значение» в процессах не только саногенеза, но и патогенеза, и на основе таких обобщений претендовал даже на создание универсальной теории медицины, изложенной им в известной книге «Элементы построения теории медицины» (1934). Идеи нервизма получили развитие в трудах В.Н. Черниговского, установившего «кольцевой ритм возбуждений между нервной системой и органами», П.К. Анохина, создавшего концепцию «функциональных систем», опередившую кибернетические представления об обратной информации как механизмах связи, интеграции, отражения и эволюции, развития нервной системы вплоть до обеспечения психической деятельности.

Следует особо сказать о целом направлении нервизма, относящегося к исследованию регуляции деятельности внутренних органов, управления ими со стороны корковых центров головного мозга, так называемой *кортико-висцеральной патологии*, развиваемой К.М. Быковым и И.Т. Курциным. Была установлена условнорефлекторная связь между внутренними органами и корой головного мозга, которая объясняла механизмы их взаимовлияния, следовательно, возможности направленного воздействия на течение физиологических и патологических процессов через высшее звено нервной системы.

Весьма перспективны открытия последнего времени регулирующей роли центров и органов головного мозга в реакциях, предшествующих известным фазам общего адаптационного синдрома, как и самих этих реакций по Г. Селье; современные электрофизиологические исследования локализации и деятельности корковых центров (Н.П. Бехтерева); образования так называемых детерминантных структур в нервной системе, развивающих учение А.А. Ухтомского о доминанте (Г.Н. Крыжановский) и др.

Теория нервизма, освобожденная от догматических оценок и недоверия, обязана продолжать свое развитие не только как специфическая физиологическая концепция, но и как теория медицины.

#### **4.1.11. Теория мальтузианства**

Наиболее распространенной и известной среди всех теорий, объясняющих процессы воспроизводства населения и здравоохранения, остается классическое мальтузианство, основной идеей которого и всех последующих его вариантов является **демографический детерминизм**.

Хотя главный труд английского священника Т.Мальтуса «Опыт о законе народонаселения» вышел в свет 200 лет назад - в 1798 г., «эпоха Мальтуса», как ее называют сторонники этого учения, наступила во второй половине XX века, когда стали сбываться предсказания Т.Мальтуса о безудержном размножении населения, удвоении его численности каждые 20-25 лет и всех последствиях этих явлений.

Т. Мальтус, по выражению А. Бабея, в нужный момент сказал для английской буржуазии нужное слово. Т. Мальтус доказывал, что во всех несчастьях, болезнях, нищете виноваты не правящие классы, не буржуазия, а сами трудящиеся ввиду их неудержимого размножения. «Причина бедности, - писал Т. Мальтус, - мало или совсем не зависит от образа правления или от неравномерного распределения имуществ». Т. Мальтус оправдывал эксплуатацию, эпидемии, войны и другие радикальные средства предотвращения бурного размножения. «На великом жизненном пиру нет для него (лишнего человека, появившегося ввиду избыточной рождаемости - Ю.Л.) места. Природа повелевает ему удалиться и не замедлит сама привести в исполнение свой приговор» (Опыт о законе народонаселения. Т. II. - СПб., 1868. - С. 12).

Такое положение складывается, по Т. Мальтусу, вследствие действия абсолютного закона безграничного размножения у животных и человека. В соответствии с ним размножение происходит в геометрической прогрессии, а накопление средств существования, прежде всего продовольствия, - в арифметической. Появляются и накапливаются лишние люди, которые не могут обеспечить себя средствами жизни. Все попытки заботы об этих лишних людях, об их здоровье, благосостоянии противоречат вечному закону природы, следовательно, бесполезны и даже аморальны. Т.Мальтус, таким образом, объявил войну здравоохранению, особенно профилактике болезней, страхованию, социальной защите и т.п. В этом реакционная тенденция, антигуманный смысл этого учения. На это обращали внимание многие прогрессивно мыслящие общественные деятели, ученые, демографы. Они указывали также на фальсификацию Т. Мальтусом демографических расчетов, в частности, доказательства геометрической прогрессии роста численности населения. Н.Г. Чернышевский, например, отмечал, что эти расчеты основаны на интенсивном увеличении населения Северной Америки не в результате естественного прироста, а из-за миграции в эту страну множества европейцев. К.А. Тимирязев говорил, что при рациональном природопользовании можно в несколько раз увеличить продовольственные ресурсы и прокормить значительно

больше людей, чем есть на планете, следовательно, «арифметическая прогрессия» - искусственное, надуманное обстоятельство. К. Маркс, Ф. Энгельс, В.И. Ленин подчеркивали, что в человеческом обществе не может быть абсолютных, вневременных законов жизни. Законы народонаселения, как и другие законы природы и общества, отражают конкретную экономическую, политическую, историческую ситуацию. Можно говорить о законах народонаселения лишь в определенном историческом периоде.

История показала, что состав и численность народонаселения (и процессы его воспроизводства) зависят не от фатума природы, вечного и неизменного закона, а от конкретных социально-экономических и политических процессов. Через эти процессы можно регулировать демографические явления (как это и происходит там, где применяется демографическая политика). Достаточно вспомнить примеры отдельных стран. Во Франции за 20-30 лет удалось средствами активной демографической политики почти удвоить численность населения, доведя ее до 50 млн. В Японии за столь же короткий срок удалось сбить высокий темп прироста населения. Такое же положение сегодня и в двух самых многонаселенных странах мира - Китае и Индии, где проводятся эффективные социально-экономические и юридические меры, направленные на сокращение прироста населения и ограничение его численности. Это не мальтузианские, а социально-экономические, политические меры. Они исходят из понимания демографических процессов, роли состава и численности населения в жизни страны, общества, но не основаны на мальтузианском принципе демографического детерминизма - обусловленности всех процессов и явлений демографической ситуацией, прежде всего, численностью населения ввиду высокой и неконтролируемой рождаемости. Меры демографической политики, о которых мы говорили, исходят из принципа *социально-экономического детерминизма* демографических процессов и явлений. Это положение было провозглашено и неоднократно доказывалось на национальных и международных конгрессах по народонаселению (Бухарест, 1974; Мехико, 1984; Стокгольм, 1992, и др.).

#### **4.1.12. Неомальтузианство. Теория «оптимума населения»**

Все варианты современного мальтузианства - неомальтузианство подтверждают и развивают его основную доктрину - демографический детерминизм всех социальных, политических и, конечно, биологических, природных явлений, связанных с жизнью популяций, и остаются натуралистическими теориями. Эти теории расширили аргументацию Т. Мальтуса и арсенал рекомендуемых средств сокращения прироста населения и его численности не только путем уменьшения рождаемости, но и при помощи сохранения и даже увеличения смертности, в том числе вовлечением общества в термоядерную войну. У.С. Томсон в книге «Популяция и прогресс» (1959) писал: «Единственным верным способом ослабить давление населения, напряженность и волнения, которые оно вызывает, является контроль над рождаемостью. Альтернативой такому контролю может быть возвращение к высокой смертности из-за голода, нужды и болезней и, возможно, горячая война в недалеком будущем». Другой мальтузианец В. Фогт считал необходимым сократить численность населения до 1 млрд человек, т.е.

«устранить» 3 млрд. «Войны и кризис - гигантский фактор отбора», - заявлял он. Население, особенно в развивающихся странах, «размножается с безответственностью трески». Это нужно прекратить.

Однако далеко не все современные мальтузианцы решаются на столь откровенные антигуманные заявления. Получили распространение закамуфлированные неомальтузианские теории, в частности, теория «оптимума населения». Возникшая еще в 20-х годах в трудах итальянских обществоведов, она исходит на первый взгляд из демократических, гуманных, привлекательных положений о достижении такой численности населения в странах и в мире, при которой каждый человек был обеспечен оптимумом жизненных благ, в первую очередь адекватной заработной платой. Этот оптимум численности населения, по их расчетам, не должен превышать 900 млн-1 млрд. Такое число людей тогда да и сегодня мировая экономика и социальная защита могут полностью обеспечить ресурсами и средствами. Однако как добиться такой численности населения, кроме моратория (запрете) на рождаемость, широкого применения контрацептивов и других средств замедления воспроизводства населения, они не сообщали. Таким образом, несмотря на внешнюю привлекательность, такая трактовка «оптимума населения» имеет реакционную мальтузианскую тенденцию.

В то же время идея «оптимума населения» заслуживает внимания, так как демографическая ситуация (численность и состав населения) - весомый фактор социально-экономического развития и здоровья населения, и это учитывает демографическая политика, способствующая увеличению численности или сокращению темпов прироста населения. «Оптимум населения» - как раз такое его демографическое состояние, которое в конкретных условиях тех или иных стран и регионов может способствовать целям экономического развития, достижению благосостояния и здоровья населения. Однако здесь нет и грана вечного и абсолютного закона безудержного размножения Т. Мальтуса, нет демографического детерминизма как основной доктрины, а есть учет конкретных исторических социально-экономических условий, определяющих в конечном счете воспроизводство населения.

#### **4.1.13. Теория конвергенции общественных систем и здравоохранение**

Если приведенные выше примеры теорий носят натуралистический, социально-биологический характер, т.е. ставят акцент на какой-то определенной тенденции, закономерности, факторе, то названная концепция, широко известная в социологии и политологии, исходит из выявления общности социально-экономических, политических, организационных, технологических и прочих факторов в разных общественных системах, в том числе здравоохранения в разных странах и обществах.

Более того, эта теория утверждает возможность и целесообразность ликвидации различий и слияния (конвергенции - от биологического понятия проявления и кумуляции различных признаков животных и растений в процессе адаптации) ряда полезных процессов и явлений разных общественных систем с целью создания более

совершенной, в условиях современной цивилизации общественно-экономической и политической структуры - «технотронной цивилизации», «постиндустриального общества» и т.п. В числе «конвергируемых» признаков - планирование, государственное регулирование, программирование, законы рыночной экономики, маркетинг, менеджмент, современные индустриальные технологии, парламентская форма политических решений и другие черты, присущие главным образом развитому капиталистическому обществу. Эти и другие процессы и явления, как говорят приверженцы конвергенции, «сглаживают различия и противоречия, создают условия для социальной гармонии и ускоренного научно-технического процесса». Так представляли конвергенцию Дж. Гелбрайт и другие буржуазные идеологи. Несмотря на эту очевидную политическую направленность, идея конвергенции как использования прогрессивных, экономически и социально обоснованных, рентабельных приемов, технологий из разных общественных систем и форм заслуживает внимания.

Теория конвергенции имеет отношение и к здравоохранению, народонаселению, медицине в разных странах, в том числе в России. Эта теория означает создание наиболее приспособленных, адекватных реальным потребностям и возможностям стран и регионов систем и форм организации здравоохранения, медицинской помощи, демографической политики. На основе опыта разных стран с использованием социального страхования, социальной политики, разных форм здравоохранения создаются наиболее экономичные и эффективные структуры и системы здравоохранения, происходит конвергенция организационных приемов, технологий, механизмов социальной помощи. Эта тенденция наиболее полно представлена в создании вместо монополюбно-государственной общественной системы здравоохранения, конвергирующей полярные национальные отличия форм здравоохранения и кумулирующей в единую систему организации, службы разных форм собственности - государственные, страховые, частные, общественные, религиозные и др. Такого направления реформирования здравоохранения в России, такова тенденция в других странах, где еще сохраняется главенство тех или иных организационных форм (социальной страховой, частной, государственной), но все интенсивнее использование общественных, социально-страховых механизмов (даже в Великобритании, где основой служб здравоохранения остается общественная, государственная организация, предпринимаются шаги к разгосударствлению, допуску социального медицинского страхования и т.п.). Идеи конвергенции проявляются и в широком использовании современных, одинаковых во всех странах медицинских технологий, в частности, санитарно-гигиенических мер по оздоровлению окружающей среды (заводские трубы одинаково дымят и загрязняют воздух в Москве, Детройте и Харькове); в использовании законов рынка медицинских услуг - маркетинга, общих приемов и законов управления органами и учреждениями здравоохранения - медицинского менеджмента и др. Другой пример - использование социально-профилактических мер, диспансеризации в здравоохранении разных стран, равно как и других принципов развития национального здравоохранения, рекомендуемых ВОЗ (резолюция ВА3.23.61) и др.

#### **4.1.14. Теория «человеческого капитала»**

Весьма популярной, особенно в международных организациях, в том числе ВОЗ, стала концепция так называемого человеческого капитала. Ее сторонники призывают не экономить средства на здравоохранение и просвещение, так как образованные и здоровые люди возвращают сполна и даже с избытком деньги, затраченные на их воспитание, образование и охрану здоровья, в личных интересах и

интересах общества. Один из теоретиков, о котором мы упоминали, - К.Уинслоу в монографии ВОЗ «Цена здоровья» (1951) даже рассчитал, что до 20 лет «средний американец» получает средства на воспитание, образование, медицинскую помощь, не отдавая ничего окружающим, к 40 годам он своим трудом возвращает семье и обществу эти расходы, а после этого приносит «доход» - «капитал», который будет тем больше, чем дольше он будет жить и трудиться; к 60 годам он возвращает в 2 раза больше, чем было на него затрачено. Такие расчеты заслуживают внимания, как и попытки определить «цену здоровья», цену смерти, не предотвращенной изза болезней. Экономисты подсчитали, что непредотвращенные болезни, инвалидность и преждевременная смертность отнимают у общества гораздо больше средств на борьбу с ними, чем все расходы на здравоохранение. Более того, их предотвращение экономит сумму, едва ли не превышающую половину всего бюджета страны.

#### **4.1.15. Детерминационная теория медицины**

Детерминационная теория медицины (ДТМ) представляет собой попытку *интегративной методологической концепции, обобщающей закономерности возникновения и развития патологических состояний, процессов и закономерностей формирования и сохранения здоровья - санологии*. Она вбирает в себя теоретические построения, которые могут рассматриваться как частные случаи ДТМ. Любая новая теория, претендующая на раскрытие и использование закономерностей патологии и санологии, укладывается в «матрицу» ДТМ, подтверждая и развивая ее. Таким образом, ДТМ можно считать универсальной теорией медицины и здравоохранения, так как она базируется на проверенных и бесспорных принципах материалистической, диалектической теории отражения и ее проявления в медицине и биологии - *адаптивного реагирования живых систем*. Исходное положение ДТМ: все следствия действующих агентов (стрессоров) детерминированы, т.е. все состояния детерминированы взаимодействием различных этиологических факторов с живой системой; действует закон реактивной детерминации - адаптивного реагирования; внешнее воздействие специфично преломляется (отражается) через внутренние реактивные силы живого. В зависимости от направления, характера детерминации ДТМ выделяет гомеостатический, эволюционный, экологический, психосоматический, реактивный (адаптационный) детерминизм. Анализируемые нами общие теории медицины представляются формами, вариантами этих и других видов адаптивного реагирования и детерминизма, все они как частные концепции входят в ДТМ. Адаптивное реагирование как вид детерминации и отражения в методологическом контексте присущ и теориям патологии и санологии, т.е. он - методическая основа закономерностей

патологии и санологии. В ДТМ методология - основной инструмент познания объекта медицины (клиники, патологии, профилактики, санологии). ДТМ, таким образом, представляет собой «теоретический эквивалент великого многообразия в этиологии и патогенезе заболеваний», «широкую концепцию многообразных механизмов детерминационной перестройки, охватывающей не только биологические аспекты организменных реакций, но и социальные аспекты личностного реагирования»<sup>1</sup>.

Функции ДТМ: информативная (получение информации об адаптивном характере реакций); систематизирующая (обобщение огромного числа фактов клинической и экспериментальной медицины в единую систему адаптивного реагирования); прогностическая (предвидение новых фактов, явлений и закономерностей адаптивного реагирования); объясняющая (явления, факты, закономерности детерминации жизненных процессов и явлений, адаптивное реагирование).

Изложенными концепциями не исчерпывается список общих теорий медицины, здравоохранения и народонаселения. Это лишь наиболее распространенные теории.

## **4.2. Врачебная этика и медицинская деонтология. Биоэтика**

Термин «этика» происходит от греческого «этос» (ethos), т.е. обычай, нрав. Почти такое же значение имеет и другой термин - «мораль» (от латинского «morbus»). Поэтому «этика» и «мораль» обычно применяются вместе. Этику чаще квалифицируют как науку, теорию, учение о морали и нравственности, т.е. как науку о формах общественного сознания. Проф. А.А. Грандо в учебном пособии для студентов медицинских институтов с полным основанием пишет: «Этикой называют науку, занимающуюся определением нравственной ценности человеческих стремлений и поступков». Можно привести сотни определений этики (как и морали, нравственности). Еще больше разночтений в понимании термина «деонтология». На I Всесоюзной конференции по проблемам медицинской деонтологии (1969), организованной по инициативе министра здравоохранения тех лет акад. Б.В.Петровского и акад. АМН СССР А.Ф. Билибина, много сил и внимания уделявших проблемам этики и деонтологии, во вступительном слове Б.В.Петровский определил деонтологию как «учение о долге врача не только перед больным, но и перед обществом». Этот термин вошел в обиход и, прежде всего, в ученые труды и выступления как учение о должном, о долге. На самом деле автор термина - английский правовед И.Бентам в своей получившей известность книге «Деонтология или наука о морали» (начало XIX века) рассматривал деонтологию как учение о должном (отсюда происхождение самого термина) в поведении человека. Он противопоставил деонтологию этике как науке о морали или общественно должном поведении людей. Такое понимание деонтологии открывало простор для всякого рода индивидуалистической и не всегда гуманной деятельности, могло обосновывать эгоистическую мораль и нравственность. Автор термина дал ему антигуманную направленность, но он стал воплощением поведения, отвечающего высокому предназначению и гуманной деятельности медика. И.Бентам придал своему учению определенные нормативные черты, т.е. рассматривал деонтологию не столько как теорию, учение, сколько как обоснование определенной (в том числе прагматической,



эгоцентрической) деятельности, поведения человека как достижения личной, персональной цели.

<sup>1</sup> Лисицын Ю.П., Петленко В.П. Детерминационная теория медицины. - СПб.: Гиппократ, 1992 - С. 12.

До сих пор идут споры о том, например, какое понятие более емкое - этика или деонтология, и многие склонны считать, что деонтология шире этики, так как включает в себя и учение, теорию о должном в поведении, и реализацию морально-нравственных правил, норм, т.е. самого поведения, а этика ограничивается лишь теорией, выработкой научных морально-нравственных норм, правил, концепций и т.п.

Этика отражает отношение людей не только друг к другу, но и к фактам, событиям, явлениям в жизни человечества, в том числе к науке и применению ее достижений на практике. Этический компонент возникает сразу же, как только ставится вопрос о целях того или иного действия, поступка, акции, об интересах человека или группы людей. В связи с этим можно и нужно говорить об этическом аспекте каждой сферы деятельности и знания, в том числе об этической ценности науки. Прогрессивные ученые обеспокоены возможностью применения крупнейших достижений науки во вред себе, здоровью людей. Наиболее яркий пример - использование в военных целях открытий в области ядерной физики и создание термоядерного оружия. Столь же обосновано беспокойство по поводу использования достижений генной инженерии в антигуманных целях. То же можно сказать о робототехнике, бактериологии, иммунологии и др.

Сказанное об этике и деонтологии целиком относится к медицине. Нельзя не отметить кровную связь медицины с общими свойствами этики и деонтологии, в первую очередь с общечеловеческими нормами морали и нравственности, которые справедливы для всех политических, классовых и иных категорий и для различных социально-политических и экономических структур. Это так называемые простые нормы нравственности и морали - добра, любви, сострадания, уважения, милосердия, противления злу, насилию, злобе и другим разъединяющим людей и разрушающим людское сообщество явлениям и чертам человеческих отношений. Их нередко связывают с христианскими добродетелями.

Врачебная этика и медицинская деонтология, как их чаще всего обозначают, это выражение высокого долга, общечеловеческой гуманности в специфических условиях профессиональной деятельности.

В отличие от всех других профессий врач или иной работник медицины имеет дело с больным человеком. Следует добавить - или с человеком практически здоровым, которого мы должны уберечь от болезней, а также с человеком здоровым, которого мы должны не только предохранить от заболеваний, но и сохранить его здоровье, укрепить и улучшить это здоровье.

Есть и другие специфические моменты. В медицине, в отличие от других специальностей, человеческих дел и знаний, допустим лишь этический максимум, с позиций которого нужно быть и хорошим медиком, и хорошим человеком. Встречаются плохие врачи, но само понятие «плохой врач» и «плохой человек» исключаются из медицинской этики и деонтологии, хотя общественное сознание вполне допускает такое положение в других профессиях.

Медик имеет дело не просто с объектом своей деятельности - больным человеком, в его руках здоровье и жизнь.

Медик (конечно, хороший, настоящий) должен быть готовым к самопожертвованию, забыть личное в интересах другого человека, его состояния, его здоровья. Все, кто писал об этике медиков, подчеркивали это. А.П. Чехов говорил, что профессия врача - подвиг, и не каждый на это способен.

Один из важнейших принципов Гиппократов - «не навреди» призывает не к самоустранению в трудных ситуациях, не к пассивности, а обязывает применить все знания и опыт для спасения больного, для его блага, но обязательно так, чтобы своими действиями не ухудшить его состояния. Это предусмотрительность, основанная на высоком профессионализме, осторожность и вместе с тем активность.

Общечеловеческие морально-нравственные категории чести, достоинства, обязанности, вины, долга, ответственности и другие, проходя сквозь горнило медицинской практики, приобретают своеобразные качества, свойственные лишь для этой специальности и рождающие проблемы, присущие лишь медицине, например, проблему врачебной тайны, вмешательства без согласия больного, эвтаназии, эксперимента на себе и на других людях и др.

Связь профессиональной медицинской этики с общей этикой отражается на ее определениях. Из сотен определений приведем предложенное А.М. Изуткиным еще в 1968 г.: «Врачебная этика - это раздел науки о роли нравственных начал в деятельности врача, о его высокогуманном отношении к больному как необходимом условии успешного лечения и укрепления здоровья человека»<sup>1</sup>. Более широкое и, так сказать, социально-направленное определение - в коллективной монографии Ю.П. Лисицына, А.М. Изуткина и И.Ф. Матюшина (1984), где говорится, что медицинская этика рассматривает «...всю совокупность моральных факторов, которыми руководствуются работники здравоохранения во всех сферах материальной и духовной деятельности, направленной на удовлетворение потребности общества и человека в сохранении и укреплении здоровья»<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Изуткин А.М. Методологические проблемы медицинской психологии, этики и эстетики. - М., 1968. - С. 91.

<sup>2</sup> Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. - М.: Медицина. 1984. - С. 80.

Прежде чем пойдет речь о конкретных проблемах, структуре этики и деонтологии, предлагается не разъединять эти понятия, а рассматривать их как одно направление, одну доктрину - медицинскую этику и деонтологию. Медицинская этика и деонтология как органически связанные понятия имеют дело с моральными и нравственными нормами и основанными на них принципами и правилами поведения медицинских работников, выполняющих свой гражданский и профессиональный долг.

Эти понятия близки, но не тождественны. В этом ракурсе этика (как наука) - понятие больше методологическое, а деонтология (как принципы и правила поведения) - понятие скорее методическое.

Значение врачебной этики и медицинской деонтологии возрастает в настоящее время, в период изменения социально-экономических отношений, введения рыночных, маркетинговых процессов, прямо коснувшихся и здравоохранения. Гордые реляции о бесплатной медицине для всего населения за счет государственных средств и праве каждого гражданина на бесплатную медицинскую помощь уходят в прошлое. За счет государства и вводимого ныне обязательного медицинского страхования обеспечивается лишь часть медицинских услуг по так называемой программе государственных гарантий (большая часть амбулаторно-поликлинической и часть стационарной медицинской помощи и даже далеко не все виды профилактического обслуживания). Ввиду сокращения государственного бюджета эта обязательная программа все более ограничивается. Вместе с тем медицинские учреждения получили легальное право на платные услуги, более того, они стали финансовой основой так называемого добровольного медицинского страхования. Уже сегодня большинство населения, материальные возможности которого резко упали, не в состоянии получать всю необходимую медицинскую помощь, включая медикаментозную, ввиду чрезвычайно возрастающей стоимости лекарств.

В такой ситуации лишились основания постулаты о свободе врача от коммерческих отношений с пациентами, об отсутствии почвы для бизнеса в медицине, о свободных, не загрязненных коммерческими интересами этических, моральных отношениях с пациентами. Фактически положение медика у нас в настоящее время принципиально (кроме пока еще гораздо более низкой зарплаты) не отличается от такового в других (капиталистических) странах. «Коммунистическая», «социалистическая» врачебная этика канула в Лету. Это обстоятельство приблизило всеобщие проблемы медицинской этики и деонтологии к нашему обществу, к нашему здравоохранению и в более широком смысле - к социальной политике в области охраны здоровья населения.

В связи с реформированием здравоохранения становятся практически важным и государственное регулирование платных услуг и вообще тарифа на медицинскую помощь, создание общественных организаций (ассоциаций, союзов), определение прав пациентов, врачей, страховых органов и представительств профсоюзов по контролю за работой страховщиков, врачей, врачебных организаций. Особое значение приобретают

так называемые этические комиссии, предусмотренные законом (Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ).

Такие организации функционируют за рубежом, их опыт полезен и для нас. Особенно важны кодексы врачебной этики, о которых речь впереди.

Теперь **о важнейших проблемах медицинской этики и деонтологии**, об одной из которых - о платности за медицинскую помощь - только что сказано. Неизменно главной остается проблема *взаимоотношений врача и больного, медика и пациента*. Вокруг этого столпа медицинской этики и деонтологии вращаются проблемы взаимоотношений врача (медика) и лиц, окружающих больного (родственников, близких, знакомых и др.); врачей друг с другом и иного медицинского и парамедицинского персонала (т.е. взаимоотношений внутри медицинской среды); медиков (врачей и другого медицинского персонала) с различными слоями и группами общества, по существу, проблема положения врача (медика) в обществе. К медицинской этике и деонтологии принадлежат также проблемы врачебной тайны, врачебной ошибки, эвтаназии, права эксперимента на себе (врача, медика), медицинское вмешательство без согласия больного, эксперимента на людях, трансплантации органов и тканей, генной инженерии, знахарства, парамедицины и др., которые сегодня обычно относят к биоэтике.

В анналах истории медицины накоплены многочисленные высказывания по главному вопросу медицинской этики и деонтологии - требования высоконравственного, душевного, бережного, милосердного, сочувствующего, конечно, высокопрофессионального, мастерского отношения врача (медика) к больному. Пожалуй, нет ни одного ученого или практика, кто бы не подчеркивал обязательность такого отношения. Из подобных суждений и наказов, назиданий, указаний и советов можно составить целые тома, содержание которых идет от истоков медицины. Облик врача в них предстает морально, душевно и физически чистоплотным, скромным, сдержанным, уверенным, обходительным, другом, советником и наставником страждущего. В древних манускриптах Аюрвед («Знание жизни», Индия) выдающийся медик древности Сушрута записал: «Врач должен обладать чистым сострадательным сердцем, спокойным темпераментом, правдивым характером, отличаться величайшей уверенностью и целомудрием, постоянным стремлением делать добро. Можно бояться отца, матери, друзей, учителя, но не должно чувствовать страха перед врачом. Последний должен быть добрее, внимательнее к больному, нежели отец, мать, друзья и наставник». 25 веков назад в знаменитом трактате тибетской медицины «Чжуд-ши» сказано: «Основу хорошего врача составляют 6 качеств, по которым он должен быть всецело мудрым, прямодушным, исполненным обетов, искусным во внешних проявлениях, старательным в своей деятельности и мудрым в человеческих науках».

Бесспорно, квинтэссенцией высокогуманных морально-нравственных требований к врачу со времен древности стала всем хорошо известная клятва Гиппократова, как образец последующих клятв, присяг, профессиональных этических медицинских обещаний и т.п. В разных переводах и интерпретациях ее отдельные элементы звучат по-разному, но суть одинакова. Ее основные положения:

1. Почитать человека, научившего врачебному искусству, наравне с родителями.
2. Служить торжеству жизни.
3. Направлять режим больных к их выгоде сообразно имеющимся силам и разумению.
4. Соблюдать врачебную тайну.
5. Непорочно жить и трудиться.
6. Советоваться с учителями и наставниками, почитать их.
7. Хранить верность клятве.

Выдержка из оригинального текста в переводе проф. В.П. Руднева: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно моим силам и моим разумениям, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости... В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного... Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство... Что бы при лечении, а также и без лечения я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайною».

Один из основателей эпидемиологии, знаменитый Данила Самойлович в речи к слушателям госпитальных школ (1782) говорил: те, кто готовится стать врачом, должны быть «милосердными, сочувствующими, услужливыми, любить своего ближнего как самого себя, не быть ни скупым... словом, чтобы стать врачом, надо быть безукоризненным человеком».

Все авторы, кто ярко, образно, искренне, сильно призывают врача быть благородным, умелым, решительным, спокойным и сострадательным, подобным отцу медицины Гиппократу (М.Я. Мудров, И.Е. Дядьковский, Н.И. Пирогов, М.Я. Мухин и др.), подчеркивали одно основополагающее качество в отношении врача и больного - гуманизм в наиболее полном его выражении. Гуманизм, по словам известного французского хирурга Л. Лериша, берет своим объектом всего человека «в творчестве его ума, в движении его интеллекта, его сердца, его беспокойства, в его надеждах, в его отчаянии. Это течение мысли должно пронизать всю медицину. Это тот гуманизм, который врач должен пробуждать у себя, когда он соприкасается с человеческим горем».

Напомнить о высоких требованиях в духе медицинской этики и деонтологии к врачу в его отношениях с пациентом особенно полезно в настоящее время, когда в условиях перехода на рыночные отношения необходимо пересматривать требования врачебной этики и деонтологии.

Снижение уровня этических и деонтологических требований подтверждается и социологическими исследованиями. Так, лишь 30% студентов VI курса вечернего

отделения РГМУ ответили, что они имеют четкое представление о медицинской этике и деонтологии, 35% имеют неопределенное, расплывчатое представление, а 15% не смогли ответить на вопрос, что это такое.

По данным Р.В. Коротких, защитившей в 1990 г. докторскую диссертацию по врачебной этике и медицинской деонтологии, 61% врачей нарушают нравственные нормы взаимоотношений с больными и коллегами, 30% не соблюдают врачебную тайну, постоянно ведут, не считаясь с обстановкой, разговоры о больных, называя их фамилии. Среди причин нравственного характера, вызывающих неудовлетворенность медицинской помощью, 37% опрошенных жаловались на невнимательность врачей, 6% - на грубость. Пациенты очень чутко реагируют на психологический климат в коллективе медицинского учреждения, на взаимоотношения медперсонала, значительная часть пациентов отрицательно оценивает эти отношения. Всего, по данным Р.В. Коротких, 60% населения не удовлетворены взаимоотношениями с врачами и другим медицинским персоналом. Недостаточное внимание к проблемам медицинской этики и деонтологии в учебных заведениях и равнодушное отношение к ним многих старших товарищей в коллективе приводят к трудностям при общении с больными, особенно у начинающих врачей. Выяснилось, что 11% опрошенных врачей испытывают трудности при сборе анамнеза, контактах с больными, 14% - при определении назначений, 52% - при контроле и выполнении назначений. Как справедливо отмечает Р.В. Коротких, это свидетельствует о недостаточной психологической и нравственной подготовке к общению с пациентом, составляющему важнейшее содержание деятельности врача.

Правила медицинской этики и деонтологии в отношении врача и больного вытекают из многовекового профессионального опыта и общечеловеческих качеств.

Нарушения этих или подобных этических, нравственных правил нередко приводят к ятрогении, самовнушенным болезням, к обострению заболеваний, психическим срывам, депрессии, подчас к трагическим случаям. Общеизвестно влияние слова на человека, особенно на больного. Слово лечит, но может и убить. В.М. Бехтерев говорил, что если после разговора, общения с врачом больному не стало лучше, то это плохой врач.

Из других проблем медицинской этики и деонтологии назовем *соотношения морально-нравственного и правового, юридического*, т.е. вошедшего в законодательство, делающего ряд правил поведения медиков законом.

Нет непреодолимой стены между морально-нравственными, этическими правилами и нормами, которые вырабатываются и регулируются обществом, и юридическими, правовыми, регламентируемыми законами, государством, за нарушение которых виновные подвергаются не только общественному порицанию, но и различным определенным законодательством наказаниям вплоть до лишения свободы и др. Более того, правила и нормы, возникающие и распространяющиеся как этические, морально-нравственные, нередко становятся юридическими, правовыми категориями, закрепленными законодательно.

Наиболее демонстративный пример - требования врачебной тайны. Это правило существовало издревле как одно из важных положений клятвы Гиппократов, входило во все этические кодексы и другие документы о принципах и правилах поведения медиков. Спустя много веков соблюдение врачебной тайны стало включаться в законодательные акты. В 1969 г. Верховный Совет СССР принял закон, вернее, свод законоположений «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении», куда вошло соблюдение врачебной тайны (ст. 16 «Обязанность сохранять врачебную тайну»). Положение о врачебной тайне включено в «Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ» (1993). Ст. 61 этого закона гласит: «Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений». В законодательство вошли и другие правила, которые считались этическими, морально-нравственными, например, производство хирургических вмешательств без согласия пациента (ст. 34). В законодательство введена ст. 43 о биомедицинских исследованиях с привлечением человека в качестве объекта, т.е. об экспериментах на людях при условии получения письменного согласия гражданина.

Однако, пожалуй, самым ярким примером законодательного закрепления морально-этических установлений стало включение в него так называемой Клятвы врача (ст. 60), которая много веков принималась в качестве морально-нравственного обязательства. Традиция таких обещаний, клятв, присяг была возобновлена в 60-х годах в ряде медицинских институтов СССР при получении диплома. В 1971 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР был утвержден текст присяги врача, а в последующем утвержден новый текст клятвы.

Важный морально-нравственный и одновременно юридический, правовой вопрос представляют *врачебные ошибки*, хотя в Уголовном кодексе врачебные ошибки не упоминались. Однако их последствия нередко близки к преступным действиям. Под врачебными ошибками обычно понимают последствия заблуждений без элементов халатности, небрежности, недобросовестности, профессионального невежества. Ряд ошибок зависит от несовершенства методов исследования и аппаратуры, нетипичности, необычности клинического случая, т.е. особенностей течения заболевания, которые не знал или не распознал врач, а чаще всего от малого опыта и недостаточной компетентности врача. Ятрогении нередко становятся причинами врачебных ошибок, непрофессионального поведения медика. Для преодоления и предотвращения ошибок необходим самокритичный, открытый анализ их причин и обстоятельств на клинических, клинко-патологоанатомических конференциях, в профессиональной среде. Самокритика, публичное признание своих ошибок - важный критерий морально-нравственных качеств медика; подчас это требует личного мужества.

Особенно строго относился к своим ошибкам Н.И. Пирогов. Известны даже случаи обнаружения им своих ошибок. К сожалению, нередко примеры сокрытия ошибок, более того, прикрытия, защиты врачей, совершивших такие ошибки, подчас преступные действия, преследуемые законом. Существует даже особый вид страхования - оплата по

искал за ошибки, приведшие к неблагоприятным последствиям для здоровья пациентов, или за необоснованные врачебные (чаще всего хирургические) вмешательства.

В США, например, более 98% врачей застрахованы по поводу врачебных ошибок. Разработаны детальный реестр условий и примеров ошибок и тариф страхового взноса. Наиболее велик взнос для хирургов и особенно для нейрохирургов (от нескольких тысяч до десятков тысяч долларов). Зато выдаются страховые полисы до 300 тыс. долларов, а иногда и до 1 млн долларов.

Растущая социальная (и экономическая) значимость медицины, не уменьшающееся число врачебных ошибок и других нарушений медицинской этики и деонтологии вплоть до преступлений, высокая ответственность врачей и других представителей нашей профессии перед людьми и обществом, привели к разработке специального вида (раздела) права - **медицинского права**, включившего юридические аспекты прав и обязанностей медиков. Такое предложение рассматривалось в 1977 г. на IV Международной медико-правовой конференции в Праге. Сегодня медицинское право, 16-е по счету, признано наряду с другими видами права (уголовное, административное, гражданское, трудовое и пр.).

С позиций медицинского права тщательно рассматриваются и морально-этические нормы и установления. Особенно трудна в практическом отношении (исполнении) и сложна и в теоретическом, юридическом плане (т.е. с позиций медицинского права) проблема **эвтанази**, т.е. добровольной смерти больного (обычно обреченного) по его просьбе и требованию. В 1952 г. в адрес ООН было направлено обращение более чем с 2,5 тыс. подписей, среди которых были имена известных врачей, ученых, деятелей культуры из США и Великобритании. В обращении говорилось о необходимости дополнить Всеобщую декларацию о правах человека правом неизлечимо больного потребовать для себя легкой смерти. Обращение было отклонено ООН, признавшей его антигуманным. В ответ стали создаваться ассоциации, добивающиеся принятия права на эвтаназию. Одна из таких организаций (Нью-Йорк) составила даже образец завещания больного с просьбой легкой смерти: «Если не будет обоснованной надежды на то, что я смогу выздороветь от физического или психического заболевания, то я завещаю, чтобы мне было дозволено умереть и чтобы не применялись какие-либо искусственные или иные меры, чтобы сохранить мне жизнь».

Естественно, право на добровольную, легкую смерть вызвало и до сих пор вызывает дискуссию ввиду сложного комплекса юридических и морально-нравственных проблем. В ряде штатов США все же был принят закон, разрешающий эвтаназию. Ее осуществление по этому закону требует соблюдения многих формальностей: подписанного больным заявления, заверенного тремя врачами, права отказаться от этой просьбы, исключения использования закона родственниками или медицинским персоналом в меркантильных целях и пр. Хотя такие законы приняты, в прессе практически нет сведения об их применении на практике. Наше законодательство исключает решение об эвтаназии,



считая это, как и ООН, противоречащим требованиям гуманности (ст. 45 Законодательства об охране здоровья граждан РФ запрещает эвтаназию).

Не менее спорными и острыми бывают решения о пересадке непарных органов (сердца, печени) от донора, который считается погибшим. Сложность и острота проблемы связаны с определением биологической смерти донора. Законом разрешено изъятие органов или тканей человека для трансплантации (ст. 47) и разработаны национальные и международные критерии смерти, которые сводятся в основном к констатации смерти мозга. Однако эти положения не всегда и не для всех специалистов убедительны. Например, сердце нужно брать как можно раньше, когда оно проявляет признаки функционирования, при убеждении, что мозг уже погиб безвозвратно.

Решение проблем медицинской этики и деонтологии не всегда бесспорно и нередко архисложно. Для практического применения составляются сводки правил поведения медиков, кодексы медицинской этики и деонтологии. Следование этим кодексам считается обязательным для медиков и их корпораций. По существу, уже клятва Гиппократа может считаться сводом правил поведения врача, т.е. своего рода кодексом медицинской этики и деонтологии. Со времени создания ООН и принятия Всеобщей декларации о правах человека (1948) стали более активно и системно разрабатываться международные медицинские этические кодексы. Среди них: «Женевская декларация» (1948), дополненная Всемирной медицинской ассоциацией в 1968 и 1983 гг.; Десять нюрнбергских правил (1947); Хельсинкско-Токийская декларация (1964, 1975), Международный кодекс медицинской этики, принятый в 1949 г. и дополненный в 1968 и 1983 гг.; 12 принципов предоставления медицинской помощи в любой системе здравоохранения, принятые в 1963 г. и дополненные в 1983 г., и ряд последующих дополнений, пересмотров этих и других документов. Своего рода роль координатора таких кодексов взяла на себя Международная (Всемирная) медицинская ассоциация. В Женевской декларации, например, говорится, что врач торжественно обещает «посвятить себя служению гуманности» и клянется «на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к своим учителям; исполнять профессиональный долг по совести и с достоинством, здоровье пациента будет первейшим вознаграждением; уважать доверенные секреты даже после смерти пациента; делать все для поддержания чести и благородных традиций медицинского сообщества, коллеги будут мне братьями; не позволять соображениям религиозного, национального, расового, партийно-политического и социального характера встать между мной и моими пациентами».

Основное внимание в кодексах уделено регулированию отношений врачей и пациентов в плане этических проблем частной практики, платы за лечение, поведения врача в условиях господства частной практики, хотя многие положения кодексов содержат гуманные и заслуживающие внимания положения и требования. Так, в кодексе Индийской медицинской ассоциации осуждается самореклама врачей через органы общественной информации, запрещается продажа лекарств собственного изготовления, не рекомендуются большие (более 60х90 см) вывески с указанием имени и заслуг врача; запрещается публикация профессиональных сведений в общей печати, подборок хвалебных заметок и благодарственных писем больных; признается дурным тоном

обсуждение недостатков и несовершенства медицинских служб в непрофессиональной среде и т.д. Набор медико-деонтологических правил содержит Кодекс Американской Медицинской Ассоциации (АМА) - «Принципы медицинской этики», в котором, начиная с 1-го раздела, говорится: «Основной целью медицинской профессии является служение человечеству при полном уважении достоинства человека. Врач обязан заслужить доверие больных заинтересованностью в их излечении, преданностью им и использованием в каждом случае всех зависящих от него мер». Здесь также большое внимание уделяется регулированию отношений врача и пациента в связи с вознаграждением труда медиков и защитой корпоративных интересов.

Создаются правила и кодексы не только для врачей, но и для медсестер и других категорий медицинского персонала. Обычно такие кодексы подчеркивают необходимость внимательного, душевного и умелого профессионального отношения к больным, строгого, корректного поведения, высокой исполнительской дисциплины, чувства гордости за свое учреждение. Все кодексы содержат требования опрятности, скромности, исключения всякой экстравагантности.

Следовало бы разработать кодексы медицинской этики и деонтологии не только для российских врачей, но и среднего медицинского персонала. В этих кодексах, помимо требований высокого профессионализма и внимательного, сострадательного отношения к больным, следовало бы специально отметить соответствующий внешний вид медика, его одежду, манеры, вежливость и другие стороны поведения, чего подчас не хватает многим нашим медикам. В 1994 г. был опубликован проект Этического кодекса российского врача; в ноябре этого года на IV Конференции Ассоциации врачей России были обсуждены и приняты Клятва и Этический кодекс российского врача, которые использовали опыт и содержание аналогичных зарубежных документов. Кодекс отмечает, что «главная цель профессиональной деятельности врача - сохранение жизни человека и улучшение ее качества путем оказания ургентной, плановой и превентивной медицинской помощи» (ст. 1). Помимо общего раздела, кодекс содержит разделы о враче и правах пациента, об отношениях с коллегами, о враче и прогрессе медицины, ответственности за нарушение кодекса. Кодекс кратко формулирует права и обязанности российских врачей, правила поведения в духе врачебной этики и деонтологии.

Итак, медицинская этика и деонтология, значение которых все более возрастает, пронизывают всю медицину, особенно практическую, от обследования пациента до оценки результатов лечения, профилактики, реабилитации. Само медицинское мышление является этическим элементом. «В медицине не существует практического мышления, которое не основывалось бы на этической основе», - писал выдающийся историк медицины Гуго Глязер.

Четкой оценки биоэтики пока нет: одни рассматривают ее как новое направление, новую науку, другие - как развитие медицинской этики и деонтологии, ее современный этап или всего лишь как аспект медицинской этики и деонтологии, связанный с новыми проблемами на современном этапе медицины. В 1976 г. Совет международных медицинских научных обществ (СИОМС) образовал Консультативный комитет по

биоэтике, в состав которого наряду с представителями других организаций вошли и специалисты ВОЗ. Был составлен проект международных рекомендаций по проведению медико-биологических исследований на основе принципов, утвержденных в ряде стран, в том числе экспериментов на людях с их согласия и др. Комитет уделяет большое внимание нравственным кодексам, которыми должны руководствоваться ученые в своей деятельности в связи с возрастающей социальной ответственностью науки. По рекомендации комитета с 1990 г. проведено несколько международных конференций при участии ВОЗ, ЮНЕСКО и других организаций в разных городах мира, на которых обсуждены важнейшие проблемы биоэтики и медицины, требующие осмысления и решения с позиций этики и деонтологии, биоэтики, охватывающей все эти проблемы. Это проблемы трансплантации органов и тканей, генетики человека, в частности, геномной инженерии, искусственное воспроизводство, эксперименты на людях, права психически больных, общая, социальная и профессиональная ответственность медика и др. На Международной конференции в Москве в мае 1991 г. на тему «Биоэтика и социально-правовые последствия биомедицинских исследований» рассматривались вопросы трансплантации органов и тканей (информирование пациентов и родственников), соотношение биоэтики и права; социальная институализация биоэтической деятельности.

Несмотря на возрастающий интерес к проблемам биоэтики и активную исследовательскую деятельность в этой области, многие аспекты современных достижений и проблем медицины, требующие этической экспертизы и оценки, не разработаны, по ним не определены юридические нормы и акты. Это, прежде всего, проблемы, связанные с успехами, достижениями медицины и биологии, особенно с экспериментальными исследованиями и внедрением их результатов в практическую (клиническую) медицину, в частности, трансплантация непарных органов (требующая определения момента смерти, смерти мозга и пр.), выращивание эмбрионов в пробирке и их трансплантация, генная инженерия, скрининг беременных для определения пола ребенка, лечение наследственных заболеваний, антенатальная диагностика, острые коммерческие проблемы, особенно растущие цены операций, в том числе трансплантации органов и тканей, их хранения (банки органов и тканей). Острейшие проблемы связаны с новыми методами лечения психически больных (фармакопсихиатрия и др.), определением их психического статуса и др.

Поскольку многие современные проблемы медицины и биологии человека включают этические, морально-нравственные, психологические, социальные вопросы, предложили объединить исследования и решение этих проблем в одну новую науку - биоэтику. В. Петтер, предложивший этот термин 35 лет назад, так и обозначил содержание и назначение биоэтики, открывающей «новую культуру», «новое мировоззрение» и т.п.

Наше мнение заключается в том, что этот глобальный, скорее методологический, чем общетеоретический, подход заслуживает внимания, прежде всего, широтой, мультидисциплинарностью, социальной значимостью. Однако биоэтика не содержит скольконибудь новых аспектов. Скорее это новый раздел медицинской этики и деонтологии, основанный на соблюдении прав человека и гражданина, новейших достижениях медицины и экспериментальной биологии человека.

Оксфордский словарь (1989) определяет биоэтику как дисциплину, «имеющую дело с этическими проблемами, возникающими в результате прогресса медицины и биологии», занимающихся изучением «этических проблем, являющихся следствием медикобиологических исследований и их применения в таких областях, как трансплантация, генная инженерия и искусственное оплодотворение».

Итак, не следует торопиться заменять медицинскую этику и деонтологию биоэтикой, тем более, что этот термин еще не получил достаточной известности. Вероятно, правильнее рассматривать биоэтику как расширение состава и содержания медицинской этики и деонтологии новыми проблемами, возникающими в связи с бурным развитием современной медицины и биологии.

## **РАЗДЕЛ 5.**

# **ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ**

Состояние здоровья населения включает демографические явления, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие, которые характеризуются медико-демографическими и санитарно-(медико)-статистическими показателями. Здесь дана информация о них и их оценка.

### **5.1. Медико-демографические аспекты состояния здоровья населения**

Демография (от *demos* - народ и *grapho* - писать, изображать) - наука о населении. В ее предмет и задачи входят изучение численности, состава (по возрасту, полу, профессиональным, социальным и другим признакам), механического (миграции) и естественного движения (рождаемости, смертности и других процессов, определяющих воспроизводство населения), территориального размещения и других признаков в связи с социально-экономическими, политическими, экологическими и другими факторами условий и образа жизни людей.

Общая демография дала начало ряду отраслей (частной демографии) - экономической, промышленной демографии и другим ее видам, в том числе медицинской демографии. Медицинская демография изучает демографические процессы и явления и их воздействие на состояние здоровья и здравоохранение, медико-демографические аспекты общественного здоровья и здравоохранения, т.е. находится на стыке общей демографии и науки об общественном здоровье и здравоохранении.

<sup>1</sup> В разделе использованы материалы К.А. Отдельновой и Н.В. Полуниной. Из учебного пособия под ред. Ю.П. Лисицына (1988).

Статистическое изучение народонаселения включает разработку статистики и динамики населения.

#### **5.1.1. Численность, состав населения**

**Статика населения** основана на численном составе населения. Состав населения изучают по ряду основных признаков: распределение по полу, возрасту, социальной и профессиональной принадлежности, уровню образования, семейному положению, национальности, месту жительства, работы и т.д.

**Динамика населения** включает в себя изучение движения населения, изменений его численности, которые могут происходить в результате механического и естественного движения.

Демографические события изучают с помощью переписей, регулярно проводимых в экономически развитых странах; текущего учета ряда демографических явлений (рождение, смерть, развод и т.д.); выборочных исследований, включающих изучение некоторых социально значимых демографических аспектов в связи с медикосоциальными факторами.

При изучении численности и состава населения основным и наиболее достоверным источником сведений служат регулярно проводимые как в нашей стране, так и за рубежом *всеобщие переписи*. Первые попытки переписи населения относятся к древнейшим цивилизациям Индии, Египта, Китая, Греции, Рима. Более систематично переписи населения стали проводить в период Средневековья. Первые всеобщие переписи населения в США, в Англии, Франции относятся к концу XVIII-XIX вв.

В России первые попытки проведения переписи населения были в XI-XII вв. Однако первая всеобщая перепись населения в России осуществлена в конце 1896-начале 1897 г., подготовка к ней велась более 20 лет (с 1874 по 1896 г.). Программа переписи содержала 14 вопросов. Эта перепись остается единственным источником более или менее достоверных сведений о численном составе населения России в конце XIX в.

В XX столетии в нашей стране было проведено 9 переписей (1920, 1926, 1937, 1939, 1959, 1970, 1979, 1989, 2003).

Проведение переписей требует большой подготовительной работы, поскольку сравнительно быстро (8-10 дней) требуется собрать большой объем информации. В связи с этим в стране предварительно проводится разъяснительная работа. К сбору информации во время переписи привлекают много людей. Так, в 1959 г. общее число занятых в проведении переписи составило 600 тыс., в 1979 г. - 750 тыс., в 1989 г. - 900 тыс. Около 100-150 тыс. человек находится в резерве. Счетчик должен переписать около 600 человек, поэтому программа переписи должна быть четкой, но ограниченной, и не содержать вопросов, требующих длительной беседы.

Принципы переписи были предложены известным русским географом и статистиком П.П. Семеновым-Тянь-Шанским:

- всеобщность или охват всего населения;
- единая программа для всего населения;
- поименность при сборе информации, но при дальнейшей обработке данные обезличиваются;
- личный опрос счетчиками каждого взрослого у него на дому (в месте фактического проживания);
- строгое соблюдение тайны;
- одновременность проведения переписи.

Одновременность проведения переписи достигается определением **«критического момента»**, иными словами, точной даты и часа сбора информации. Как правило, перепись проводится в зимнее время, в середине недели, т.е. в период наименьшей миграции населения. В 1989 г. «критическим» моментом переписи была избрана полночь с 11 на 12

января. Все сведения собирали в течение 8 дней (с 12 по 19 января включительно), но по состоянию на определенный час, обычно 12 ч. ночи - так называемый момент переписи.

Во время переписи 1989 г. заполняли 2 вида переписных листов: сплошной (Ф.2С) и выборочный (Ф.3В). Первый заполняли на 1 или на 2 человека, если они считались членами одной семьи. Этот документ состоял из 20 вопросов, касающихся пола, даты и места рождения, семейного положения, национальности, родного языка, образования, основных средств к существованию, жилищных условий семьи.

Лист выборочной переписи, охватившей 25% жителей по случайной выборке, заполняли только на 1 лицо. Такой лист со- держал, помимо вышеперечисленных, вопросы о месте работы и должности, принадлежности к общественной группе, продолжительности проживания в данном населенном пункте, числе рожденных детей (для женщин).

Общая численность и структура населения по данным переписей представлена в табл. 7.

Изменения численности и структуры населения России приведены в табл. 8, которые показывают, что с 1991 г. численность населения России сокращается. Плотность населения на 1 км<sup>2</sup> неодинакова в различных регионах. Наибольшая плотность населения в европейской части страны, особенно в крупных городах, наименьшая - в районах Сибири и Дальнего Востока. В среднем по стране показатель составил 8,7 жителей на 1 км<sup>2</sup>, колеблясь от 78,1 в Санкт-Петербурге и Ленинградской области и 334,5 в Москве и Московской области до 2,2 в Хабаровском крае, 1,5 в Красноярской и 1,0 в Камчатской областях<sup>1</sup>. Сведения о плотности населения чрезвычайно важны для органов здравоохранения при планировании сети медицинских учреждений, когда необходимо учитывать не только численность населения, но и радиус обслуживания.

**Таблица 7.** Некоторые данные, характеризующие численность и состав населения России и СССР по данным переписей<sup>2</sup>

Годы переписи	Численность населения, млн чел.	Проживание		Пол		Возраст (годы)		
		город, %	село, %	муж., %	жен., %	0-15 лет	более 50 лет	более 60 лет
1897	125,6	13	87	49,7	50,3			
1920	136,8	15	85	49,7	50,3			
1926	147,0	18	82	49,7	50,3			
1939	190,7	32,5	67,5	47,9	52,1	37,7	12,3	7,0
1959	208,7	47,9	52,1	45,0	55,0	30,4	19,6	9,4
1970	241,8	56,3	43,7	46,1	53,9	30,9	19,1	11,8
1979	262,4	62,3	37,7	46,6	53,4	24,8	23,5	13,0
1989	285,7	65,9	34,1	47,2	52,8	25,7	25,6	14,2

Диспропорция в численности мужчин и женщин, возникшая в результате первой и второй мировых войн и их последствий, по- степенно сокращается. Так, если по переписи 1959 г. соотношение мужчин и женщин было равно 45 и 55%, то в 1999 г. мужчины составляли 47,0%, женщины - 53,0%. Это выравнивание обеспечивает популяция людей молодого возраста. В среднем на 100 девочек рождается 105-107 мальчиков, и в настоящее время численность мужчин в возрасте от 0 до 34 лет превышает численность женщин этого же возраста (соотношение 50,9 и 49,1%). После 35 лет численность мужского населения сокращается быстрее, и в возрасте 70 лет и старше женщины составляют 75% населения данного возраста.

<sup>1</sup> Народное хозяйство СССР в 1990 г.: Статистический ежегодник.- М.: Финансы и статистика. - 1991.

<sup>2</sup> Там же.

**Таблица 8.** Некоторые данные, характеризующие численность и состав населения России с 1980 г.<sup>1</sup>

Годы	Численность населения, млн.	Проживание		Пол	
		город, %	село, %	муж., %	жен., %
1980	138,4	69,9	30,1	46,1	53,9
1985	143,1	72,6	27,4	46,3	53,6
1989	147,4	73,5	26,5	46,9	53,1
1990	148,0	73,8	26,2	46,9	53,1
1991	148,5	73,9	26,1	47,0	53,0
1992	148,3	73,6	26,4	46,8	53,2
1993	148,3	73,2	26,8	46,9	53,1
1994	147,99	72,9	27,1	46,9	53,1
1995	148,0	73,0	27,0	47,0	53,0
1996	147,6	72,9	21,1	47,0	53,0
1997	147,1	73,0	27,0	47,0	53,0
1998	146,7	73,0	27,0	46,8	53,2
1999	146,3	73,0	27,0	47,0	53,0
2000	144,8	73,0	27,0	47,0	53,0

В начале XXI века указанные пропорции сохраняются. Численность населения продолжает сокращаться и по самым последним сведениям (2006 г.) составляла 142,3 млн человек, с немногим более 73% городского и почти 27% сельского населения. Первая в РФ всеобщая перепись населения (2003 г.) по результатам была близка к расчетным величинам: 145 млн человек, 73% городского и 27% сельского населения, мужчин на 6% меньше женщин.

<sup>1</sup> Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1998 г. (Статистические материалы). - М., МЗ РФ, 1999. - С. 6-7.; М., 2000. - С. 6-7.



Соотношение численности мужчин и женщин во многом влияет на уровень брачности и воспроизводства населения в стране. В 1999 г. в России вступили в брак 911,2 тыс. человек, или 7,4 на 1000 населения, что в 1,5 раза меньше, чем в 1980 г. (см. табл. 9). Наиболее высокая брачность (12,5 на 1000 населения) отмечалась в 1960 г., наиболее низкая - в 1992 г., когда показатель упал до 7,1 на 1000 населения. Наряду со снижением числа вступающих в брак увеличивается число разводов. Показатель разводимости в 1999 г. составил 3,7 на 1000 населения, что почти в 3 раза выше, чем в 1960 г. (1,5 на 1000 населения).

В первые годы XXI века эта тенденция сохраняется, и число разводов более чем в 2 раза (около 4 на 1000) превышает число браков (менее 7 на 1000).

**Таблица 9.** Браки и разводы в России в 1970-1999 гг.<sup>1</sup>

Годы	Все население, тыс.		На 1000 населения		Разводы на 100 браков
	браков	разводов	браков	разводов	
1970	1319,2	396,6	10,1	3,0	29,7
1980	1464,6	580,7	10,6	4,2	39,6
1990	1319,9	559,9	8,9	3,8	42,6
1995	1075,2	665,9	7,3	4,5	61,6
1999	911,2	532,4	7,4	3,7	50,0

В России происходит сокращение числа браков, что сказывается и на уменьшении доли лиц, состоящих в браке: в последние годы (с 2005 г.) из 1000 мужчин в возрасте 16 лет и старше в браке состояло не более 600 человек; из 1000 женщин того же возраста в браке состояло около 610 человек. Никогда не состояло в браке почти 20% мужчин и 15% женщин. Практически мало меняется средний возраст вступающих в брак: как и в 60-х годах, для мужчин он равен 29 годам, для женщин - 26-27 годам.

<sup>1</sup> Российский статистический ежегодник. М., 1995. Госкомстат. 1996, Государственный доклад о состоянии здоровья населения в Российской Федерации в 1999 г. М., 2000. - С. 8.

Тенденции сокращения числа браков и роста числа разводов свидетельствуют об усиливающемся демографическом неблагополучии. Это сказывается на воспроизводстве населения, увеличении числа внебрачных детей, непрочности семей, падении рождаемости и имеет другие последствия, неблагоприятные для здоровья населения.

Предложено определять демографическую «старость» населения по доле лиц 60 лет и старше. К демографически «старому» типу относят регионы, где доля лиц указанного возраста составляет более 12%.

Доля детей и подростков (0-17 лет) сократилась до 21%, трудоспособное население (до 60 лет), которое составляло 60-61% всего населения, теперь составляет 56%, а лица

старше 60 лет - 22%. В возрастной структуре населения России доля лиц в возрасте 60 лет и старше не только превышает 12%, но и имеет тенденцию к росту (более 20%).

Процесс старения населения в России идет высокими темпами: если в 1980 г. доля лиц в возрасте 60 лет и старше составила около 14% всего населения, в 1990 г. - 16%, в 1994-1995 гг. - около 18%, то в последние годы (с 1998 г.) превысила, как отмечалось, 20%.

Постарение населения - общее явление, особенно заметное в развитых странах. С 1900 г. число лиц 65 лет и старше в Западной Европе приблизилось к 18% (а лиц старше 60 лет - к 23-24%). Уже к 1980 г., по подсчетам ВОЗ, в Англии и Уэльсе по сравнению с 1900 г. число лиц в возрасте 65 лет и более увеличилось с 4,7 до 15,1%; во Франции - с 8,2 до 13,9%; в Швеции - с 8,4 до 16,4%; в Швейцарии - с 5,8 до 13,8%.

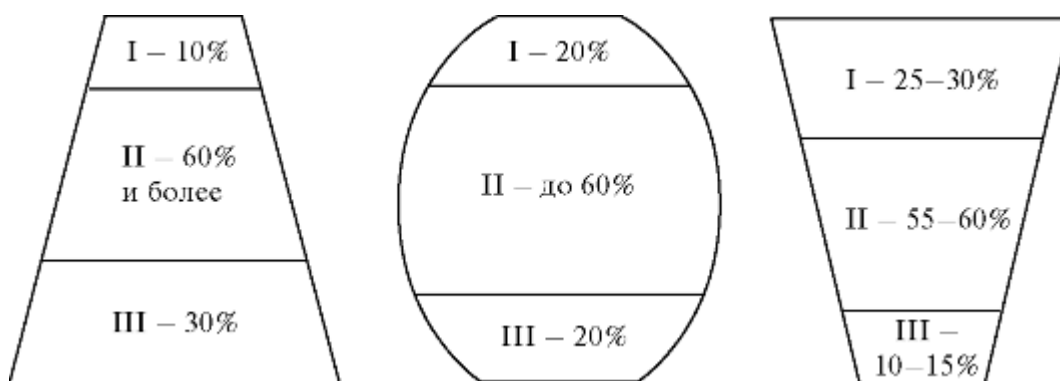
По данным Минздравсоцразвития РФ (Статистические материалы. М., 1999), в 1998 г. дети и подростки до 18 лет составляли 31,4 млн из 146,7 млн всего населения (или 21,7%); лица трудоспособного возраста (мужчины 18-59 лет; женщины 18-54 лет) - 84,8 млн (57,6%), а лица старше трудоспособного возраста (мужчины 60 лет и старше; женщины 55 лет и старше) - 21%. Такое возрастное распределение соответствует промежуточному типу населения, который графически напоминает фигуру «бочки» (рис. 4).

Такая фигура будет, если распределить население на группы детей и подростков (до 18 лет), людей трудоспособного возраста (18- 59 лет) и лиц 60 лет и старше.

Фигуры, типы или рисунки возрастного-полового состава населения обозначаются как прогрессивный, регрессивный, стационарный или промежуточный (рис. 5).



**Рис. 4.** Возрастное распределение населения в РФ.



**1. Прогрессивный тип 2. Стационарный тип 3. Регрессивный тип**

**Рис. 5.** Возрастно-половой состав населения.

I - лица старше 60 лет; II - трудоспособное население (18-60 лет); III - дети, подростки (до 18 лет).

В демографии принято возрастно-половой состав населения различать по 3 группам, каждая из которых отражена на рис. 5. Структура I прогрессивного типа состоит из лиц до 60 лет - 10%; от 18 до 60 лет - 60%; дети и подростки - 30%; соответственно II тип составляют лица до 60 лет - 20%; трудоспособное население до 60 лет - 60%; дети - 20%; и III так называемый регрессивный тип составляют лица старше 60 лет - 25-30%; от 18 до 60 лет - 60% и дети с подростками - не более 15%.

Увеличение числа пожилых людей не только свидетельствует о «постарении» населения, но и ставит перед органами и учреждениями здравоохранения ряд задач по медицинской помощи пожилым и престарелым, по развитию геронтологии и гериатрии.

Показатели статистики населения необходимы для: вычисления показателей естественного движения населения; планирования системы здравоохранения, в частности, расчета потребности населения в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи; определения количества средств для поддержания и развития системы здравоохранения; определения количественных показателей деятельности органов и учреждений здравоохранения. Более того, данные о составе населения и его изменениях позволяют полнее характеризовать факторы риска здоровью. Каждое амбулаторно-поликлиническое учреждение должно иметь четкое представление о численности и возрастно-половом составе населения своего района обслуживания.

### **5.1.2. Механическое движение населения - миграция**

**Механическое движение населения** (миграция) происходит в результате передвижения отдельных групп людей из одного района в другой или за пределы страны, как правило, в связи со сменой места жительства. Слово «миграция» происходит от латинского *migratio* (перехожу, переселяюсь). Интенсивность миграции в значительной мере определяется социально-экономическими условиями.

Миграция подразделяется на:

- безвозвратную (переселение со сменой постоянного места жительства);
- временную (переселение на достаточно длительный, но ограниченный срок);
- сезонную (переселение в определенные периоды года);
- маятниковую (регулярные поездки к месту учебы или работы за пределы своего населенного пункта);
- возвратную;
- вынужденную (беженцы и перемещенные лица).

Кроме того, различают внешнюю (за пределы своей страны) и внутреннюю миграцию (перемещение внутри страны).

Внешняя миграция подразделяется на эмиграцию (выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство или на длительный срок) и иммиграцию (въезд граждан из другой страны в данную страну).

К внутренней миграции относят межрайонные переселения и переселение из села в город. Это одна из важнейших составных частей урбанизации (от латинского *urbis* - город) с повышением роли городов в развитии общества. Урбанизация вызывает приток в города сельского населения, возрастающее маятниковое движение населения не только внутри города, но и в город из ближайших мелких городов и сельских населенных пунктов (на работу, в связи с культурно-бытовыми и материальными надобностями и пр.).

Данные о миграции населения получают в результате разработки поступающих от органов внутренних дел талонов статистического учета прибытия и убытия, которые составляются одновременно с адресными листками при регистрации. Статистические талоны, заполненные на лиц, изменивших место жительства в пределах данного городского поселения или между сельскими населенными пунктами в пределах административного района, не заполняются.

Для оценки миграционных процессов рассчитывают ряд показателей. Наиболее часто используются такие показатели, как:

- число прибывших на 1000 населения;
- число выбывших на 1000 населения;
- миграционный прирост;
- коэффициент миграции.

Перечисленные выше показатели рассчитывают по следующим формулам:

**Число прибывших на 1000 населения = (Число въехавших на административную территорию / Среднегодовая численность населения) × 1000.**

**Число выбывших на 1000 населения = (Число выехавших из административной территории / Среднегодовая численность населения) × 1000.**

**Миграционный прирост = Число прибывших - Число выбывших.**

**Коэффициент миграции = (Число прибывших + Число выбывших) / Численность стационарного населения, взятого за 100%.**

Миграционный прирост можно рассчитывать как в абсолютных, так и в относительных величинах.

Нарастание миграционных процессов в настоящее время свойственно многим странам мира.

В России также нарастают миграционные процессы. По данным первой всеобщей переписи населения России в 1896-1897 гг. городское население составило 13%, что стало результатом миграции. В дальнейшем численность городских жителей возрастала и в настоящее время составляет более 73%. В последние годы на миграционные процессы в большей мере влияют социально-экономические процессы, происходящие в стране - рост числа беженцев из зон конфликтов, вывод войск с ряда территорий, рост числа лиц, выезжающих из страны 1,0-1,5 млн беженцев и так называемых перемещенных лиц в год).

В последнее время усиливается так называемая возвратная миграция, т.е. возвращение на прежние места жительства лиц, уехавших в другие регионы (на заработки и пр.).

В табл. 10 представляем сведения о вынужденной миграции по данным исследования 1995 г.

Интенсивность всех видов миграции приблизилась к критическому пределу, который, по оценкам ООН, ВОЗ, составляет 20% (коэффициент, или индекс миграции). «Нормальная», определяемая социально-экономическими условиями миграция не превышает 10-12% постоянного населения.

Изучение и анализ миграционных процессов имеют существенное значение для органов практического здравоохранения. Усиленная миграция изменяет экологическую обстановку, требует пересмотра плановых нормативов медицинской помощи и изменения сети медицинских учреждений, влияет на эпидемическую обстановку в регионе, нередко приводит к росту внебрачной рождаемости. Маятниковая миграция, увеличивая число контактов, способствует распространению инфекционных заболеваний, увеличению травматизма, учащению стрессовых ситуаций. Сезонная миграция ведет в ряде случаев к неравномерной нагрузке различных учреждений, в том числе учреждений здравоохранения, может способствовать возникновению неблагоприятной эпидемической обстановки, влияет на показатели здоровья населения, что проявляется в существенных различиях основных показателей здоровья мигрантов и коренного населения.

**Таблица 10.** Число беженцев и вынужденных переселенцев в 1995 г. на 10 000 постоянного населения в регионы России<sup>1</sup>

Россия и ее регионы	Все население	Городское	Сельское
Российская Федерация	47,5	39,2	69,5
Северный регион	18,6	20,1	13,7
Северо-Западный регион	28,0	20,9	73,5
Центральный регион	34,4	26,4	72,8
Волго-Вятский регион	28,8	27,2	32,3
Центрально-Черноземный регион	100,7	74,1	142,3
Поволжский регион	85,0	77,4	105,3
Северо-Кавказский регион	77,9	71,6	85,6
Уральский регион	45,2	39,8	60,9
Западно-Сибирский регион	41,3	36,2	53,9
Восточно-Сибирский регион	15,7	18,0	10,1

<sup>1</sup> Артюхов И.П., Модестов А.А. Проблемы состояния здоровья и организации медицинской помощи мигрирующему населению. Красноярск., 1996.

### **5.1.3. Естественное движение населения (рождаемость, плодovitость, смертность)**

Существенное значение для здоровья населения имеют показатели **естественного движения населения**, под которым понимается изменение численности населения данной территории в результате взаимодействия рождаемости и смертности.

Статистика естественного движения населения в нашей стране основывается на обязательной текущей информации о рождениях, смертях, браках, разводах по данным органов записи актов гражданского состояния (загс). Гражданская регистрация случаев рождения проводится с 1917 г., случаев смерти - с 1925 г.

В соответствии с действующим законодательством все дети должны быть зарегистрированы в течение 1 мес. со дня рождения по месту их рождения или месту жительства их родителей. Регистрация ребенка в загсе производится на основании «Медицинского свидетельства о рождении» (ф.103/у-84), которое выдают в случае рождения живого ребенка при выписке из учреждений здравоохранения, где произошли роды, независимо от наличия акушерских коек. При многоплодных родах «Медицинское свидетельство о рождении» заполняется на каждого ребенка в отдельности.

В случае родов на дому «Медицинское свидетельство о рождении» выдает то учреждение, медицинский работник которого принимал роды. Если ребенок родился вне лечебного учреждения, то рождение удостоверяется двумя свидетелями.

В населенных пунктах и медицинских учреждениях, где работают не менее двух врачей, «Медицинское свидетельство о рождении» составляет врач в обязательном порядке. В сельской местности в учреждениях здравоохранения, где работают средние медицинские работники, «Медицинское свидетельство о рождении» оформляет акушерка или фельдшер, принимавший роды.

«Медицинское свидетельство о рождении» выдается на руки родителям или другим лицам, производящим регистрацию рождения, под расписку на корешке свидетельства, остающегося в медицинском учреждении.

В случае смерти ребенка до выписки матери из родильного дома (или из другого учреждения, где произошли роды) «Медицинское свидетельство о рождении» обязательно заполняется наряду со «Свидетельством о перинатальной смерти». Оба эти документа представляются в загс для регистрации рождения и смерти ребенка.

Бланки «Медицинского свидетельства о рождении» с корешками к ним сброшюрованы в книжки и хранятся у главного врача или его заместителя, осуществляющего контроль за правильностью их заполнения и своевременностью выдачи. Книжка прошивается, а свидетельства и корешки к ним нумеруются. Сначала проставляется номер учреждения, а через дробь - порядковый номер свидетельства. Корешки свидетельств хранятся не менее 1 года после окончания календарного года, в котором выдано свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с инструкцией.

«Медицинское свидетельство о рождении» разборчиво заполняют ручкой. В документе указывают наименование учреждения, его почтовый адрес, фамилию, имя и отчество лица, выдавшего его (врач, акушерка, фельдшер). Заполняющий «Медицинское свидетельство о рождении» удостоверяет факт рождения живого ребенка, место рождения (название медицинского учреждения или отмечает, что ребенок родился на дому, в дороге и т.д.), дату рождения, пол ребенка, фамилию, имя и отчество матери и место ее проживания.

В корешке делают записи, полностью соответствующие записям в «Медицинском свидетельстве о рождении». Кроме того, в корешке отмечается дата выдачи «Медицинского свидетельства о рождении».

Запись о выдаче «Медицинского свидетельства о рождении» с указанием номера и даты выдачи должна быть сделана в «Истории развития новорожденного» (ф.097/у), а в случае рождения мертвого ребенка - в «Истории родов» (ф.096/у).

В соответствии с законодательством смерть, так же как и рождение, подлежит обязательной регистрации в загсах по месту жительства умершего или по месту наступления смерти на основании заключения медицинского учреждения не позднее 3 сут с момента смерти или обнаружения трупа.

Для регистрации смерти утверждены «Врачебное свидетельство о смерти» (ф.106/У-084) и «Фельдшерская справка о смерти» (ф.106-1/У-084).

«Врачебное свидетельство о смерти» выдается всеми учреждениями здравоохранения, в которых работает не менее двух врачей. В сельской местности, имеющей в учреждении здравоохранения только одного врача, в случае его отсутствия (отпуск, болезнь и т.п.), а также в учреждениях, где нет врача, фельдшер выдает «Фельдшерскую справку о смерти». Фельдшерам запрещается выдавать «Врачебное свидетельство о смерти».

«Врачебное свидетельство о смерти» и «Фельдшерскую справку о смерти» выдают под расписку на корешке соответствующего документа, остающемся в учреждении здравоохранения. Выдавать тело умершего для погребения без «Врачебного свидетельства о смерти» или «Фельдшерской справки о смерти» запрещается. Если захоронение умершего производится учреждением здравоохранения, в этом учреждении обязательно заполняют «Врачебное свидетельство о смерти» и затем представляют свидетельство в трехдневный срок в загс для регистрации. «Врачебное свидетельство о смерти» выдает лечащий врач учреждения здравоохранения на основании наблюдения за больным и записей в медицинской документации, отражающих состояние больного до его смерти, или патологоанатом на основании изучения медицинской документации и результатов вскрытия.

Патологоанатомическому вскрытию подлежат все умершие от заболеваний в учреждениях здравоохранения. Главный врач имеет право отменить вскрытие в исключительных случаях. Об отмене вскрытия главный врач дает письменное указание в карте стационарного больного с обоснованием причины. Отмена вскрытия не допускается в случае смерти больных, пробывших в учреждении здравоохранения менее 1 сут, при инфекционных заболеваниях или подозрении на них, во всех случаях неясного прижизненного диагноза, в случаях смерти после диагностических инструментальных исследований и лечебных мероприятий.

«Фельдшерская справка о смерти» выдается на основании медицинской документации, отражающей наблюдение за больным до его смерти, если причину смерти фельдшер может установить достаточно точно.

При подозрении на насильственную смерть или в случаях смерти от механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после искусственного аборта, произведенного вне лечебного учреждения, в случае внезапной смерти детей, не находившихся под медицинским наблюдением, а также для умерших, личность которых не установлена, «Врачебное свидетельство о смерти» выдается судебно-медицинским экспертом после вскрытия. «Фельдшерская справка о смерти» в указанных случаях не выдается. Запрещается выдача «Фельдшерской справки о смерти», если причина скоропостижной смерти не ясна (не установлена).



Запрещается выдача «Врачебного свидетельства о смерти» («Фельдшерской справки о смерти») заочно, без личного участия врача (фельдшера, акушерки) в установлении факта смерти.

«Врачебное свидетельство о смерти» выдается с пометкой «окончательное», «предварительное» или «взамен предварительного». Такой порядок принят в целях обеспечения большей достоверности регистрируемых причин смерти и для того, чтобы не задерживать регистрацию смерти в загсе и погребение.

«Врачебное свидетельство о смерти» с отметкой «предварительное» выдается тогда, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования или к моменту выдачи свидетельства род смерти (несчастный случай вне производства или в связи с производством, самоубийство, убийство) не установлен, но в дальнейшем может быть установлен.

После уточнения причины и рода смерти составляется новое свидетельство с отметкой «взамен предварительного» и пересылается учреждением здравоохранения непосредственно статистическому управлению не позднее чем через 1 мес.

Главный врач учреждения здравоохранения обязан обеспечить контроль за достоверностью составления, правильностью заполнения врачами «Врачебного свидетельства о смерти» и своевременностью их выдачи родственникам умершего.

Бланки «Врачебных свидетельств о смерти» сброшюрованы в книжки и хранятся у главного врача учреждения или его заместителя вместе с корешками выданных свидетельств. Записи в корешках должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах «Врачебного свидетельства о смерти» или «Фельдшерской справки о смерти».

Корешки «Врачебного свидетельства о смерти» и «Фельдшерской справки о смерти» используются для составления отчета и хранятся в течение 1 года после окончания календарного года, в котором выдан документ, после чего подлежат уничтожению в соответствии с инструкцией.

«Врачебное свидетельство о смерти» («Фельдшерская справка о смерти») разборчиво заполняется ручкой. В документ вписывают необходимые сведения или подчеркивают соответствующие обозначения. Заполнению подлежат все пункты, при отсутствии тех или иных сведений следует записывать «Неизвестен», «Не установлен» и т.д.

В п. 7 «Врачебного свидетельства о смерти» указывается место постоянного жительства умершего. В п. 9 «Врачебного свидетельства о смерти» после уточнения обстоятельств смерти указывается, вследствие чего произошла смерть. Если не представляется возможным установить род смерти, то подчеркивают «Род смерти не установлен».

В п. 11 «Врачебного свидетельства о смерти» заполняющий свидетельство указывает свою фамилию, имя, отчество и должность, отмечает основание, позволяющее ему определить последовательность патологических процессов, приведших к смерти, указывает причину смерти.

Определение причины смерти крайне важно, так как «Врачебное свидетельство о смерти» и «Фельдшерская справка о смерти» являются не только медицинскими документами, удостоверяющими факт смерти, но и основой государственной статистики причин смерти. От правильности установления причин смерти и заполнения врачебного свидетельства о смерти зависят точность и достоверность статистической информации о причинах смерти.

Если к смерти привела только одна причина, то заполнить документ просто. Если смерть обусловлена двумя причинами и более, для статистической обработки необходимо выбрать одну причину, которая обозначается термином «первоначальная причина смерти». Это «болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти».

Порядок записи причин смерти должен помочь врачу выделить непосредственную причину смерти и те заболевания, которые способствовали смертельному исходу, оказав неблагоприятное влияние на течение первоначального (основного) заболевания. Под основным заболеванием следует понимать только определенную нозологическую единицу.

Причину смерти врач записывает в двух частях п. 11 «Врачебного свидетельства о смерти». Первая часть этого пункта подразделяется на 3 строки. В этой части указываются этиологически и патогенетически связанные заболевания. В строке «а» врач должен записать непосредственную причину смерти, в которую чаще всего включаются осложнения основного заболевания. В строке «б» врач должен указать то заболевание, которое вызвало непосредственную причину смерти. Это заболевание, в свою очередь, могло быть следствием какого-либо заболевания. Если таковое имелось, его записывают в строку «в».

Во второй части п. 11 отмечаются прочие важные заболевания, существовавшие к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное воздействие на течение основного заболевания, вызвавшего смерть, но не связанные с заболеванием или его осложнениями, послужившими непосредственной причиной смерти.

Для учета рождаемости и расчета ряда демографических показателей крайне важно определить, живым или мертвым родился ребенок.

**Живорожденным** является полное изгнание или извлечение плода из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни (сердцебиение, пульсация пуповины или движения мускулатуры независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента). Такой плод рассматривается как живорожденный.

**Мертворождением** считается смерть плода до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности. На смерть указывает отсутствие у плода после такого отделения дыхания или любых других признаков жизни (сердцебиение, пульсация пуповины или сокращения мышц).

Статистика мертво- и живорожденности имеет определенные особенности. Как правило, учреждения здравоохранения регистрируют в медицинской документации всех родившихся живыми и мертвыми с массой тела при рождении 500 г и более независимо от наличия признаков жизни, в порядке, установленном соответствующими приказами.

В органах загса подлежат регистрации как живорожденные:

- родившиеся живыми с массой тела 1000 г и более (или если масса тела при рождении неизвестна, с длиной тела 35 см и более, либо в сроке беременности 28 нед и более), включая новорожденных с массой тела менее 1000 г при многоплодных родах;

- родившиеся живыми, если они прожили более 168 ч после рождения (7 сут);

- все новорожденные, родившиеся с массой тела от 500 до 999 г.

Рождаемость - это процесс возобновления новых поколений, в основе которого лежат биологические факторы, влияющие на способность организма к воспроизведению потомства (зачатие, оплодотворение, вынашивание плода). Рождаемость детерминирована не только биологическими, но и социально-экономическими, психологическими процессами, возрастом вступления в брак, условиями и факторами образа жизни, традициями, религиозными установками и другими факторами, определяющими внутрисемейное регулирование числа рожденных детей. Политика, направленная на изменение тенденций в рождаемости, носит название демографической политики. В странах с высокой рождаемостью (Китай, Индия, Индонезия, страны Африки и Латинской Америки) государство обычно проводит мероприятия по сокращению числа рождений. Наоборот, в странах с низкой рождаемостью демографическая политика направлена на повышение рождаемости.

Для анализа и оценки интенсивности рождаемости используют общий коэффициент рождаемости, коэффициент общей и брачной плодовитости, суммарный коэффициент рождаемости.

**Общий коэффициент рождаемости** (или рождаемость), показывающий число родившихся живыми за 1 год на 1000 населения, вычисляется по формуле:

**Рождаемость = (Общее число родившихся живыми за год) / (Среднегодовая численность населения) × 1000.**

Общий коэффициент рождаемости не дает исчерпывающего представления об интенсивности процесса и используется лишь для приблизительной характеристики явления.

Более точную оценку рождаемости дают специальные показатели - коэффициенты **общей и брачной плодovitости (КОП и КБП)**, которые исчисляются по следующим формулам:

**КОП = (Общее число родившихся живыми за 1 год) / (Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет)  $\times$  1000;**

**КБП = (Общее число родившихся живыми за 1 год) / (Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в браке)  $\times$  1000.**

Коэффициенты рассчитывают на 1000 женщин в возрасте 15- 49 лет, который называется фертильным, генеративным или плодovитым периодом жизни. Число рождений до и после данного возрастного интервала незначительно. Особое внимание уделяют повозрастным показателям рождаемости. В этом случае выделяются возрастные интервалы 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49 лет. В отличие от общего показателя плодovitости повозрастные показатели плодovitости рассчитывают по формуле:

**Повозрастной коэффициент плодovitости = (Общее число родившихся живыми за 1 год у женщин соответствующего возраста) / (Среднегодовая численность женщин соответствующего возраста)  $\times$  1000.**

Важное значение в характеристике процессов рождаемости имеет **суммарный коэффициент рождаемости**, показывающий, сколько в среднем детей родила бы 1 женщина на протяжении жизни при условии сохранения в каждом возрасте существующего уровня рождаемости. Этот показатель не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный период. Суммарный коэффициент рождаемости вычисляется как сумма возрастных коэффициентов рождаемости, рассчитанных по одногодичным возрастным группам. Чтобы сохранить численность населения на нулевом уровне (без ее увеличения), этот показатель должен превышать 2,0 (2,15-2,20), так как часть браков бесплодны. К сожалению, в настоящее время этот показатель у нас значительно меньше (почти в два раза).

Принято оценивать средний уровень рождаемости в пределах 15- 25‰, рождаемость ниже 15‰ считается низкой, выше 25‰ - высокой.

Оценку рождаемости следует давать с учетом анализа показателя за ряд лет, его сравнения с показателем в других регионах, сопоставлять его с показателем смертности на данной территории. Все- сторонняя характеристика рождаемости, содержащая анализ всех показателей в связи с факторами и условиями, влияющими на их величину, дает возможность разработать наиболее реалистическую программу воздействия на рождаемость.

Динамика рождаемости в нашей стране свидетельствует, что мы прошли путь от нерегулируемой рождаемости в начале века до внутрисемейного регулирования числа рождений. Так, если в 1900 г. рождаемость составляла 49,5‰, то уже в 1913 г. показатель несколько снизился и был равным 45,5‰, а к 1940 г. сократился до 31,2‰. Наиболее интенсивное снижение рождаемости происходило в послевоенное время, и в 1969 г. показатель достиг 17,0‰. Лишь в середине 1980 г. наметилась определенная тенденция к росту, но к концу 80-х-началу 90-х годов рождаемость в России стала резко снижаться, достигнув катастрофически низкого уровня (табл. 11).

**Таблица 11.** Динамика основных демографических показателей в России с 1980 по 1999 г. (на 1000 человек населения)<sup>1</sup>

Год	Рождаемость	Смертность	Естественный прирост
1980	15,9	11,0	+4,9
1981	16,0	10,9	+5,1
1982	16,6	10,7	+5,9
1983	17,5	11,1	+6,4
1984	16,9	11,6	+5,3
1985	16,6	11,3	+5,3
1986	17,2	10,4	+6,8
1987	17,1	10,5	+6,6
1988	16,0	10,7	+5,3
1989	14,6	10,7	+3,9
1990	13,4	11,2	+2,2
1991	12,1	11,4	+0,7
1992	10,8	12,1	-1,3
1993	9,4	14,5	-5,1
1994	9,6	15,7	-6,1
1995	9,3	15,0	-5,7
1996	8,9	14,2	-5,3
1997	8,6	13,8	-5,2
1998	8,8	13,6	^-1,8
1999	8,3	14,7	-6,4
2000	8,7	15,3	-6,6
2001	9,0	15,6	-6,6
2002	9,7	16,2	-6,5
2003	10,2	16,4	-6,2
2004	10,4	16,0	-5,6

<sup>1</sup> Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (Статистические материалы). - М., МЗ РФ, 2000. - С.8.

К 2006 г. рождаемость немного повысилась, а смертность увеличилась.

Еще более неблагоприятные показатели рождаемости, смертности, естественного прироста населения имеют место в Москве и Московской области (табл. 12).

**Таблица 12.** Динамика основных демографических показателей в Москве и Московской области (в %)<sup>1</sup>

Год	Регион	Рождаемость	Смертность	Естественный прирост
1992	Москва Московская область	7,7 7,7	13,8 13,2	-6,1 -5,5
1993	Москва Московская область	7,1 6,9	16,5 16,0	-9,4 -9,1
1994	Москва Московская область	7,5 7,2	17,5 18,1	-10,0 -10,9
1995	Москва Московская область	8,0 7,2	16,9 17,6	-8,9 -10,4
1996	Москва Московская область	7,9 7,0	15,0 16,0	-7,1 -9,0
1997	Москва Московская область	7,8 6,7	14,4 15,1	-6,6 -8,4
1998	Москва Московская область	7,8 7,0	14,4 15,1	-8,3 -7,5
1999	Москва Московская область	7,8 6,8	14,8 16,7	-7,0 -9,9

<sup>1</sup> Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1997, 1998, 1999 г. (Статистические материалы). - М., МЗ РФ, 1998, 1999, 2000.

Суммарный коэффициент рождаемости за 10 лет указывает на существенное снижение показателя с 2,194 в 1987 г. до 1,28 в 1995 г. и 1,32 в 2005 г. Далее показатели в Москве и области по рождаемости чуть увеличились, по смертности - выросли. Особенно интенсивно рождаемость снижалась среди сельского населения. Если среди жителей города этот показатель за указанные сроки сократился в 1,5 раза, то среди сельских жителей - в 1,7 раза, хотя в целом данный показатель выше в сельской местности по сравнению с городом (соответственно 1,9 против 1,2). Суммарный показатель рождаемости снизился и в других развитых странах (табл. 13), хотя в них рождаемость остается выше, чем в России.

**Таблица 13.** Суммарный коэффициент рождаемости в ряде стран в 1990, 1995 гг.<sup>1</sup>

Страна	1990	1995
Венгрия		
Великобритания		
Германия		
Испания	1,84 1,84	
Италия	1,36 1,36 1,62 1,93 1,78 1,75 1,89 1,89	1,34 1,69 1,24 1,24 1,26 1,53 1,87 1,81 1,70 1,28 1,28
Нидерланды		
Норвегия		
Финляндия		

Франция		
Россия		
Чехия		

Несмотря на то, что в большинстве экономически развитых стран, как и в России, рождаемость снижается (табл. 14), такого резкого снижения показателя не отмечается нигде. В большинстве стран этот показатель в последние 5 лет стабилизировался и колеблется в пределах от 10,0 до 15,0‰.

Наряду с сокращением рождаемости возрастает рождаемость вне брака, которая к 1999 г. превысила 27% всех родившихся (табл. 15 по данным государственного доклада о состоянии здоровья населения РФ), а позже, к 2006 г. - превысила 30%.

Здравоохранение Российской Федерации, 1999, № 2, с. 29.

**Таблица 14.** Динамика показателя рождаемости в некоторых странах мира<sup>1</sup>

Страна	1990	1991	1992	1993	1994	1998
Россия	13,4	12,1	10,8	9,4	9,6	-
Австрия	11,7	12,1	12,1	11,8	11,6	11,3
Бельгия	12,4	12,8	12,4	11,9	11,7	11,5
Великобритания	13,9	13,7	13,5	13,1	12,8	11,1
Германия	11,4	10,4	10,0	9,8	9,4	9,3
Дания	12,3	12,5	13,1	13,0	13,74	13,0
Италия	9,8	9,9	9,9	9,4	9,3	13,0
Нидерланды	13,2	13,2	13,0	12,8	12,1	-
Норвегия	14,4	14,3	14,0	14,1	13,6	-
США	16,6	16,3	15,9	15,6	15,2	15,2
Финляндия	13,1	13,1	13,3	12,8	12,9	-
Франция	13,4	13,3	13,0	12,3	11,9	11,9
Швеция	14,5	14,4	14,2	13,5	12,8	11,2
Япония	9,9	9,9	9,7	9,5	10,1	10,1

**Таблица 15.** Внебрачная рождаемость в РФ

Показатели	1990	1991	1992	1993	1994	1995	19%	1997	1998
Число родившихся у матерей, не состоявших в зарегистрированном браке, всего (тыс.)	200,6	287,9	272,3	250,7	275,8	288,3	229,3	319,2	339,3
В % к общему числу родившихся	14,6	16,0	17,2	18,2	19,6	21,1	23,0	25,3	27,9

В оценке социального, демографического и медицинского благополучия той или иной территории необходимо учитывать показатели не только рождаемости, но и **смертности**. Взаимодействие между показателями рождаемости и смертности, замена одних поколений другими обеспечивают непрерывное воспроизводство населения.

В России показатель чуть повысился в 2005 г., он составил 10,5%. Сегодня этот показатель превышает 30%.

Под общим показателем смертности понимается число умерших в определенном регионе в течение 1 года на 1000 населения. Показатель рассчитывается по формуле:

<sup>1</sup> Демографический ежегодник России. Официальное издание. - М.: Госкомстат России, 1995, 495 с.; Здравоохранение России. XX век. - М.: ГЭОТАР-Мед, 2001, 24 с.; Ю.П. Лисицын. Психологическая медицина. - М.: Медицина, 2004, 7 с.

**Общий показатель смертности = (Общее число умерших за 1 год / Среднегодовая численность населения) × 1000.**

С 1920 по 1970 г. общая смертность снижалась. Так, если в начале века показатель составлял от 35 до 50‰ в зависимости от распространенности эпидемий, то уже к 1940 г. показатель снизился до 18,0‰, а в 1969 г. достиг своего наименьшего значения - 6,9‰. С этого периода он постепенно нарастал до 11,4‰ в 1984 г. Затем общая смертность в России недолго снижалась, а с 1989 г. имеет устойчивую тенденцию к росту с 10,7 до 14,7‰ (1999 г.), а более 16 ‰ далее.

Хотя в большинстве экономически развитых стран показатель (табл. 16) находится на среднем уровне (от 2-9 до 15%), его резкого увеличения за последние 5 лет не было. В основном такая величина общей смертности характеризует возрастной состав и свидетельствует о росте доли людей пожилого возраста.

**Таблица 16.** Динамика смертности и естественного прироста населения в некоторых странах<sup>1</sup>

Страна	Показатель смертности					
	1990	1991	1992	1993	1994	1998
Италия	9,3	9,8	9,5	9,5	9,5	9,9
Нидерланды	8,6	8,6	8,6	9,0	8,7	
Норвегия	10,8	10,5	10,4	11,0	10,1	
США	8,6	8,6	8,5	8,8	8,7	8,7
Финляндия	10,0	9,8	9,8	10,1	9,4	
Франция	9,3	9,2	9,1	9,2	9,2	9,2
Швеция	11,1	11,0	10,9	11,1	10,3	10,3
Япония	6,6	6,7	6,9	7,0	7,0	7,0

Существенно точнее показатели смертности отдельных возрастно-половых групп населения можно вычислить по следующей формуле:

**Показатель смертности соответствующей возрастно-половой группы = (Число умерших данного пола в данном возрасте за 1 год) / (Среднегодовая численность населения) × 1000.**



<sup>1</sup> Демографический ежегодник России. Официальное издание.- М.: Госкомстат России, 1995.

Возрастные коэффициенты смертности имеют общую закономерность: вероятность смерти ребенка наиболее высока в первые минуту, час, день, неделю и месяц жизни. Это дало основание выделить специальные показатели младенческой, неонатальной, ранней неонатальной и перинатальной смертности.

### **5.1.3.1. Младенческая, детская смертность. Их структура, причины**

До недавнего времени термином «детская смертность» обозначали смертность детей 1-го года жизни. На самом деле детская смертность - это смертность детей от момента рождения до 15-летнего возраста. Смертность детей 1-го года обозначается как **младенческая смертность**, это часть детской смертности. Младенческая смертность имеет исключительно важное значение в характеристике демографических процессов и здоровья населения, прежде всего детского. Не случайно ВОЗ определяет этот показатель как ключевой в оценке состояния здоровья наряду со средней продолжительностью жизни и массой тела ребенка при рождении. Как и большинство демографических показателей, младенческая смертность рассчитывается по числу случаев на 1000 населения. Однако расчет делается на 1000 **рожденных живыми**. В числе умерших до 1 года примерно треть родилась в предыдущем году, поэтому рекомендуется в число детей, умерших в течение 1-го года жизни, включать 2/3 родившихся живыми в данном календарном году и 1/3 родившихся живыми в предыдущем году.

Показатель младенческой смертности учитывает раннюю неонатальную (смертность в 1-ю неделю жизни - 168 ч); неонатальную (смертность в течение первых 4 нед жизни); постнеонатальную (с 29-го дня до конца 1-го года жизни) смертность.

Особенную значимость приобретает так называемая **перинатальная смертность**, включающая в себя мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность. Существует наука перинатология с исследовательскими и лечебными учреждениями (центрами, клиниками и др.).

В табл. 17 приводим сводку данных по определению названных периодов детской смертности.

С возрастом вероятность смерти ребенка уменьшается, и показатели становятся наиболее низкими в возрасте от 5-9 до 10-14 лет (0,5%), а уже после 15 лет показатель смертности нарастает. Первый резкий подъем показателя отмечается после 50 лет, когда он возрастает в 1,4 раза, второй - после 80 лет (увеличивается в 1,6 раза), третий - после 85 лет (увеличивается в 1,75 раза).

**Таблица 17.** Определение показателей детской смертности

Показатель	Формула
Годовой показатель детской смертности	Число умерших детей в возрасте до 15 лет в данном календарном году $\times 1000$
	Число умерших детей в возрасте до 1 года в данном календарном году $\times 1000$
Годовой показатель младенческой смертности	$\frac{2}{3}$ родившихся живыми в данном году + $\frac{1}{3}$ родившихся живыми в предыдущем году
Ранняя неонатальная смертность (на 1-й неделе жизни ребенка)	Число детей, умерших в возрасте 0-7 дней (168 ч) $\times 1000$
	Число родившихся живыми
Неонатальная смертность	$\frac{\text{Число умерших в возрасте 4 нед (28 дней)}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000$
Постнатальная смертность	$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте старше 1мес}}{\text{Число родившихся живыми в этот период}} \times 1000$
Показатель перинатальной смертности	Число детей, родившихся мертвыми + число умерших в возрасте 0-7 дней $\times 1000$
	Число всех родившихся (живых и мертвых)

С 1985 по 1990 г. в России младенческая смертность снижалась хотя и с меньшей интенсивностью, чем в экономически развитых странах. Это снижение объяснялось в основном сокращением числа смертных случаев от экзогенных причин. В первой половине 1992 г. эта положительная динамика была прервана (табл. 19). Затем снижение младенческой смертности продолжалось (в 1999 г. - 16,5% и в 2005 г. - 11,5%).

В последние годы отмечается положительная динамика снижения мертворождаемости, перинатальной смертности, смертности детей в постнеонатальный период.

**Таблица 18.** Младенческая смертность в России на 1000 родившихся живыми

Смертность	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Младенческая	22,7	17,4	17,8	18,0	19,9	18,6	18,1	17,4	17,2	16,5
Ранняя неонатальная	6,8	9,0	8,9	9,0	9,7	9,2	9,0	8,1	7,9	7,5
Неонатальная	11,0	10,8	11,0	11,3	12,1	11,8	11,0	-	10,5	10,1
Постнеонатальная	9,6	6,6	6,8	6,7	8,1	6,7	7,1	-	6,7	6,4
Перинатальная	17,8	17,9	17,5	17,2	17,4	17,4	17,0	15,9	15,8	15,0
Мертворождаемость	9,3	9,1	8,7	8,3	7,8	7,8	7,4	7,8	8,0	7,5

**Таблица 19.** Причины младенческой смертности в РФ в 1990-1997ГГ.<sup>1</sup>

Основные классы причин смерти	1990 1998 1999			1990 1998 1999		
	Человек			На 10 000 родившихся		
<b>Всего умерших</b>	<b>33 088</b>	<b>21 097</b>	<b>20 738</b>	<b>174,0</b>	<b>173,7</b>	<b>171,5</b>
От инфекционных и паразитарных болезней	2692	1335	1384	13,4	10,4	11,4
От болезней органов дыхания	4983	2618	2533	24,7	20,5	21,0
От врожденных аномалий	7468	5187	4709	37,0	40,5	38,7
От некоторых причин перинатальной смертности	16157	8945	8707	80,1	69,9	71,0
От травм и отравлений	1436	1268	1332	7,1	9,9	11,2
От болезней органов пищеварения	224	129	158	1Д	1,0	1,2

<sup>1</sup> Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Российской Федерации» в 1999 г. - М., 2000. - С. 12.

В структуре младенческой смертности в возрасте от 0 до 1 года в последние годы 1-е место занимают состояния перинатального периода (46% всех причин); 2-е место принадлежит врожденным аномалиям (22%); 3-е место представлено болезнями органов дыхания (14%); 4-е место - инфекции (7%); 5-е место занимают травмы и отравления (5-6%). Данные о младенческой смертности за 10 лет приведены в табл. 19.

Значимость одних и тех же причин смерти различна среди мертворожденных, умерших в ранний неонатальный, поздний неонатальный и постнеонатальный периоды. Если у мертворожденных наиболее частой причиной смерти была внутриутробная асфиксия (более 73%), то в ранний неонатальный период это родовые травмы, внутриутробные инфекции.

Среди причин смерти в неонатальный период преобладали болезни органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. Доля этих заболеваний как причины смерти еще более возрастает в постнеонатальном периоде.

Хотя младенческая смертность в России сокращается, она значительно выше, чем в других развитых странах. Уже несколько лет в Японии младенческая смертность ниже 5%; в США она ниже 9,0%, в большинстве стран западной Европы - 7-8% и ниже. Это указывает на возможность более интенсивного сокращения этого важнейшего показателя здоровья в нашей стране. Структура основных причин младенческой смертности в развитых странах такая же, как и в России, но их величина существенно меньше. Так, по данным статистических материалов Минздрава РФ (Смертность населения в Российской Федерации, 1998), от причин перинатальной смерти в США в 1997 г. умерло в расчете на 10 000 населения 36,2 детей (напомним, у нас более 70), в Японии 12,4 человека; в Германии - 22,2 младенца; в Англии - 32,6; во Франции - 18,9 и т.д. Особенно велики различия по инфекционным и паразитарным болезням. От этих причин у нас на 10 000 населения умерло в 1996, 1998 гг. 11 - 12 младенцев, в США - 1,8; Японии - 1,4; в Англии - 1,7; во Франции - 1,2; в Германии - 0,4 и т.д.

В связи с этим одной из первоочередных задач по снижению младенческой смертности является профилактика заболеваемости детей и, прежде всего, профилактика тех заболеваний, которые лидируют в структуре не только заболеваемости, но и младенческой смертности.

### **5.1.3.2. Структура причин смерти взрослого населения**

Опубликованные данные показывают, что смертность мужчин не только в целом, но и во всех возрастных группах выше по сравнению с женщинами. Так, если смертность мужчин в 1997 г. составила 15,0%, то у женщин она не превысила 12,7%. Отмечается и большая интенсивность роста показателя среди мужчин в сравнении с женщинами. Только за последние 3 года показатель общей смертности мужчин увеличился в 1,5 раза, а женщин - в 1,25 раза. Наибольший разрыв в показателях смертности мужчин и женщин выявляется в возрасте от 20 до 34 лет, когда смертность мужчин превышает тот же показатель у женщин в 4,0-4,5 раза. В дальнейшем с увеличением возраста различие в показателях сокращается, но и в возрасте 85 лет и старше смертность мужчин выше смертности женщин.

Смертность женщин в целом повторяет общие тенденции к постоянному увеличению (1959 г. - 6,8%; 1997 г. - 12,7%). Наиболее низкие показатели смертности у женщин отмечаются в возрасте от 10 до 14 лет, наиболее высокие - в возрасте 85 лет и старше.

Приведенные данные свидетельствуют о более низких показателях смертности женщин во всех возрастных группах по сравнению с мужчинами.

Изучение **структуры причин смерти** дает наиболее полное представление о состоянии здоровья населения, отражает эффективность мероприятий, проводимых органами и учреждениями здравоохранения и государства в целом по оздоровлению населения. В течение XX века в экономически развитых странах произошли значительные изменения структуры смертности населения. Так, если в начале века инфекционные заболевания были одной из ведущих причин смерти, то в последнее время их доля составляет не более 2%. В то же время в структуре причин смерти ведущее место в настоящее время принадлежит болезням системы кровообращения, несчастным случаям, новообразованиям, т.е. хроническим неэпидемическим заболеваниям.

Среди всех причин смерти в России лидируют 5 заболеваний и поражений: сердечно-сосудистые заболевания (56%), злокачественные опухоли (15%), несчастные случаи (травмы, отравления и др.) (16%), болезни органов дыхания (6%), болезни органов пищеварения (3%). Они составляют более 90% всех случаев смерти.

Среди причин смертности населения в России (табл. 20) болезни системы кровообращения не только преобладают, но и имеют тенденцию к росту. Так, если в 1990 г. на эту причину приходилось 617,4 случая, то в 1999 г. их число увеличилось до 815,7 случая на 100 000 населения.

За последние 20 лет отмечен рост смертности от несчастных случаев, отравлений и травм почти в 2 раза в сравнении с 1980 г. Эти причины заняли 2-е место в структуре смертности населения.

В целом за последние 5 лет возрастает смертность практически от всех причин (табл. 20). Это, естественно, влияет на профилактические мероприятия по улучшению здоровья населения.

**Таблица 20.** Динамика причин смерти населения в России с 1980 по 1999 г. (на 100 000 населения)<sup>1</sup>

Основные классы причин смерти	1980	1985	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Несчастные случаи, отравления и травмы	165,0	137,6	133,7	250,7	236,6	209,7	188,1	187,5	206,1
Новообразования	163,5	172,9	191,8	204,5	202,8	198,7	200,4	202,5	205,0
Болезни системы кровообращения	579,5	633,9	617,4	837,3	790,1	760,0	752,9	748,8	815,7
Болезни органов дыхания	92,1	79,5	59,3	80,8	73,9	67,9	63,9	57,2	64,9
Болезни органов пищеварения	30,0	30,3	28,7	44,1	46,1	42,2	39,3	38,1	41,9
Инфекционные и паразитарные болезни	20,6	17,1	12,1	20,1	20,7	22,1	20,6	19,0	24,5

Существенное значение для претворения в жизнь медико-социальных профилактических мероприятий, направленных на снижение смертности, имеет сравнительный анализ причин смертности мужчин и женщин, особенно в трудоспособном возрасте.

Структура причин смерти лиц трудоспособного возраста несколько иная; она показывает резкие отличия (в несколько раз) смертности мужчин и женщин по подсчетам 1993-1999 гг. (табл. 21).

<sup>1</sup> Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1999 году. - М., 2000. - С. 10.

**Таблица 21.** Основные причины смерти населения трудоспособного возраста (на 100 000 населения) в 1999 г.<sup>1</sup>

Причины смерти	Мужчины	Женщины
Все население	466,0	115,1
Несчастные случаи, отравления, травмы	186,5	35,7
Заболевания органов кровообращения	132,7	29,0
Болезни органов дыхания	21,3	3,8
Болезни органов пищеварения	19,4	5,6

Как видно из табл., смертность мужчин в несколько раз выше по сравнению с женщинами как в целом, так и по основным причинам: болезни органов дыхания - в 6 раз; несчастные случаи, отравления и травмы - более чем в 5 раз; болезни системы кровообращения - в 4,5 раза; болезни органов пищеварения - почти в 3,5 раза.

Представляет практический интерес установление среднего возраста смерти от основных причин. За последние годы этот показатель изменился незначительно, оставляя на первом месте сердечно-сосудистые заболевания (почти 72 года) и на последнем (44 года) инфекционные и паразитарные болезни, несчастные случаи.

**Таблица 22.** Смертность в РФ и других странах (стандартизованные показатели на 100 000 населения)

Страна	От всех причин		От сердечнососудистых заболеваний		От злокачественных опухолей		От травм		От туберкулеза
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.
Россия	1640	870	859	562	313	140	167	53	12,2
США	1059	642	456	283	245	161	90	32	0,8
ФРГ	1076	634	483	300	279	116	61	27	1,7
Великобритания	1078	687	487	293	248	189	46	20	0,9

<sup>1</sup> Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1999 году. - М., 2000. - С. 10.

Смертность в целом и по основным причинам в нашей стране значительно выше, чем в других развитых странах: в 2,0-2,5 раза в целом (в США, Великобритании, Франции, Германии и др.); в 2-5 раз выше от ишемической болезни сердца; в 1,5-2 раза - от злокачественных опухолей и особенно от несчастных случаев, инфекционных заболеваний (табл. 22).

### 5.1.3.3. Естественный прирост населения. Депопуляция

Естественный прирост населения может выражаться абсолютным числом как разность между числом родившихся и умерших за год, но чаще рассчитывается как разность показателей (коэффициентов) рождаемости и смертности по формуле:

**Показатель естественного прироста населения = (Число родившихся - число умерших) / (Среднегодовая численность населения) × 1000.**

Естественный прирост населения сам по себе не всегда отражает демографическую обстановку, так как одни и те же размеры прироста могут быть получены при разных показателях рождаемости и смертности. В связи с этим естественный прирост необходимо оценивать только в соотношении с показателями рождаемости и смертности.

К одному из наиболее неблагоприятных демографических явлений относится отрицательный естественный прирост, свидетельствующий о явном неблагополучии. Как правило, такая демографическая обстановка характерна для войн и социально-экономических кризисов. Отрицательный естественный прирост периодически отмечался в отдельных экономически развитых странах. Так, отрицательный естественный прирост наблюдался в Австрии с 1975 по 1985 г. (1,1-0,4), Германии с 1970 г. (4,3-1,4), Венгрии с 1980 г. (0,2-3,1), Дании с 1981 г. и т.д.

За всю историю России (не считая периода войн) в 1991 г. впервые был отмечен отрицательный естественный прирост, который к 2005 г. вырос в 4,0 раза. Отрицательный естественный прирост свидетельствует о вымирании нации, или **депопуляции**. Неблагоприятные демографические процессы, проявляющиеся в сокращении естественного прироста населения, обусловлены негативным взаимодействием нескольких основных факторов. Это акцент на малодетную семью, вступление в основной детородный возраст (20-29 лет) малочисленных континентов женщин, родившихся в конце 60-х-начале 70-х годов; кризисное состояние социально-экономической сферы.

Депопуляция как драматическое демографическое явление, превышение смертности над рождаемостью, вызвала образ «русского креста» (рис. 6).



Рис. 6. Депопуляция - «русский крест».

С 1991 г. в России депопуляция стала нарастать, и разрыв между показателями смертности и рождаемости составил небывало большую величину: -6, -5. В крупных странах такого отрицательного демографического явления не было.

#### **5.1.3.4. Смерть неродившегося ребенка - аборт. Материнская смертность**

**Аборты** - смерть неродившегося ребенка. Последствия абортов для здоровья женщины освещены ниже, когда речь пойдет об особенностях заболеваемости женщин.

Россия занимала и до сих пор занимает первое место в мире по числу случаев искусственного прерывания беременности (абортов). Считается, что в нашей стране производится чуть ли не половина всех абортов в Европе. Еще в 80-х годах производилось 4,0-4,5 млн абортов в год, число которых в 2 раза превосходило число родившихся (так называемый коэффициент абортивности - отношение числа абортов и родов составляло 2,0, а подчас и более). Далее число абортов стало снижаться, и к концу XX в. оно почти в 2 раза меньше, чем в 80-х годах XX в. (2059 тыс. в 1999 г. вместо 4454 тыс. в 1985 г.). К 2005 г. число абортов сократилось до 1500 тыс. Причин этого

положительного явления несколько, в том числе все большее распространение контрацепции. В 80-х-начале 90-х годов стали широко применяться так называемые мини-аборты, основанные на вакуум-экстракции, составившие в 1992-1993 гг. до 25% всех абортов; но далее число абортов, выполненных таким способом, стало сокращаться (до 15-16%).

Криминальные аборты в несколько раз чаще, чем медицинский аборт, приводят к смерти женщины. Истинное число криминальных абортов установить очень трудно; нередко они скрываются под так называемыми спонтанными или неуточненными абортами, число которых составляет около 10% абортов, проводимых в контролируемых условиях. Предполагают, что число криминальных абортов составляет несколько тысяч (например, в 1995 г., по данным Минздрава РФ выполнено 7708 криминальных абортов). Обычно число женщин, умерших в результате аборта вне медицинских учреждений (криминальных абортов), превышает половину всех смертей в связи с абортами.

Сравнительно большое число абортов выполняется у первобеременных и у девочек до 15 лет. Аборты у первобеременных составляют 8-9% всех абортов, а число абортов у девочек возросло в последние годы до 3000-4000 (1,5-2% всех абортов).

Часть абортов происходит самопроизвольно, несмотря на некоторое сокращение в последние годы, их число довольно велико (150 000 и более, т.е. не менее 10% всех абортов). Повторные самопроизвольные аборты классифицируются как выкидыши.

Аборты ведут не только к негативным последствиям для здоровья, к бесплодию, о чем сказано ниже, но и к случаям смерти (до 30% всех причин материнской смертности).



Значение абортів издавна было острейшей социально-гигиенической проблемой общества. Медико-социальные аспекты четко проявляются при изучении и оценке причин абортів.

Одна из важных причин, особенно в случаях криминальных абортів, - неустроенность семейной жизни. Незамужние женщины значительно чаще (при криминальных абортах в 5 раз чаще) прибегают к абортам. Без сомнения, одной из причин абортів остается неудовлетворительное материальное положение, особенно если появление ребенка становится драматическим событием вследствие недостатка материальных средств. Плохие жилищные условия, неустроенность быта, наличие в семье детей вынуждают женщину прибегнуть к абарту, несмотря на опасность этой операции. Однако неудовлетворительные материальные и бытовые условия действуют обычно не прямо, а через внутрисемейные отношения, прежде всего, отношения между мужем и женой. По данным сотрудников нашей кафедры (В.К. Кузнецов, Н.П. Макельская), еще в 70-х годах неблагоприятные материально-бытовые условия (низкая зарплата, плохие жилищные условия и др.) влияют на решение женщины сделать аборт опосредованно через семейные, психологические отношения. При благоприятных материально-бытовых условиях, но напряженных внутрисемейных отношениях число абортів не меньше (а часто больше), чем в семьях с плохими материально-бытовыми условиями, но дружескими, неконфликтными отношениями между супругами и другими членами семьи.

**Материнская смертность** определяется как смерть, обусловленная беременностью, наступившая в период беременности, родов и в течение 42 дней (6 нед) после ее окончания.

Материнская смертность непосредственно связана с акушерскими причинами (акушерскими осложнениями беременности, родов, послеродового периода в результате ошибок, упущений, неправильного ведения беременности, лечения и пр.) и косвенно - в результате болезни беременной, существовавшей раньше или возникшей во время беременности вне связи с акушерской причиной и пр.

Материнская смертность невелика (всего несколько сотен случаев в год, или 40-50 случаев на 100 000 родившихся живыми). Однако каждый случай материнской смерти считается чрезвычайным происшествием и всесторонне анализируется, так как чаще всего говорит об упущениях и недостатках акушерской службы.

Материнская смертность в нашей стране имеет тенденцию к сокращению, но это не повод для успокоения, тем более, что в развитых странах она значительно меньше, чем у нас (в 2-3 раза и более), хотя причины в основном такие же: на первом месте - криминальные абарты, далее кровотечения во время беременности и родов, внематочная беременность, токсикоз беременных, сепсис во время родов. Последнее место занимает искусственный медицинский абарт.

Термины «поздняя материнская смертность», т.е. смертность женщин после 42 нед беременности, но не позже 1 года после родов, или «смерть, связанная с

беременностью», хотя и относятся к материнской смертности, но не являются ее обозначением.

### **5.1.3.5. Средняя продолжительность предстоящей жизни**

**Средняя продолжительность предстоящей жизни (СППЖ)** - гипотетическое число лет, которое предстоит прожить поколению одновременно родившихся при условии неизменности повозрастных коэффициентов смертности. ВОЗ определяет СППЖ как более значимый критерий, чем показатели рождаемости, смертности и естественного прироста.

СППЖ рассчитывают на основании повозрастных коэффициентов смертности путем построения таблиц смертности (или дожития), методика которого известна еще с XVIII века. Таблицы смертности (дожития) рассчитывают косвенным методом, они показывают возможность последовательного вымирания гипотетической совокупности одновременно родившихся (когорты). Рассмотрим упрощенную методику построения этих таблиц.

Сегодня редко рассчитывают вручную этот показатель. Чаще прибегают к помощи компьютеров.

Возьмем когорту одновременно родившихся в 19... году численностью 100 000 человек. Из данных государственной статистики известны повозрастные коэффициенты смертности. Если смертность на 1-м году жизни составляет 20%, то, следовательно, из 100 000 на 1-м году жизни умрет 2000 человек  $[(100\ 000 \times 20) / 1000]$ . Вероятность умереть для каждого родившегося в 19... году составляет 2%  $[(2000 \times 100) / 100\ 000]$ .

Поскольку все, кто не умер в данном возрасте, доживут до следующего, вероятность дожить до 2-го года жизни для каждого родившегося в 19... году составит 98%  $(100 - 2)$ , или 98 000  $[(100\ 000 \times 98) / 100]$ .

Далее необходимо определить среднее число живущих в каждом возрастном интервале (так называемое стационарное население), которое соответствует полусумме числа живущих на начало и конец этого интервала. В нашем примере эта цифра равна 99 000  $[(100\ 000 + 98\ 000) / 2]$ . Следовательно, 1-й год жизни прожило 99 000 детей или, иными словами, на 1-м году взятой нами когорты было прожито 99 000 человеко-лет.

Полученные данные можно внести в табл. 23 дожития, приняв следующие условные обозначения:

Здесь  $X$  - возраст (в годах);  $i_x$  - число лиц, достигших возраста  $X$ ;  $dx$  - вероятность умереть в возрасте  $X$ ;  $qx$  - число лиц, умерших в возрасте  $X$ ;  $px$  - вероятность дожить до следующего возраста -  $X+1$ ;  $L_x$  - стационарное население;  $T_x$  - общая сумма человеко-лет, прожитых когортой, начиная с возраста  $X$ .

**Таблица 23.**

X	lx	dx	qx	pX	Lx	Tx
0	100 000	0000	0,00	1,00	100 000	
1	98 000	2000	0,02	0,98	99 000	
2	97 804	196	0,002	0,998	97 000	

Аналогично заполняются графы таблицы для последующих возрастных интервалов вплоть до полного вымирания взятой когорты. Затем суммируются все числа столбца  $Lx$ . Эта сумма соответствует общему числу человеко-лет, прожитых когортой родившихся в 19... году. Полученную сумму необходимо разделить на численность когорты, тогда показатель СППЖ для родившихся в 19... году составит:  $1x = Tx/lx$ . Аналогично по той же таблице можно вычислить показатель СППЖ для каждого возраста.

Приведенная методика упрощена и дана лишь для иллюстрации расчета показателя СППЖ. На практике таблицы смертности составляют по данным переписи на основании сведений о численности возрастно-половых групп населения и по материалам возрастного распределения умерших.

Показатель СППЖ в России и некоторых экономически развитых странах приведен в табл. 24. Наиболее высок этот показатель в Японии, Франции, Швеции. В России показатель не только низкий, он демонстрирует значительный разрыв продолжительности жизни мужчин и женщин - 14 лет, что обусловлено высокой смертностью мужчин всех возрастных групп (в 1995 г. СППЖ для обоих полов 65 лет; для мужчин - 58,0 лет, у женщин - 72,0 года, в 1996 г. для обоих полов 64,6 года; для мужчин - 58,3 года и для женщин - 71,6 года); в 1997 г. для обоих полов - 66,6 года; для мужчин - 60,8 года и для женщин - 72,9 года), в 1998 г. - 67,02 для обоих полов; 61,3 - для мужчин и 72,93 - для женщин. С тех пор он практически не менялся.

В отличие от большинства экономически развитых стран, где СППЖ постоянно возрастает, в России отмечается его стабилизация. С СППЖ не следует путать средний возраст умерших, который вычисляется как сумма прожитых лет, деленная на число умерших. Этот показатель существенно меньше СППЖ для новорожденных.

**Таблица 24.** СППЖ в России и некоторых странах мира в 1996-1997 гг.<sup>1</sup>

Страна	СППЖ		Страна	СППЖ	
	муж.	жен.		муж.	жен.
Россия	58,8	72,5	Нидерланды	74,7	80,4
Австрия	73,9	80,2	Норвегия	75,4	81,1
Великобритания	74,3	79,6	США	72,5	78,9
			Финляндия	73,0	80,2
Германия	73,3	79,7	Франция	74,0	81,9
Дания	72,8	77,9	Швеция	76,5	81,5
Италия	74,8	81,3	Япония	77,0	83,6

Обычно для всего населения он не рассчитывается, так как мало информативен (это все равно что средняя температура больных в стационаре). Однако средний возраст умерших имеет значение при определении среднего возраста смерти от отдельных заболеваний или групп заболеваний.

Как и другие показатели, СППЖ имеет разную величину в регионах России. Например, он был несколько выше для обоих полов в Муромской области, в Москве, в республике Мордовия, в Белгородской области, республике Татарстан, Ставропольском крае, в Ямало-Ненецком автономном округе, в Дагестане, в Ингушетии и т.д. В других же регионах СППЖ меньше для обоих полов, для мужчин и женщин: например, в Псковской области, в Смоленской области, в Пермской области, в республике Алтай, в республике Тыва и др.

Приведенные демографические данные говорят о кризисе народонаселения и усугубляющемся кризисе общественного здоровья.

## **5.2. Заболеваемость - ведущий показатель общественного здоровья**

Показатели заболеваемости отражают реальную картину жизни населения и позволяют разрабатывать меры по охране и улучшению здоровья населения в общегосударственном масштабе.

<sup>1</sup> Смертность населения Российской Федерации, 1998 год. - М., МЗ РФ, 1999. - С. 245, 249.

При изучении заболеваемости необходимо учитывать, что достижения науки увеличивают показатели заболеваемости, поскольку позволяют выявлять заболевания в более ранних стадиях, ставить диагнозы, которых ранее не было (коллагенозы, ИБС, СПИД и т.д.). В ряде случаев вопрос о том, новое это заболевание или мы просто научились ставить диагноз, вызывает споры.

Характер, структура болезней, наши знания о них (этиология, патогенез) отражают классификации заболеваний, травм и причин смерти, которые периодически пересматриваются.

Всемирная Организация Здравоохранения производит пересмотр Международной классификации болезней (МКБ) каждые 10 лет, чтобы привести ее в соответствие с уровнем знаний. В 1985 г. состоялся 10-й пересмотр, внесены изменения. Однако на практике еще нередко пользуются МКБ 9-го пересмотра. В МКБ 9-го пересмотра 17 классов и 999 рубрик - названий болезней. Это два больших тома: в одном томе - сама классификация, в другом - названия болезней по алфавиту.

Идеальная классификация должна быть построена по единому принципу. Науке известна такая классификация - это периодическая система элементов Д.И. Менделеева.

МКБ построена по 4 принципам. Первый принцип - принцип этиологии. По нему был построен 1 класс - «Инфекционные и паразитарные болезни» и 17 класс - «Несчастные случаи, отравления, травмы». Второй принцип - принцип патогенеза. По нему построен 2 класс - «Новообразования». Третий принцип - принцип локализации. По нему построено большинство классов: болезни органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы и др. Четвертый принцип - принцип общности особых состояний. Это 11 класс - «Осложнения беременности, родов и послеродового периода».

### **Классификация болезней, травм и причин смерти (МКБ-9)**

*1 класс* - Инфекционные и паразитарные болезни

*2 класс* - Новообразования

*3 класс* - Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена

*4 класс* - Болезни крови и кроветворных органов

*5 класс* - Психические расстройства

*6 класс* - Болезни нервной системы и органов чувств

*7 класс* - Болезни органов кровообращения

*8 класс* - Болезни органов дыхания

*9 класс* - Болезни органов пищеварения

*10 класс* - Болезни мочеполовой системы

*11 класс* - Осложнения беременности, родов и послеродового периода

*12 класс* - Болезни кожи и подкожной клетчатки

*13 класс* - Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

*14 класс* - Врожденные аномалии, пороки развития

*15 класс* - Некоторые причины перинатальной заболеваемости и смертности, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде

*16 класс* - Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния

*17 класс* - Несчастные случаи, отравления и травмы

МКБ-10 вступила в силу с 01.01.93. В России классификация начала действовать с 01.01.98. Классификация заключена в 3 тома.

## **Классификация болезней, травм и причин смерти (МКБ-10)**

- I - Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
- II - Новообразования
- III - Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
- IV - Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
- V - Психические расстройства и расстройства поведения
- VI - Болезни нервной системы
- VII - Болезни глаза и его придаточного аппарата
- VIII - Болезни уха и сосцевидного отростка
- IX - Болезни системы кровообращения
- X - Болезни органов дыхания
- XI - Болезни органов пищеварения
- XII - Болезни кожи и подкожной клетчатки
- XIII - Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
- XIV - Болезни мочеполовой системы
- XV - Беременность, роды и послеродовый период
- XVI - Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
- XVII - Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения
- XVIII - Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках
- XIX - Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
- XX - Внешние причины заболеваемости и смертности

XXI - Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения

МКБ была впервые сформулирована в 1893 г. как Классификация Бертильона (известный французский статистик), или Международный перечень причин смерти.

По примеру МКБ созданы частные классификации (для отраслей и отдельных групп заболеваний). Таким образом, создана концепция «семьи» классификаций, в центре которой находится традиционная МКБ с присущими ей формами и структурами. Сама МКБ удовлетворяет потребности в диагностической информации для общих целей, а дополнительные классификации можно использовать в сочетании с ней с учетом разных подходов к информации, особенно в плане терапевтических или хирургических процедур и инвалидности.

В МКБ-10 сохранена традиционная структура, но введена алфавитно-цифровая система кодирования, заменившая цифровую. Это позволило расширить рамки классификации.

В класс «Болезни крови и кроветворных органов» включены отдельные нарушения иммунного механизма. Образованы новые классы для болезней глаза и его придаточного аппарата, а также для болезней уха и сосцевидного отростка. Включены дополнительные классы внешних причин и факторов, влияющих на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения (классы XX, XXI).

МКБ-10 - результат огромной международной деятельности, сотрудничества и компромиссов. Для помощи странам в использовании классификации созданы 9 сотрудничающих центров ВОЗ.

Мы рекомендуем определять заболеваемость по 3 основным видам:

1. *Первичная заболеваемость* - это совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний. По терминологии Минздрава - это **общая впервые выявленная заболеваемость** (по статистическим талонам уточненных диагнозов со знаком «+»).

2. *Первичная общая заболеваемость* - это первичная заболеваемость плюс заболевания, выявленные в прошлом, по поводу которых впервые обратились в данном году.

3. *Распространенность* - общая заболеваемость, или болезненность - это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных как в данном году, так и в предыдущие годы. По существу, это *накопленная заболеваемость*, т.е. все случаи зарегистрированных заболеваний за ряд лет.

Таким образом, мы определили 3 уровня заболеваемости: первичной, первичной общей и распространенности (превеленс, общей, накопленной). Все имеющиеся среди

населения заболевания можно уподобить айсбергу (общая, накопленная заболеваемость - распространенность). При выявлении заболеваний (первичная, первичная общая заболеваемость) мы определяем лишь надводную часть айсберга (рис. 7).

Другими наименованиями показателей заболеваемости («патологическая пораженность», «истинная заболеваемость» и пр.) мы не рекомендуем пользоваться, так как они вносят разночтение и неточность в оценку заболеваемости.

Следует заметить, что иногда общую первичную заболеваемость называют распространенностью, например, в некоторых статистических материалах (Минздрав РФ, 1998, 1999).

Установить уровень распространенности заболеваний очень трудно. Для этого рекомендуется учитывать общую первичную заболеваемость более чем за 3 года, когда можно рассчитывать на выявление всех хронических заболеваний, по поводу которых, как показывает практика, в год обращается примерно треть пациентов, или добавлять к данным о первичной общей заболеваемости случаи болезней, обнаруженные при комплексных медицинских осмотрах.



Рис. 7. «Айсберг заболеваемости».

При определении и оценке заболеваемости следует учитывать, что в число случаев заболеваний входят все обращения по поводу острых болезней и лишь одно (первое) по поводу хронической болезни или ее обострения.

Перед медиками стоит задача разработки и совершенствования надежных, комплексных методов изучения распространенности заболеваний. В перспективе создание банка данных на все случаи заболеваний всего населения.

Существуют два метода, или два направления в изучении общей заболеваемости: **сплошной** и **выборочный** (более экономичный). Сплошной метод основан на сводке отчетных данных текущего учета по всем лечебным учреждениям. Выборочный метод позволяет получить важнейшие социально-гигиенические характеристики: изучается заболеваемость различных социальных групп населения по



полу, возрасту, в зависимости от различных факторов, условий и образа жизни. Выделяются группы, включающие детей, подростков, студентов, школьников, рабочих, а также больных с определенными нозологическими формами (сердечно-сосудистые, травмы и др.).

*Источники информации о заболеваемости.* Их всего 4, из них 2 основных, 2 дополнительных. Основные: обращаемость, медицинские осмотры. Дополнительные: по причинам смерти, по данным комплексных социально-гигиенических и клинко-социальных исследований.

Обращаемость населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения является наиболее полным источником данных о заболеваемости. В случае достаточности сети таких учреждений удастся выявить заболеваемость с большой достоверностью. Однако остаются скрытыми, прежде всего, хронические заболевания.

**Посещение** - это каждый визит больного к врачу или врача к больному. Визит больного к врачу регистрируется с помощью талона на прием к врачу, визит врача к больному регистрируется в журнале вызовов врача на дом. На каждого жителя в год в городе сейчас приходится около 9 посещений. Посещаемость - это показатель объема медицинской помощи.

**Обращение** - это первое посещение врача по поводу данного заболевания, регистрируется с помощью статистического талона уточненного диагноза, в котором ставится знак «+», если диагноз заболевания установлен впервые, и не ставится никакого знака, если по поводу данного заболевания пациент уже обращался ранее. Например, у больного острое респираторное заболевание, по поводу него больной 1 раз вызывал врача на дом и 2 раза был в поликлинике. Это 3 посещения, но обращение одно.

Другой пример: у больной обострение хронического холецистита, по поводу которого больная была у участкового терапевта в истекшем году 5 раз (диагноз холецистита был поставлен несколько лет тому назад). В данном случае посещений 5, обращение одно - первое посещение в данном календарном году, на которое должен быть заполнен статистический талон уточненного диагноза без всякого знака, так как диагноз установлен не впервые.

Статистические талоны со знаком «+» включают в расчет показателя впервые выявленной заболеваемости, все статистические талоны учитывают при расчете показателя общей первичной заболеваемости. Это надо очень хорошо знать всем врачам, работающим в поликлиниках, так как правильное заполнение учетных форм обеспечивает точность сведений о заболеваемости населения.

Виды заболеваемости по обращаемости:

1) общая - все случаи первичных посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения. Учетная форма - статистический талон уточненных диагнозов;

2) острая инфекционная заболеваемость. Учетная форма - экстренное извещение об инфекционном заболевании;

3) заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями. Учетная форма - специальное извещение, которое заполняется в случае установления диагноза туберкулеза, онкологического и венерического заболевания;

4) госпитализированная заболеваемость. Учетная форма - карта выбывшего из стационара;

5) заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Учетная форма - больничный лист.

При изучении заболеваемости по обращаемости показатели рассчитывают обычно на 1000 человек, иногда на 10 000 и на 100 000 человек. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности принято рассчитывать на 100 работающих в год.

Наиболее часто используют 4 группы показателей:

1) уровень первичной заболеваемости за год на 1000 человек (статистические талоны со знаком «+»);

2) уровень первичной общей заболеваемости на 1000 человек (все статистические талоны);

3) структура заболеваемости;

4) кратность заболеваний - число заболеваний на 1 человека. По данным различных авторов, общая первичная заболеваемость по обращаемости в разные годы колеблется в пределах от 1000 до 1400 случаев на 1000 городского населения, причем для жителей сельской местности этот показатель несколько ниже и составляет 800-1000 случаев. Исследование середины 60-х годов заболеваемости по обращаемости населения пяти городов, расположенных в различных экономико-географических районах (Ступино, Челябинск, Днепродзержинск, Копейск, Рубежное), определило заболеваемость 1275% у мужчин, 1315% - у женщин.

Исчерпанная, или накопленная, заболеваемость, т.е. заболеваемость, выявленная всеми способами, составляет в среднем 3500%, она выше у женщин - 3400-3600% и ниже у мужчин - 3000-3200%.

Таким образом, в среднем у каждого человека в настоящее время имеется 3 заболевания в год.

Самые высокие показатели заболеваемости по обращаемости у детей, ниже - у подростков и самые низкие - у взрослых<sup>1</sup>.

Можно отметить также особенности уровня заболеваемости по обращаемости в разных возрастных группах.

У мальчиков до 1 года - более 1900%, у девочек - более 1700%. Заболеваемость высокая на 2-м, 3-м и 4-м году жизни. Заболеваемость самая высокая на 3-м году жизни (3000% и выше). Произошло перемещение максимального уровня заболеваемости со 2-го на 3-й год, так как сейчас дети до 2 лет, как правило, находятся дома, на 3-м году начинают посещать дошкольные учреждения, что ведет к росту заболеваемости.

Самый низкий уровень заболеваемости в 10-14 лет. К 50 годам уровень заболеваемости повышается, потом снижается из-за роли социальных факторов, а также своевременности обращения к врачу.

Имеются также возрастные особенности структуры первичной заболеваемости по обращаемости (1998) (табл. 25).

1700-1800%, 1400-1500%, 1100-1200%.

**Таблица 25.** Структура первичной заболеваемости.

<b>Возрастные группы</b>	<b>Заболеваемость, ‰</b>	<b>Ранговые места</b>
<b>Взрослые</b>	<b>500-600‰</b>	<b>1. Болезни органов дыхания. 2. Болезни системы кровообращения. 3. Болезни нервной системы. 4. Болезни органов пищеварения. 5. Травмы, отравления. 6. Болезни костно-мышечной системы</b>
<b>Подростки</b>	<b>800-900 ‰</b>	<b>1. Болезни органов дыхания. 2. Болезни нервной системы. 3. Болезни органов пищеварения. 4. Травмы, отравления. 5. Болезни кожи и подкожной</b>

		клетчатки.  6. Инфекционные и паразитарные болезни
Дети	1300-1400‰	1. Болезни органов дыхания.  2. Болезни нервной системы.  3. Инфекционные и паразитарные болезни.  4. Болезни органов пищеварения.  5. Болезни кожи и подкожной клетчатки.  6. Травмы, отравления

### **5.2.1. Заболеваемость отдельными болезнями 5.2.1.1. Инфекционные болезни**

На первом месте стоят грипп, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Затем следуют разные кишечные инфекции, что связано с плохим состоянием водопровода и низким качеством питьевой воды, множеством импортных продуктов питания, которые редко проходят необходимую эпидемиологическую проверку.

**Все инфекционные и неинфекционные, эпидемические и неэпидемические заболевания** имеют социальную значимость, они наносят большой экономический ущерб и представляют угрозу жизни и здоровью населения. Только одни инфекционные и паразитарные заболевания ежегодно поражают десятки миллионов человек; это прежде всего грипп и ОРВИ. Ежегодно регистрируется более 35 млн случаев инфекционных заболеваний.

Несмотря на некоторое снижение распространенности ряда заболеваний (дифтерия, менингококковая инфекция, вирусные гепатиты и др.), к 1999 г. отмечен рост заболеваемости по 26 нозологическим формам (корью в 2,1 раза, эпидемическим паротитом на 41%, краснухой в 2,5 раза, туляремией в 2,1 раза, бактериальной дизентерией на 36%, туберкулезом более чем на 7%, острыми кишечными заболеваниями установленной этиологии на 14,7%, не установленной - на 11,8%) всего за 1 год. По данным Института эпидемиологии Минздравсоцразвития РФ, лишь прямой ущерб от инфекционных заболеваний составил более 20 млрд руб. (это в 2 раза больше всех средств на здравоохранение из федерального бюджета).

В дополнение к сказанному сообщим о распространенности особо социально значимых (медицинский, социальный, экономический ущерб, психологическое напряжение в обществе и др.) заболеваний.

### **5.2. 1.2 Острые кишечные инфекции (ОКИ)**

Казалось бы, что эти заболевания решительно пошли на убыль. Однако к 1999 г. лишь за 1 год произошел рост заболеваемости по большинству нозологических форм: дизентерией более чем на 36%; ОКИ не установленной этиологии почти на 12%, установленной этиологии - на 14%. Продолжаются эпидемические вспышки этих заболеваний. В связи с низким качеством питьевой воды централизованного водоснабжения зарегистрировано 93 вспышки, пострадало 384 человека; с водой от открытых водоемов связано 11 вспышек, пострадало 266 человек; с водой из других источников связано 18 вспышек, пострадал 291 человек. Зарегистрировано 316 групповых заболеваний и вспышек, связанных с употреблением недоброкачественных пищевых продуктов, пострадало 6305 человек; от употребления недоброкачественных молочных продуктов пострадало 337 человек, продукция детских молочных кухонь вызвала заболевания у 119 детей, на предприятиях общественного питания заразился 1591 человек, продукция кооперативных частных предприятий вызвала заболевания у 207 человек. В результате контактно-бытового пути передачи инфекции заболело 5886 человек<sup>1</sup>. В последующие годы - цифры не меньше.

Таковы отчетные данные санитарно-противоэпидемической службы. Они далеко не полны, поскольку небольшие вспышки и отдельные заболевания почти не регистрируются не только органами и учреждениями этой службы, но и всей системой здравоохранения; всем ЛПУ следует бдительно контролировать инфекционные заболевания, в том числе и особенно ОКИ. Нужно уделять внимание, прежде всего, пищеблокам, санитарному состоянию детских учреждений, магазинов, рынков, водохранилищ.

### **5.2.1.3. Вирусные гепатиты**

Несмотря на некоторое снижение заболеваемости гепатитами А и в меньшей мере В заболеваемость по другим формам растет, особенно гепатитом С - более 50 случаев на 100 тыс. населения.

Общее число больных гепатитами не менее 500 000. Следует отметить своего рода «омоложение» заболеваемости гепатитами: ее рост в основном связан с заболеваниями детей, подростков, молодых людей. До недавнего времени преобладали взрослые больные, а к настоящему времени их число сравнялось с числом подростков и молодых людей. Точно так же сравнялись показатели городского и сельского населения. Заболеваемость более опасным гепатитом В даже превысила число случаев гепатита А и за 10 лет она удвоилась. Как и при гепатите А, среди больных преобладают люди молодого возраста (15 - 19 лет). Одна из причин этого - заражение при употреблении наркотических веществ. В последние 5 лет заболеваемость возрастной группы 15 - 19 лет выросла в 6-10 раз на разных территориях. Заболеваемость гепатитом С выросла за 5

лет (с 1994 г.) в 4,0 раза. Путь заражения также парентеральный - при введении наркотиков. Распространение гепатитов неравномерное. Особенно неблагоприятные показатели по гепатиту А в республике Тыва, в республике Дагестан, в Еврейской автономной области и др. Гепатит В больше распространен в Иркутской области, в Таймырском автономном округе, в Москве и др.

<sup>1</sup> Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в РФ» в 1998 г. - М.: Минздрав, 1999. - С. 146.

Хронические формы гепатитов подчас преобладают над острыми формами. Например, в Санкт-Петербурге на 100 000 населения выявлено 64,9 случая хронических гепатитов и 29,9 случая острых.

После длительных изысканий получена эффективная и не уступающая иностранным препаратам вакцина против гепатита, особенно показанная для иммунизации детей 6 мес-4,5 лет. Ее применение предусматривает и закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (1998 г.).

#### **5. 2. 1.4. Внутрибольничные инфекции**

Число случаев **внутрибольничных инфекций** хотя и снизилось, но все еще недопустимо высокое - более 40 000 случаев. «Малые» случаи этих заболеваний, особенно инфекции мочеполовой системы, пневмонии, пропускаются и не регистрируются. Пока основной «очаг» внутрибольничных инфекций - родильные дома и отделения (43% всех случаев); более 14,1% случаев отмечается в хирургических стационарах; 13,5% - в амбулаторно-поликлинических учреждениях; 9,1% - в детских стационарах.

Основные причины вспышек - нарушения санитарно-противоэпидемического режима, поздняя диагностика, нарушение режима и условий стерилизации, халатность персонала и др. К сожалению, число централизованных стерилизационных отделений сокращается.

#### **5.2.1.5. Венерические заболевания**

Издавна к числу социально обусловленных инфекций относили **венерические заболевания** или, как их стали теперь называть, болезни, передаваемые половым путем, особенно сифилис и гонорею. В нашей стране отмечается крайнее неблагополучие с заболеваемостью по этим патологиям. Не без оснований говорят даже об их эпидемическом распространении. За последние годы заболеваемость **сифилисом** увеличилась в десятки раз и после довольно существенного снижения достигла более 200,0 на 100 000 впервые зарегистрированных. Заболеваемость сифилисом впервые более чем в 2 раза превысила заболеваемость гонореей; раньше гонорея значительно преобладала над сифилисом. В 2000-2004 гг. число больных с впервые выявленными сифилисом и гонореей сократилось, и в 2004 г. оно без этих форм на 100 тыс. нации сравнялось (до 79 тыс.).

В несколько раз увеличилась заболеваемость другими болезнями, передаваемыми половым путем, - трихомониазом (в 2 раза), хламидиозом (в 2 раза), уреаплазмозом (в 2 раза); урогенитальным кандидозом (в 10 раз) и всеми 16 формами подобных заболеваний. Столь высокое распространение этих болезней свидетельствует о резких негативных изменениях в образе и условиях жизни, прежде всего молодого поколения. Беспорядочные половые связи, нарушения гигиенического режима, несоблюдение здорового образа жизни, наркомании, алкоголизм, быстрая распространенность ВИЧ-инфекции и другие отрицательные явления стали благодатной почвой для заболеваний, передаваемых половым путем, борьба с которыми оставляет желать лучшего. Более того, нередко сами медики, в том числе специалисты, вольно или невольно создают ложную уверенность о возможности сравнительно легкого и быстрого излечения от этих болезней (несколько инъекций антибиотиков). До сих пор на национальном, государственном уровне не осуществляются эффективные меры профилактики и борьбы с венерическими заболеваниями.

В отдельных регионах распространенность заболеваний, передаваемых половым путем, а особенно сифилиса, во много раз превысила также высокие показатели по стране (в республике Тыва, в Кемеровской области, в республике Хакасия и т.д.).

### 5.2.1.6. Заболеваемость туберкулезом

Не менее драматично, хотя и не столь стремительно повышается **заболеваемость туберкулезом**. За 10 последних лет она по всем формам возросла в 2 раза, достигнув в 1999 г. 85,2 на 100 000 населения и поразив 125 000 человек. Такие цифры заболеваемости были в нашей стране в недавнем прошлом, а затем туберкулез стал заметно сокращаться, уменьшилась и смертность (до 10-11 в 80-е годы). Однако далее заболеваемость и смертность выросли (смертность в 1999 г. достигла 20,0 на 100 000 населения) (табл. 35), позже 21,0.

В 2000-2005 гг. заболеваемость туберкулезом осталась на высоком уровне (263,4 в 2000 г. и более 218,0 в 2004 г.) - это число больных, состоящих на диспансеризации, а число выявленных больных активным туберкулезом колебалось в 2000-2004 гг. от 130 тыс. до 119 тыс.

**Таблица 26.** Туберкулез в Российской Федерации<sup>1</sup>

Годы	Число больных с впервые установленным диагнозом		Смертность населения от туберкулеза	
	абс.	на 100 000 населения	абс.	на 100 000 населения
1980	65 565	47,4	16 442	11,7
1985	64 644	45,3	14 078	9,1
1990	50 640	34,2	11 130	7,4
1991	50 407	34,0	11 571	7,9
1992	53 147	35,8	11 990	8Д
1993	63 591	42,9	13 784	9,3

1994	70 822	48,0	18 512	12,6
1995	84 980	57,9	2715	15,4
1996	99 048	67,5	24 877	17,0
1997	108 166	74,0	24 513	16,7
1998	110 935	76,0	22 547	15,4
1999	124 044	85,2	29 078	20,0

Структура заболевания практически не изменилась: более чем у 90% больных легочный туберкулез; более 3% всех больных - дети. Среди больных заметно преобладают мужчины. Причины такой неблагоприятной ситуации по туберкулезу, как и по венерическим заболеваниям, лежат в социальной сфере. Туберкулез считается классическим примером социального заболевания, хотя ВОЗ в последнее время упорно называет его инфекционным. Однако одно другому не противоречит: инфекционное по происхождению заболевание может иметь социальные последствия. В Государственном докладе «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 1998 г.» (М., МЗ РФ, 1999, с. 169) сказано: «Причиной роста заболеваемости туберкулезом является ухудшение социально-экономических условий, снижение жизненного уровня населения. Значительное влияние на эпидобстановку по туберкулезу оказывают вынужденные переселенцы, рост числа лиц без определенного места жительства и освобожденные из исправительных учреждений. Важным фактором, способствующим росту заболеваемости, является сокращение охвата населения профилактическими осмотрами и, как следствие, уменьшение доли больных туберкулезом, выявленных на ранних стадиях заболевания, и увеличение выявленных больных на поздней стадии, с трудом поддающихся излечению формами туберкулеза».

<sup>1</sup> Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 г. (Статистические материалы). - М.: МЗ РФ, 2000. - С. 51.

За последние годы Правительство приняло 3 постановления по борьбе с туберкулезом. Законы обязывают усилить меры сокращения заболеваемости, которая, однако, очень медленно стабилизируется. Одна из причин этого - растущая невосприимчивость возбудителя к противотуберкулезным препаратам, в том числе новейшим.

Проблема инфекционной заболеваемости остается и в других развитых странах (в развивающихся странах она главная по доле в структуре заболеваемости и даже смертности). Тем не менее первичная заболеваемость и общее число больных в них значительно (в 2-3 раза меньше - не более 1-2% всех случаев смертности).

Наиболее значительными болезнями остаются грипп, ОРВИ, пневмония, вирусные гепатиты, а особенно ВИЧ-инфицирование и СПИД (в США не менее сотен тысяч ВИЧ-инфицированных и несколько десятков тысяч смертей от СПИДа; у нас в 2003 г. зарегистрировано 250 тыс. ВИЧ-инфицированных, т.е. эпидемия СПИДа угрожает России). Неслучайно ВОЗ определила своей важнейшей задачей глобальную программу борьбы со СПИДОМ, сохранив значение международной программы вакцинопрофилактики против инфекционных заболеваний.



### **5.2.1.7. Хронические болезни**

Заболеваемость **хроническими болезнями** входит в компетенцию соответствующих специалистов. От хронически протекающих неэпидемических заболеваний умирает более 80% всех умерших. В структуре заболеваемости они догнали острые заболевания, составив в целом не менее 50% всей заболеваемости, прежде всего общей, накопленной заболеваемости, в которой они заняли не менее 65-70%. Утверждают, что наступил век хронической патологии или патологии неэпидемического типа в развитых странах, в том числе в России.

По распространенности, социальному, экономическому, психологическому, медицинскому значению выделяют всего несколько групп этих заболеваний: сердечно-сосудистые, онкологические, нервно-психические, хронический алкоголизм, а также несчастные случаи, главным образом травмы и отравления. Все их можно отнести к социально значимым расстройствам здоровья.

#### **5.2.1.7.1. Сердечно-сосудистые заболевания**

**Сердечно-сосудистые заболевания - болезни органов кровообращения** в начале XX века занимали не более нескольких процентов в структуре патологии населения. Еще в 50-х годах по данным массового обследования более чем в 50 городах и районах сельской местности Российской Федерации они занимали 10-11-е место в рейтинге заболеваний. Примерно такое же положение было и за рубежом. В дальнейшем изменившийся образ жизни населения, индустриализация, урбанизация с психозмоциональным стрессом и другими факторами риска цивилизованного общества, а также улучшившаяся диагностика ИБС, гипертонической болезни и других поражений резко увеличили долю болезней органов кровообращения. Уже в 80-х-начале 90-х годов они заняли первые места в структуре болезней после болезней органов дыхания. Данное обстоятельство, естественно, сказалось на увеличении доли этих поражений в структуре смертности (50% и более всех случаев смерти в развитых странах, 56% в России в 2005 г.). Сегодня болезни органов кровообращения находятся на 2-м месте в структуре заболеваемости городского и 3-м месте - сельского населения (12-15%).

Еще в 60-70-х годах в наших исследованиях была установлена реальная распространенность (накопленная заболеваемость) сердечно-сосудистых заболеваний, которые составили не 3-4% всех болезней, как сообщали официальные справочники, а 23-27%. На 1000 человек ИБС была у 130-140, гипертоническая болезнь - у 50-60, сосудистые поражения мозга - у 30-40, хронические ревматические болезни сердца - у 20-30 человек<sup>1</sup>. По данным последних лет (Центр профилактики Минздрава РФ), следует несколько изменить долю этих основных заболеваний, прежде всего, изменить представления о распространенности гипертонической болезни и сосудистых поражений мозга (инсультов). Инсульты, по данным Института неврологии РАМН, встречаются в разных регионах у 3-5 на 1000 населения. По-видимому, истинное число случаев гипертонической болезни меньше, так как часто за эту болезнь принимают артериальную

гипертензию. Разъяснению положения, к сожалению, не будет способствовать переименование гипертонической болезни в артериальную гипертензию по МКБ-10.

<sup>1</sup> Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции. - М.: Медицина. 1992.

В сравнении с данными о распространении, т.е. накопленной заболеваемости, первичная заболеваемость примерно в 2 раза меньше (не 23-24%, или 230-270 на 1000, как свидетельствуют наши исследования, а по данным Центра профилактики, еще более - до 45% всего населения), так как это впервые зарегистрированные болезни в соответствующих годах; а накопленная заболеваемость или распространенность будет сегодня в 2 и более раза. По данным этого центра среди взрослого населения распространенность ЦБС составила 47%, сосудистых поражений мозга - 37% (2005 г.). Болезни системы кровообращения приблизились в последние годы к 2000 случаям на 100 тыс. населения.

#### **5.2.1.7.2. Злокачественные новообразования**

Несмотря на все успехи лечения и профилактики злокачественных опухолей (применение новейших методов хирургического, лучевого химиотерапевтического лечения), распространенность злокачественных опухолей заметно не сокращается. В мире по приблизительным подсчетам ежегодно поражается не менее 5 млн человек. Этому способствуют не только генетическая предрасположенность значительной части пациентов, вредные привычки (курение, алкоголь, нерегулярное питание, потребление острой пищи, психоэмоциональный стресс, неразборчивое употребление лекарств и др.), но и интенсивное загрязнение окружающей среды, особенно повышающаяся радиация.

По официальным данным, в последние годы (1995-2005) ежегодно впервые регистрируется 206 000-215 000 (297-315 на 100 000 мужчин и 206-225, 262-291 на 100 000 женщин) со злокачественными опухолями. Из них у мужчин наибольшее число заболеваний органов дыхания - трахеи, бронхов, легкого, затем желудка, у женщин на первом месте опухоли молочной железы, затем желудка, затем матки.

Увеличивается число случаев опухолей кожи. Из года в год растет число случаев опухолей лимфатической и кроветворной ткани. Настораживает значительное увеличение числа опухолей предстательной железы.

Проанализировав сведения о впервые зарегистрированных случаях злокачественных опухолей, мы не нашли данных о сокращении их числа. Отмеченная тенденция сохраняется и в большинстве развитых стран мира.

Не уменьшается и общее число больных, состоящих на диспансерном учете в онкологических учреждениях (контингенты больных). Они примерно в 3 раза превышают число впервые зарегистрированных больных: на 100 000 населения в последние годы 1300-1500 больных.

Среди состоящих на учете в онкологических учреждениях на конец года свыше 50% живут после установления диагноза злокачественного новообразования 5 лет и более. Летальность в год составляет 30-35%.

### **5.2.1.7.3. Болезни нервной системы, психические расстройства и хронический алкоголизм**

Психические расстройства (психозы) - часть нервно-психической заболеваемости, масштаб которой определить трудно, так как многие заболевания нервной системы, обычно преходящие, не учитываются. Известны лишь серьезные поражения периферической нервной системы, спинного и головного мозга, особенно сосудистые, о которых (инсульты) было сказано, и остеохондрозы - пояснично-крестовый, шейный и грудной. В связи с этой патологией испытывают сильные боли не менее 15-20% населения, а боли в спине от этих и других причин - не менее 40% людей старше 40 лет. Остеохондрозы и вызываемые ими радикулиты вследствие монотонного физического труда, влияния профессиональных вредностей и даже семейных и производственных конфликтов можно считать серьезными социально-гигиеническими проблемами, далекими от радикального решения. Увеличивается вообще заболеваемость болезнями нервной системы, число которых существенно не уменьшается на 100 000 взрослого населения: около 1500 случаев.

Важнейшей остается распространенность психозов, в том числе алкогольных. Говоря о факторах риска здоровью, мы касались этой проблемы, выделяли значение социально-психологических и генетических факторов, нездорового образа жизни группы риска, особенно лиц с девиантным поведением, массовой продажи суррогатных спиртных напитков и др. Эти неблагоприятные факторы касаются особенно нуждающихся в наркологической помощи, лиц с хронической алкогольной интоксикацией. Они составляют большую группу больных с психозами (алкогольных психозов 30-35% от всех психозов). Всего больных хроническим алкоголизмом (алкогольной болезнью), состоящих на учете наркологических и психиатрических учреждений, по официальным статистическим отчетам, не менее 2,5 млн (или более 1600 на 100 000 населения). Однако 30% больных хроническим алкоголизмом не регистрируют, таким образом, всего больных не менее 4,0 млн. Ежегодно первично регистрируется (это далеко не полная цифра) 210 000-215 000 больных, или 140-145 человек на 100 000 населения. Из них не менее 40 000-45 000 больных с алкогольными психозами (или 28-30 человек на 100 000 населения).

Кроме больных с хронической алкогольной интоксикацией, по нашим подсчетам, в 3-4 раза больше так называемых бытовых пьяниц, злоупотребляющих спиртными напитками, но способных регулировать свое поведение и даже прекратить пить. Таким образом, вместе с больными алкоголизмом всего в стране можно насчитать не менее 20,0 млн серьезно злоупотребляющих алкоголем. Они потребляют более половины всех спиртных напитков из 15-16 л абсолютного алкоголя на человека в год. Алкоголизм разрушает здоровье не только пьющих, но и их близких, приводит к разрушению семей, громадному экономическому ущербу. ВОЗ уже не раз заявляла, что «алкогольная волна захлестнула Россию». Решать проблему алкоголизма следует всеми средствами - не только

воспитательными, убеждением, жестким контролем производства и продажи алкогольных напитков. Требуется комплексная государственная программа борьбы с алкоголизмом и пьянством.

**Психические заболевания (психозы)** - острая медицинская и социальная проблема в связи с масштабом и последствиями для здоровья и всех аспектов жизни общества. Психозы наравне с венерическими заболеваниями и туберкулезом считаются классическими социальными болезнями.

Распространенность психозов примерно такая же, как и хронического алкоголизма, или немного больше. Примерно треть психозов - алкогольные; кроме них, в числе значимых форм шизофрения, сосудистые, инфекционные психозы и др. В начале 90-х годов психозы были более чем у 2,5 млн человек, в начале XXI века у 2,0 млн состоящих на учете. На самом деле больных с психозами больше (по нашим наблюдениям, на 30-40%) и общее число больных достигает 4,0 млн и более. Вместе с больными хроническим алкоголизмом таких больных будет 8-9 млн, или 6-7% всего населения. Примерно такую же цифру называют американские специалисты, говоря, что в США около 10% населения «проблемные алкоголики» и психически больные. Ежегодно впервые регистрируют (без алкогольных психозов, наркомании, токсикомании) и берут на учет 120 000-130 000 больных психозами, из них больше чем у трети - состояние слабоумия (40 000-45 000), примерно у 15% - шизофрения (20 000-25 000). Число всех больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, взятых под консультативное наблюдение, в год превышает 400 000.

В известной степени полному учету психически больных препятствуют законы, принятые в последние годы, отменившие принудительную госпитализацию больных (без согласия больного), если они не совершают социально опасных действий. Значительная часть больных, нуждающихся в лечении, уклоняется от него. наркоманов в стране значительно больше. В прессе эту цифру увеличивают в 10 раз и более. Однако достоверной и полной информации нет, тем более, что используют разные критерии вплоть до «попробовал наркотик 1 раз». Таких «попробовавших», конечно, несравненно больше. Речь идет о реально заболевших со всеми тяжелыми клиническими, психическими симптомами и крайне неблагоприятным прогнозом. Все конвенции, в том числе международные, постановления и законодательные акты о борьбе с наркоманией и токсикоманией, а также жесткие карательные санкции в ряде стран вплоть до смертной казни за распространение наркотиков пока малоэффективны. Число наркоманов растет во всех странах. Следовательно, борьба с этим опаснейшим социальным злом - задача всех институтов и структур государства и общества. Нужна **политическая воля** тех, кто призван защищать интересы всех людей, прежде всего законодательной, исполнительной и судебной власти, т.е. понимание опасности этого зла, его масштаба, принятие соответствующих общенациональных мер по борьбе с ним и его искоренение. Одни медицинские работники здесь мало что могут сделать. Их роль состоит в изучении, оценке этого явления, доведении сведений о его пагубном влиянии на здоровье людей до соответствующих инстанций и активной деятельности по профилактике и лечению этих заболеваний.

Все более опасный масштаб принимают **наркомания** и **токсикомания**. Однако достоверных сведений об их распространенности нет, большая часть этих больных не регистрируется. Более полные сведения поступают из органов и учреждений внутренних дел, проводящих борьбу с распространением наркотиков. Данные из медицинских учреждений совсем недостоверны. По официальным справочникам Минздравсоцразвития РФ, число больных с наркоманией, взятых на учет и диспансерное наблюдение, возросло с 14 551 человека (или 10,1 на 100 000 населения) в 1985 г. до 64 896 (44,0) в 1995 г. и до 159 999 (или 109,6 на 100 000 населения) в 1998 г., т.е. за 13 лет возросло более чем в 10 раз. По данным министра здравоохранения, сообщенным им на Коллегии Минздрава 20 марта 2001 г., число наркоманов превзошло в 2000 г. 260 тысяч (или 181,3 на 100 000 населения). В 2004 г. зарегистрировано 342 719 больных, или 239 на 100 000 чел. населения<sup>1</sup>. Конечно, Здоровье России. Атлас / Под ред. - М.: МЗ РФ. 2000.

### **5.2.2. Несчастные случаи, в том числе травмы и отравления**

Несмотря на громадное и все растущее число травм, отравлений, утоплений, убийств, самоубийств и других несчастных случаев, их общее число в мире неизвестно. Многие травмы, особенно легкие и среднетяжелые, не регистрируются. Пострадавшие не обращаются в медицинские учреждения, прибегают к самолечению и др. Несколько лет назад ВОЗ определила, что на 1 смертный случай от травм и отравлений приходится примерно 20 случаев тяжелых и среднетяжелых повреждений без смертельных исходов. Значит, если смертность от травм и несчастных случаев составляет почти 16% всех случаев смерти, или примерно 330 000 случаев, то тяжелых и среднетяжелых травм должно быть около 7 млн. По происхождению почти половина всех случаев травм и отравлений бытовые, 20-22% - производственные, около 17% - транспортные, в том числе автодорожные.

Чаще травмы получают подростки (около 10 000 случаев на 100 000), дети (около 9000 случаев); у взрослых зарегистрировано более 8000 случаев в 2004-2005 гг..

Столь значительная распространенность травм и отравлений и большая смертность от них ставят эти поражения на первое место по экономическим последствиям - потерям дней и лет трудовой жизни и соответственно денежных средств. Эти непредотвращенные потери, о которых пойдет речь ниже в разделе об экономике здравоохранения, в несколько раз превышают ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных опухолей.

### **5.2.3. Заболеваемость, временная нетрудоспособность**

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) регистрируется на 100 человек работающих и оценивается по числу потерянных из-за нее дней и числу случаев. Помимо заболеваний, она включает дни и случаи по уходу за больными, карантину, санаторно-курортному лечению. ЗВУТ в днях и случаях претерпевает резкие изменения из года в год.

Весомую долю, как видно из табл. 27, патологических состояний составляют болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни костно-мышечной, сердечно-сосудистой систем и болезни кожи и подкожной клетчатки.

В последующем показатели практически не изменились, и общее число нетрудоспособных дней не превышало 1000 случаев.

Резкие изменения заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) в разные годы свидетельствуют не столько об истинных переменах, сколько о социальных, психологических, правовых причинах, в частности о боязни безработицы, необращении больных в ЛПУ. Например, в 1994 г. число случаев ЗВУТ достигло 72, число дней до 880, а до этого эти показатели были существенно выше.

\* \* \*

Кроме двух названных показателей по ЗВУТ, существует средняя длительность случая заболевания. Она равна результату деления числа дней на число случаев заболевания и равняется по всем причинам ЗВУТ примерно 10-12 дням

**Таблица 27.** Временная нетрудоспособность по отдельным причинам в РФ на 100 работающих<sup>1</sup>

Название заболевания	Число случаев			Число дней		
	1990 г.	1995 г.	1999 г.	1990 г.	1995 г.	1999 г.
Всего по заболеваниям, санаторно-курортному лечению, абортam	109,5	74,9	69,1	1245,2	951,9	908,4
в том числе по болезни	79,1	59,7	57,9	997,3	816,6	812,4
ОРВИ и другие инфекции верхних дыхательных путей	22,5	17,9	14,8	153,9	146,5	118,5
Травмы и отравления	5,5	6,9	6,1	124,1	135,1	128,6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	8,3	6,0	6,7	113,1	93,2	105,2
Гипертоническая болезнь, ИБС, заболевания сердца, сосудистые поражения мозга	4,7	3,2	3,2	75,4	55,9	58,9
Осложнение беременности и послеродового периода (кроме абортam)	2,2	1,8	3,6	38,2	32,0	75,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,4	2,5	1,9	14,5	31,8	23,6
Обострение хронических заболеваний органов дыхания	2,2	1,6	1,9	34,6	24,2	23,6

#### **5.2.4. Заболеваемость по данным медицинских осмотров**

Медицинские осмотры бывают целевыми, предварительными и периодическими.

Целевые осмотры проводятся с целью выявления туберкулеза, онкологических, сердечно-сосудистых, венерических и других заболеваний у отдельных групп населения. Результаты таких осмотров имеют значение для планирования и проведения лечебных и профилактических мероприятий.

Справочные материалы МЗ РФ за 1999, МЗ. - М.: 2000. - С.73.

Предварительные медицинские осмотры проводятся перед поступлением в вузы, на работу и регламентируются приказом Минздравсоцразвития.

Периодические медицинские осмотры также регламентируются приказом Минздравсоцразвития, который определяет, кто подлежит этим осмотрам и каков объем обследования. Эти осмотры позволяют полнее выявить хронические профессиональные заболевания и провести лечебно-оздоровительные мероприятия.

**Заболеваемость по данным о причинах смерти.** Не все случаи заболеваний выявляются по обращаемости и результатам медицинских осмотров. Часть больных определяется по документам о причинах смерти.

#### **5.2.5. Заболеваемость по результатам комплексных социально-гигиенических исследований**

Комплексные социально-гигиенические исследования состояния здоровья различных групп населения, которые проводятся в настоящее время как отдельными исследователями, так и коллективами научных работников, посвящены, как правило, особенностям состояния здоровья, в первую очередь заболеваемости и факторов, ее обуславливающих.

\* \* \*

В заключении раздела приведем сводную табл. 28 сведений об общей первичной заболеваемости в 1999 г. в России. В последующем она практически не изменилась.

#### **5.2.6. Заболеваемость женщин и детей**

##### **5.2. 6.1. Заболеваемость женского населения**

Исследования заболеваемости женщин, проведенные в последние годы (с 1980 г. по настоящее время), показали, что уровень заболеваемости у женщин выше, чем у мужчин.

Так, если уровень общей заболеваемости по обращаемости у женщин, по данным различных авторов, колеблется от 1200 до 1500 на 1000 женщин, то у мужчин он не превышает 1000-1300 на 1000 мужчин.

**Таблица 28.** Общая первичная заболеваемость населения РФ на 1000 человек в 1999 г.<sup>1</sup>

Класс заболеваний	Взрослые	Подростки	Дети
<b>Всего случаев заболеваний</b>	<b>1141,5</b>	<b>1462,8</b>	<b>1724,7</b>
<b>Болезни органов дыхания</b>	<b>217,1</b>	<b>496,4</b>	<b>858,3</b>
<b>Болезни сердечно-сосудистой системы</b>	<b>167,0</b>	<b>27,7</b>	<b>16,1</b>
<b>Болезни нервной системы и органов чувств</b>	<b>151,2</b>	<b>250,4</b>	<b>199,4</b>
<b>Болезни органов пищеварения</b>	<b>96,5</b>	<b>132,0</b>	<b>127,1</b>
<b>Травмы и отравления</b>	<b>84,0</b>	<b>101,0</b>	<b>87,6</b>
<b>Болезни костно-мышечной системы</b>	<b>90,2</b>	<b>90,1</b>	<b>49,8</b>
<b>Болезни мочеполовой системы</b>	<b>83,8</b>	<b>75,1</b>	<b>41,4</b>
<b>Осложнение беременности, родов, послеродового периода</b>	<b>68,0</b>	<b>12,0</b>	<b>0,2</b>
<b>Психические расстройства</b>	<b>54,1</b>	<b>59,3</b>	<b>33,8</b>
<b>Инфекционные и паразитарные болезни</b>	<b>49,3</b>	<b>56,2</b>	<b>115,1</b>
<b>Болезни кожи и подкожной клетчатки</b>	<b>45,4</b>	<b>70,7</b>	<b>80,9</b>
<b>Новообразования</b>	<b>37,4</b>	<b>4,1</b>	<b>4,0</b>
<b>Болезни эндокринной системы, расстройства обмена веществ и иммунитета</b>	<b>35,4</b>	<b>60,7</b>	<b>31,6</b>

Самый низкий уровень заболеваемости отмечается в возрастной группе от 15 до 19 лет, в дальнейшем отмечается рост заболеваемости по обращаемости, она достигает максимальных цифр в возрасте 50-59 для женщин и 60-69 лет для мужчин практически по всем изученным территориям.

<sup>1</sup> Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 г. (Статистические материалы).- М.: МЗ РФ, 1999.

Во всех возрастных группах, кроме 60-69 лет, независимо от места жительства уровень заболеваемости женщин выше, чем у мужчин.

Аналогичная закономерность выявляется при анализе показателей первичной общей заболеваемости. Итоговые показатели так же выше у женщин (более 1800,0 случаев на 1000 женщин), чем у мужчин (1200,0 случаев). С увеличением возраста растут показатели распространенности болезней у женщин. Максимальный показатель отмечен в возрастной группе 40-49 лет - 2300,0 случаев. С дальнейшим увеличением возраста наблюдается тенденция к снижению уровня заболеваемости: в 50-59 лет - не более 2000 случаев, в 60 лет и старше - не более 1500 случаев.



Наибольшее число хронических заболеваний выявляется при комплексных медицинских осмотрах и наименьшее - по обращаемости за медицинской помощью. Комплексные медицинские осмотры увеличивают показатель заболеваемости по обращаемости у женщин почти вдвое, у мужчин - на 70-80%. При изучении общей картины заболеваемости, например в г. Иванове, показатель распространенности хронических заболеваний среди женщин колебался в пределах от 1500 до 2000 на 1000 женщин в различных профессиональных группах, а в Новгородской области до 2600. Доля впервые выявленных хронических заболеваний составляет 30-35%, причем впервые выявленные заболевания наиболее часто регистрируют гинекологи (50%), а наиболее редко - терапевты (20%).

При проведении повторных осмотров значительно снижается выявляемость заболеваний, в основном регистрируются не запущенные, а премоурбидные и начальные стадии заболеваний.

Естественно, с возрастом число хронических заболеваний у женщин увеличивается. Сотрудники кафедры общественного здоровья и здравоохранения РГМУ показали, что если после 30 лет каждая 4-я женщина имеет хроническое заболевание (24,6%), то после 45 лет - почти каждая 2-я (47,2%), а после 70 лет 2 женщины из 3 имеют различные хронические заболевания (63,0%).

Структура заболеваемости женщин примерно такая же, как и населения в целом. Однако имеются различия по ряду заболеваний мужчин и женщин, например, по болезням органов дыхания, которые занимают у тех и других 1-е место, но у женщин заболеваемость выше: у мужчин на 1000 человек - 420-425 случаев, а у женщин - 480-490.

Более половины (55,0%) всей заболеваемости у женщин (по обращаемости) приходится на болезни органов дыхания, системы кровообращения и нервной системы и органов чувств.

Женщины чаще обращаются по поводу острых инфекций верхних дыхательных путей, гриппа, острого фарингита и тонзиллита, гипертрофии миндалин и аденоидов, бронхита.

Из болезней системы кровообращения у женщин чаще, чем у мужчин, регистрируются в более молодом возрасте ревматизм, в возрасте от 30 до 70 лет - гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца. Обращаемость мужчин и женщин по поводу ИБС до 50 лет практически одинакова.

Среди болезней органов чувств с одинаковой частотой у мужчин и у женщин встречаются конъюнктивит, отит, нарушения зрения и слуха, заболевания периферической нервной системы у женщин встречаются реже в сравнении с мужчинами.

Уже в детском возрасте имеются различные гинекологические заболевания, составляющие более 60,0 случаев заболеваний на 1000 девочек. 13,0% дошкольниц и около 11% школьниц страдают гинекологическими заболеваниями.

Гинекологическая патология растет с увеличением возраста девочек. При обследовании девочек 5-9-го классов выявлено, что от 10 до 40% девочек имеют отставание в половом развитии, ускоренное половое развитие отмечается до 10,0%. От 20,2 до 25% девочек нуждаются в консультации и лечении у детского гинеколога.

У дошкольниц преобладают различные воспалительные заболевания гениталий (80,0%), среди которых существенную долю составляют аллергические вульвиты, а среди школьниц наиболее часто встречаются нарушения менструального цикла (60,0%), нарушения полового развития (8,0%), воспалительные заболевания гениталий (6,0%), болезни молочной железы (6,5%), гипертрофия половых губ, клитора (4,5%), опухоли (3,0%), травмы (3,0%).

Несмотря на то, что распространенность гинекологических заболеваний у девочек сравнительно высока, обращаемость почти в 10 раз меньше заболеваемости. Из 10 заболевших лишь 1 девочка обращается к врачу, а остальные не лечатся. Этот контингент в дальнейшем формирует группу женщин, страдающих хроническими гинекологическими заболеваниями, нередко приводящими к бесплодию.

Структура гинекологической заболеваемости включает в себя воспалительные заболевания наружных и половых органов (25,0%), среди которых половину составляют кольпиты, доброкачественные опухоли (20,0%), причем на долю миомы приходится около 70,0%, заболевания шейки матки (15,0%), в основном (70,0%) эрозии, нарушения менструального цикла (15,0%). Некоторые заболевания женской половой сферы, являющиеся предвестниками злокачественных опухолей шейки матки, можно выявить только при цитологическом и кольпоскопическом исследовании. При кольпоскопическом исследовании признаки кондиломы шейки матки диагностированы у 25% женщин.

Госпитализированная гинекологическая заболеваемость так же, как и заболеваемость по обращаемости, представлена воспалительными заболеваниями женских половых органов, занимающими 1-е место, доброкачественными опухолями, находящимися на 2-м месте, и нарушением менструального цикла - на 3-м месте.

Комплексная оценка состояния здоровья женщин показала, что доля женщин 1-й группы здоровья (15,0%) меньше, а 4-5-й групп здоровья больше (40,0%), чем среди мужчин (соответственно 20,0 и 30,0%). Только 50,0% женщин отмечают полное соответствие выполняемой работы состоянию их здоровья, что в 1,5 раза меньше, чем у мужчин.

Более половины случаев вторичного бесплодия у женщин обусловлено заболеваниями после искусственного прерывания беременности. Как правило, осложнения беременности почти в 2 раза чаще наблюдаются у женщин, имевших в анамнезе аборт. Особенно неблагоприятно прерывание первой беременности. Общее число осложнений после аборта у первобеременных превышает 45%. Из 4 женщин, прервавших первую беременность, практически здоровой остается лишь 1, у половины были выявлены нарушения репродуктивной функции (бесплодие у 35%, невынашивание

у 15,0%), в 10,0% случаев имелись нарушения менструальной функции, в 10% - воспалительные заболевания.

В последние годы в нашей стране беременность прерывают путем вакуум-аспирации (мини-аборт) из-за меньшей травматичности и относительно редких осложнений, хотя мини-аборты составили всего 20,0% всех абортов, производимых в России. Это является косвенным показателем позднего обращения к врачу по поводу нежелательной беременности. Несмотря на меньшую травматичность миниабортов и после этой манипуляции часто бывают осложнения, причем их вероятность увеличивается с ростом числа абортов в анамнезе.

Искусственное прерывание беременности не только отрицательно влияет на половую систему женщины и приводит к эмоциональному стрессу, который влияет на функцию всех желез внутренней секреции, ухудшая здоровье женщины и формируя экстрагенитальную хроническую патологию, способствуя возникновению и развитию онкологических заболеваний. Между частыми абортами и возникновением рака молочной железы и шейки матки имеется прямая достоверная связь.

Еще более неблагоприятное влияние на здоровье женщин, в частности, в плане формирования злокачественных новообразований, оказывают внебольничные аборты, частота осложнений после которых в 40 раз выше, чем после абортов, проведенных в больнице.

Неблагоприятные последствия и гинекологические заболевания, обусловленные оперативным вмешательством на ранних сроках беременности, отрицательно влияют на состояние здоровья будущего потомства. Так, у детей, матери которых перенесли в прошлом искусственное прерывание беременности, увеличены показатели перинатальной (на 25-30%) и младенческой (на 8-10%) смертности, чаще бывает тяжелая асфиксия, выше заболеваемость в первые годы жизни.

Современная семья имеет четкую установку на малодетность. Супруги стремятся ограничиваться двумя детьми, а нередко и одним ребенком. В связи с этим большую часть репродуктивного периода женщина должна предотвращать нежелательную беременность с помощью контрацептивов.

Активность использования и разнообразие средств предохранения от беременности зависят от образования, социального и семейного положения, места жительства и других факторов. Средства предохранения от беременности меньше всего используют студентки вузов и учащиеся средних учебных заведений (25,0%). Настораживает, что от 10 до 25% женщин считают искусственное прерывание беременности проще и безопаснее использования противозачаточных средств, т.е. имеют установку на аборт как на оптимальный вариант планирования семьи. Возможной причиной пренебрежительного отношения к контрацепции является низкая компетентность источников информации.

Общее число абортс с 4,0 млн в 1990 г. сократилось до 1,5 млн в 2004-2005 гг. и примерно 150 абортс на 100 родов.

### **5.2.6.2. Заболеваемость детского населения**

В последние годы в России отмечается некоторое снижение общей заболеваемости детей болезнями органов дыхания (хотя частота обращения у детей по поводу болезней органов дыхания выше в 1,5 раза, чем у подростков, и в 3,5 раза, чем у взрослых), но при этом наблюдается неуклонный рост других заболеваний, особенно инфекционных и паразитарных, что стало следствием глубоких социально-экономических изменений в стране.

Рост инфекций (за исключением кори, заболеваемость которой имеет ярко выраженный волнообразный характер с периодичностью 5-6 лет), включенных в программу расширенной иммунизации, связан с недостатками вакцинопрофилактики.

На кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения РГМУ Н.В. Полунина (1996), изучая состояние здоровья семей, имеющих детей дошкольного возраста, получила следующие уровни заболеваемости детей (табл. 29).

**Таблица 29.** Распределение заболеваемости детей по возрасту и полу (на 1000 детей соответствующего возраста и пола)

<b>Возраст, годы</b>	<b>Оба пола</b>	<b>Мальчики</b>	<b>Девочки</b>
<b>0-1</b>	<b>3103</b>	<b>3115</b>	<b>2968</b>
<b>1-2</b>	<b>3845</b>	<b>4163</b>	<b>3705</b>
<b>2-3</b>	<b>3916</b>	<b>4214</b>	<b>3821</b>
<b>4-5</b>	<b>3098</b>	<b>3122</b>	<b>3022</b>
<b>5-6</b>	<b>2424</b>	<b>2523</b>	<b>2341</b>
<b>6-7</b>	<b>2147</b>	<b>2219</b>	<b>2089</b>
<b>0-7</b>	<b>3135</b>	<b>3256</b>	<b>3017</b>

Обращает на себя внимание, что 2/3 всей заболеваемости (67,9%) приходится на возраст от 0 до 7 лет, причем большая часть - на дошкольный возраст (около 35%). В связи с этим основные усилия педиатра должны быть направлены на профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний в указанном возрасте. Это тем более актуально, что за последние годы увеличивается заболеваемость детей более старшего возраста. Если до 1970 г. практически все исследователи отмечали более высокую заболеваемость детей 1-го года жизни, то с 1970 по 1986 г. в большинстве опубликованных работ 2-й год жизни считается наиболее неблагоприятным с точки зрения состояния здоровья, поскольку заболеваемость детей на 2-м году жизни существенно превышала тот же показатель на 1-м году.

В Нижнем Новгороде и Москве, в городах Дальнего Востока выше показатели заболеваемости детей 3-4-го года жизни. При этом заболеваемость детей первых 2 лет жизни не снижается и остается довольно высокой.

Заболеваемость детей зависит не только от возраста, но и от пола. Представленные в табл. 29 данные Н.В. Полуниной свидетельствуют, что если до 7 лет заболеваемость выше у мальчиков, то после 7 лет положение меняется.

Кроме того, на заболеваемость детей влияет то, какой по счету ребенок в семье. Наиболее низкая заболеваемость у детей, родившихся 3-ми по счету. Однако это справедливо лишь при сохранении интергенетического интервала не менее 2,5 лет. Заболеваемость детей, родившихся 4-ми, 5-ми и т.д., имеет тенденцию к увеличению.

На заболеваемость детей, особенно первых 3 лет жизни, заметно влияют различные факторы риска.

Заболеваемость детей из семей с одним фактором риска превышает в 1,5 раза, с двумя и более факторами - в 2,1 раза данный показатель у детей из семей, не имеющих факторов риска на 1-м году жизни.

Семьи рабочих считаются семьями «социального риска». Социально-гигиенические факторы риска имеются в каждой 6-й семье рабочих, что больше, чем в семьях служащих. Социально-демографические факторы риска встречаются в рабочих семьях в 1,5 раза чаще, чем в семьях служащих.

Существенно влияет на заболеваемость детей распад семьи и воспитание детей в неполных семьях.

Результаты исследования, проводимого кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения (общественного здоровья и здравоохранения) РГМУ в течение ряда лет, свидетельствуют, что уровень общей заболеваемости (исключая болезни полости рта и зубов) детей, воспитывающихся в неполных семьях, составляет 3796,8 на 1000 детей, что в 1,6 раза превышает заболеваемость детей в полных семьях (2278,0 на 1000 детей). Заболеваемость болезнями органов дыхания почти в 1,6 раза выше у детей из неполных семей (соответственно 2365,6 и 1459,3 на 1000 детей соответствующего возраста). У детей, воспитывающихся в неполных семьях, ОРВИ в 2 раза чаще осложняются бронхитом и пневмонией. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки, инфекционными и паразитарными болезнями в 2,3-1,5 раза выше у детей из неполных семей по сравнению с детьми, воспитывающимися в полных семьях (соответственно 299,0 и 129,3%; 224,6 и 147,9%). Особое внимание обращает на себя существенное преобладание болезней кожи и подкожной клетчатки у детей из неполных семей, поскольку в патогенезе дерматозов важное значение имеют нейрогенные механизмы.

Психические травмы также служат причиной снижения сопротивляемости организма, а следствием этого становится повышение восприимчивости детей к возбудителям инфекционных болезней. Инфекционные и паразитарные болезни, занимая одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, имеют существенно более высокий уровень у детей из неполных семей по сравнению с детьми контрольной группы.

О влиянии неблагоприятного психологического климата в неполных семьях свидетельствует более высокий уровень болезней нервной системы и органов чувств у детей из неполных семей, который в 1,7 раза превышает эту заболеваемость в контрольной группе (101,7%).

Особого внимания заслуживают неврастения, астеноневротический и астенический синдромы, ситуационный невроз, расстройства речи у детей. Уровень перечисленных заболеваний в 2,3 раза выше у детей, воспитывающихся в неполных семьях, по сравнению с контрольной группой (соответственно 87,1 и 38,0%).

Более наглядное различие в уровнях заболеваемости детей из полных и неполных семей имеют болезни органов пищеварения, в патогенезе которых ведущая роль принадлежит психологическому дискомфорту. Если у детей, воспитывающихся в полных семьях, заболеваемость болезнями органов пищеварения составляет 45,0%, то у детей из неполных семей она достоверно в 3,2 раза выше (146,0%).

Травмы и отравления как следствие безнадзорности наиболее часто (в 2,2 раза) встречаются у детей из неполных семей, чем у детей, живущих в полных семьях.

У детей из экологически неблагоприятных районов заболеваемость в 1,5-3 раза выше, чем у живущих в благоприятных условиях, кроме того, в 2 раза чаще встречается хронический тонзиллит, в 2,3 раза чаще - аденоидные вегетации, в 1,7 раза чаще - гингивиты.

В структуре заболеваемости детей от рождения до 14 лет включительно 1-е место занимают болезни органов дыхания, причем их доля колеблется от 55% на 1-м году жизни до 75% у детей 10-14-летнего возраста и 80% на 3-4-м году жизни.

Заболеваемость детей болезнями органов пищеварения возрастает. Если 10-15 лет назад эти заболевания не занимали первые 5 мест в структуре заболеваемости, то в настоящее время болезни органов пищеварения занимают 5-е место у детей до 7 лет, 4-е место у детей 7-10 лет и 3-е место в возрасте 10-14 лет.

Достаточно высока заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями. Уровень этих заболеваний резко возрастает уже на 2-м году жизни по сравнению с 1-м годом. Если на 1-м году число инфекционных и паразитарных болезней не превышает 85-160 на 1000 детей, то на 2-м году инфекционная заболеваемость увеличивается в 2-3 раза. Наиболее высокая заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями отмечается на 3-4-м году жизни, затем снижается и со 2-го места перемещается на 4-е место в возрастной группе 10-14 лет.

Особого внимания заслуживают новорожденные, так как они считаются наиболее уязвимыми. Отдельные дни и даже минуты жизни новорожденного зачастую определяют состояние его здоровья в дальнейшем.

Ежегодно, особенно в крупных городах, рождается до 50% детей с перинатальным риском, что в 2 раза увеличивает заболеваемость новорожденных и детей 1-го года жизни.

К сожалению, заболеваемость новорожденных детей неуклонно увеличивается. Так, за 1989-2005 гг. заболеваемость новорожденных (заболевших и родившихся больными) увеличилась более чем в 3 раза.

Заболеваемость недоношенных новорожденных в 2,5 раза превышает этот показатель у доношенных.

Особое значение в оценке заболеваемости детей имеет кратность перенесенных заболеваний за год. В зависимости от числа перенесенных ребенком заболеваний выделяют следующие группы: 1-я группа включает в себя детей, не болевших в течение года; 2-я группа состоит из детей, перенесших 1-3 заболевания в год, и называется группой эпизодически болеющих; 3-я группа - это часто болеющие дети, болевшие 4 раза и более в течение года. У детей 3-й группы чаще формируется хроническая патология.

С возрастом увеличивается доля не болевших детей и уменьшается число эпизодически и часто болевших. Так, число не болевших («индекс здоровья») на 7-м году жизни по сравнению с 4-м годом увеличивается в 9,0 раз, а число эпизодически и часто болеющих уменьшается соответственно в 1,4 и в 2,4 раза. В среднем в дошкольном возрасте не болевшие составляют 12,0%, эпизодически и часто болевшие - соответственно 88 и 22%. В целом среди детей, проживающих в России, каждый 4-5-й относится к часто болеющим, причем наиболее высок этот показатель в возрасте от 3 до 4 лет, и даже в 5-6 лет доля часто болеющих больше, чем у детей 1-2 лет, хотя несколько лет назад (с 1970 по 1984 г.) наибольшее число часто болеющих составляли дети 2-го года жизни. В дальнейшем с увеличением возраста число часто болеющих детей заметно снижалось, но практически мало менялся их «вклад» в общую заболеваемость детского населения. На протяжении всего детства часто болеющие обуславливают почти половину всей детской заболеваемости (47,0%).

Естественно, что заболеваемость часто болеющих детей достоверно выше по сравнению с эпизодически болеющими, причем если в первые 7 лет жизни - в 2,9 раза, то в школьном возрасте - в 4 раза.

Такой высокий уровень заболеваемости часто болеющих детей формируется теми же заболеваниями, что и у эпизодически болеющих, только уровень этих заболеваний повышается в несколько раз. Фактически на 3 класса болезней (болезней органов дыхания, инфекционных и паразитарных болезней, болезней нервной системы и органов чувств) приходится более 90% всех заболеваний.

«Формированию» часто болеющих детей способствуют различные факторы риска. В рабочих семьях часто болеющих детей больше, чем в семьях служащих.

Часто и длительно болеющих детей в 2,5 раза чаще выявляют в экологически неблагоприятных районах.

Кроме того, выявлена прямая корреляционная зависимость между заболеваемостью детей (7 раз в году и более) и такими параметрами, как хронические заболевания у родителей и большая масса тела ребенка при рождении. Заболеваемость (4-6 раз в год) находится в достоверной корреляционной связи с низкой массой тела при рождении, патологией беременности и родов у матери, а также искусственным вскармливанием на 1-м году жизни.

Несмотря на более высокую обращаемость детей в ЛПУ по сравнению со взрослым населением, не следует пренебрегать проведением медицинских осмотров с привлечением специалистов. Значительная часть заболеваний и отклонений выявляется при таком осмотре впервые (до 90%). Более 90% впервые установленной патологии органов дыхания приходится на гипертрофию миндалин и аденоидов, хронический тонзиллит, которые были выявлены при комплексных медицинских осмотрах. Во всех возрастных группах у детей отмечена высокая стоматологическая заболеваемость (85-95%), причем 65,0% случаев впервые выявлены при медицинских осмотрах.

При медицинских осмотрах у детей диагностируют много неизвестных по материалам обращаемости случаев заболеваний зубов и полости рта (более 400,0%), воспалительных и других заболеваний кожи и подкожной клетчатки (45,0%), хронических болезней верхних дыхательных путей (35,0%), заболеваний глаза и его придатков (25,0%), нарушений осанки, сколиоза, плоскостопия и других болезней костно-мышечной системы (25,0%), невротических расстройств (23,0%).

При осмотрах девочек, посещающих детские дошкольные учреждения и школы, выявлена заболеваемость более 2000%. С возрастом отмечается накопление хронической патологии и к периоду совершеннолетия она достигает 3000%. При вступлении в формальный детородный возраст каждая девочка в среднем имеет 3 общесоматических заболевания.

При комплексном осмотре школьников в нескольких регионах почти у всех обследуемых была выявлена патология позвоночного столба: нарушение осанки, сколиоз I, I-II степени, изменения в отдельных позвоночно-двигательных сегментах.

Необходимость комплексных медицинских осмотров среди детей не вызывает сомнений. В таких медицинских осмотрах должны участвовать, кроме участкового педиатра, хирург, оториноларинголог, офтальмолог, стоматолог. Около 70% детей нуждаются в дополнительном осмотре травматологом-ортопедом, психоневрологом (или невропатологом), примерно 1/3 детей в соответствии с показаниями консультировались у дерматолога, кардиоревматолога, эндокринолога. С увеличением возраста потребность в дополнительных консультациях растет.

### **5.3. Инвалидность**

Инвалидность, или стойкая нетрудоспособность - это длительная или постоянная потеря трудоспособности вследствие значительного нарушения функций организма, вызванного хроническим заболеванием или травмой. Инвалидность характеризуют:



- абсолютное число инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты;
- абсолютное число детей-инвалидов (до 16 лет), получающих социальные пенсии;
- распространенность инвалидности среди населения - число инвалидов на 10 000 населения;
- распространенность инвалидности среди детей - число детей инвалидов на 10 000 детей;
- структура инвалидности по возрасту, по причинам инвалидности, по группам инвалидности, по классам заболеваний.
- первичный выход на инвалидность, или численность лиц, впервые признанных инвалидами, на 10 000 населения (или на 10 000 работающих).

Число инвалидов, по подсчетам Л.Н. Гришиной, состоявших на учете в органах социальной защиты населения Российской Федерации на начало 1996 г., составляло 8,5 млн, к 2005 г. число инвалидов превысило 11,5 млн человек (инвалиды в связи с заболеваниями, трудовым увечьем, инвалиды войны, дети-инвалиды и др.). Среди детей-инвалидов (до 16 лет) было около 700 тыс. человек (24,6 на 10 000 детей).

В 1994 г. было впервые зарегистрировано 1 124 000 инвалидов, в 1995 г. - 1 346 899, в 1996 г. - 1,17 млн, в 1997 г. - 1,141 млн, в 1998 г. - 1,131 млн, в 1999 г. - 1,049 млн, в 2005 г. - 1,1 млн человек.

Структура причин общей инвалидности взрослых: болезни сердечно-сосудистой системы (42,0%), психические расстройства (9,9%), злокачественные новообразования (10,4%), болезни костно-мышечной системы (7,2%), травмы (6,1%), болезни органов дыхания (3,6%), туберкулез (3,3%), болезни органов пищеварения (3,0%), болезни эндокринной системы (3,2%), болезни мочевой системы (1,1%), профессиональные болезни (0,4%), прочие (0,6%)<sup>1</sup>.

У детей на 1-м месте были дети с болезнями нервной системы и органов чувств; на 2-м месте - врожденные аномалии (33,8); на 3-м месте - психические расстройства. Далее идут умственная отсталость, болезни мышечной системы и соединительной ткани, главным образом остеопатии и хордопатии, болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы, расстройства питания, поражение обмена веществ, иммунитета, болезни мочеполовой системы, травмы и отравления, новообразования, сахарный диабет и др.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Актуальные проблемы инвалидности в РФ / Под ред. Л.Н. Гришиной.- М.,1995.

Распространенность инвалидности имеет региональные особенности, больше всего впервые признанных инвалидами в Москве, Санкт-Петербурге, самые низкие - в Республике Саха (Якутия); Амурской области; Тюменской области; Республике Ингушетия.

По данным официальной статистики Госкомстата РФ, с начала 90-х годов в России резко увеличился первичный выход на инвалидность: число лиц, впервые признанных инвалидами, на 10 000 населения составляло: в 1985 г. - 50; в 1993 г. - 77,8; в 1994 г. - 76,6; в 1995 г. - 91,0; в 1996 г. - 79,8; в 1997 г. - 77,6; в 1998 г. - 77,6; в 1999 г. - 72,1; в 2005 г. показатель превысил 106,0.

В 1995 г., «рекордному» по первичной инвалидности, было зарегистрировано около 1,4 млн инвалидов.

10-15% первично признанных инвалидами составляют лица пенсионного возраста, 85-90% - население трудоспособного возраста.

Из первично признанных инвалидами получили инвалидность по общему заболеванию 85,0%, инвалиды из числа военнослужащих составили 7,5%, инвалиды с детства - 4,5%, трудовое увечье или профзаболевание стало причиной инвалидности у 2,0%.

Наиболее часто определяют инвалидность II группы (более 60% случаев), затем III группы (более 24% случаев) и I группы (примерно 12-13% случаев). На 10 000 населения приходилось 65,7 инвалидов I группы, 300,5 - II и 152 - III группы.

Мужчины составляют большую часть признанных инвалидами впервые (55%), женщины - 45%; почти 80% таких инвалидов - городские жители, 20% - жители села.

Как показано, основными причинами инвалидности являются сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования и травмы. Эти же 3 группы болезней остаются и основными причинами смертности населения. На этом основании делают вывод о том, что первоочередной проблемой здравоохранения являются сердечно-сосудистые заболевания, затем идут онкологические заболевания и травмы. Травматизм особенно актуален для людей молодого трудоспособного возраста, у которых травмы выходят на 1-2-е места в структуре причин смертности и на 2-3-е места в структуре причин инвалидности.

Статистические материалы. МЗ РФ, 1999. - М., 2000.

Основную роль в социальной помощи инвалидам, помимо получения пенсий, играет оказание социальной помощи одиноким инвалидам на дому, а также создание центров социальной реабилитации. Например, в Москве в середине 90-х годов функционировало 40 таких центров по типу клубных организаций, где инвалиды и пенсионеры, живущие дома, могут общаться, обедать, получать доврачебную помощь, где имеются условия для посильного труда. Для социальной помощи инвалидам создается также множество общественных организаций, которые помогают лекарствами, продовольствием и одеждой.

#### **5.4. Физическое развитие**

Важнейший критерий здоровья - физическое развитие, недостаточно учитываемое и оцениваемое у взрослых. О физическом развитии судят лишь по антропометрическим показателям (измерение массы и размеров тела и т.д.). Это верно лишь отчасти. Правильнее оценивать физическое развитие по антропометрическим, соматоскопическим и функциональным показателям.

Антропометрические показатели не вызывают вопросов, а соматоскопические и особенно функциональные для некоторых медиков спорны. При соматоскопических наблюдениях следует обращать внимание на телосложение (и не только на габитус у детей), определяя его по общепринятым критериям - нормостенический, гипертонический, гипостенический типы телосложения; атлетический (мышечный), дыхательный, промежуточный и др. На основе определения и оценок типов телосложения со времен античности развивается и целое направление медицины - биотипология. Взяв за образец клинические типы телосложения, определенные Гиппократом, биотипология пытается учитывать современные анатомические и физиологические данные, особенно состояние нейроэндокринных констелляций (вспомните классификации Н. Пенде - удлиненный астенический, гиперстенический соответственно укороченный астенический или гиперстенический типы и др.). Кроме определения типа телосложения, нужно оценить состояние кожных покровов, слизистых оболочек (цвет, сухость, влажность и др.), тургор кожи (кожной складки) и другие признаки при осмотре пациента.

Функциональные изменения - данные лабораторных анализов (общие анализы крови, мочи), дыхательной емкости легких (спирометрия), артериальное и внутриглазное давление, возможно, мышечная сила (измерение силы мышцы кисти) и др. Антропометрические измерения и главный из них росто-весовой показатель (рост в сантиметрах минус масса тела в килограммах) и все измерения тела (окружности грудной клетки, бедер, талии и т.п.), а также соматоскопические и функциональные измерения следует фиксировать уже при доврачебном обследовании пациентов и представить врачу. Эти сведения окажут помощь в установлении диагноза, назначении лечения и профилактических рекомендаций, значительно сократят время приема пациентов. Вполне обоснованны (например, Приказ Минздрава №1000) предписания персоналу отделений (кабинетов) профилактики и диспансеризации измерять физические параметры. Если в структуре амбулаторно-поликлинических учреждений нет таких отделений или кабинетов, целесообразно поручать эти функции среднему медицинскому персоналу.

Полное и грамотное обследование физического состояния (особенно соматоскопические наблюдения) позволяет очень быстро сделать предположение о характере заболевания.

Сведения об изменении физического развития, главным образом по антропометрическим данным, послужили основанием для создания и широкого распространения концепций акселерации (ускоренного развития) и ретардации (замедленного развития). Было замечено, что эти процессы происходят волнообразно, отражая биологические и социальные влияния. В 60-70-х годах отмечалась интенсивная акселерация, когда дети, подростки, молодежь на 10-15 см опережали по росту и на несколько килограммов по массе тела принятые за норму параметры; меньше были выражены признаки замедленного развития (всего у нескольких процентов детей и молодых людей). В последующем «волна» акселерации пошла на убыль и возросло число ретардантов. Это особенно заметно в настоящее время в связи с ухудшившимися

условиями жизни. Сегодня число ретардантов начинает превышать число акселератов. Акселерация и особенно ретардация сказываются на состоянии здоровья. Это проявляется нарушением деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, эндокринной систем. Нарушение физического развития тесно причинно связано с факторами риска здоровью (см. предыдущие разделы), особенно с гиподинамией, избыточной массой тела, самым непосредственным образом влияющей на заболеваемость и другие показатели здоровья. Так по данным нашей кафедры, в одном из районов Москвы детей с избыточной массой тела было до 29%, что отрицательно сказалось практически на всех показателях здоровья, особенно на первичной и общей заболеваемости (на 25-30% большей, чем у детей с нормальной массой тела).

Как отмечалось, данные физического развития необходимо учитывать в первую очередь при обследовании и оценке здоровья детей, но и физическим развитием взрослых не следует пренебрегать. Например, сегодня, несмотря на трудности жизни, более 25% женщин и чуть меньше мужчин имеют избыточную массу тела.

Детальная оценка показателей физического развития проводится при углубленных медицинских осмотрах детей. Обязательному освидетельствованию физического развития подлежат новорожденные, дети 1-го года жизни (ежемесячно), дети раннего и дошкольного возраста (ежегодно), перед поступлением в школу и школьники «декретированных» классов (3-и, 6-е, 8-е классы).

Антропометрические данные ребенка необходимо сопоставить со стандартами физического развития, разработанными с использованием различных методов статистического анализа. В настоящее время успешно применяется центильный метод. Преимущество этого метода по сравнению с методами сигмальных отклонений и регрессионного анализа состоит в том, что центильные шкалы составлены по 10 признакам, которые позволяют детально охарактеризовать морфологический статус, определить гармоничность физического развития, выявить детей, склонных к ожирению, оценить функциональное состояние организма, выявить детей с изменением сосудистого тонуса.

Поскольку центильные шкалы разработаны для определенных возрастно-половых групп детей, необходимо, прежде всего, установить возраст ребенка с точностью до дней, чтобы отнести его к соответствующей возрастной группе.

Физическое развитие детей в значительной степени определяется условиями ante- и перинатального периодов. Среди детей, родившихся от женщин с токсикозами, заболеваниями матери, среди переносенных в 1,5 раза больше детей с отклонениями в развитии, среди недоношенных - в 3 раза, среди родившихся при патологии родовой деятельности - в 4 раза. У родителей, работающих в контакте с производственными вредностями, число детей с отклонениями в развитии в 2 раза превышает число детей с хорошим и нормальным развитием. У курящих и потребляющих алкоголь отцов в 2 раза, а у таких же матерей в 4 раза больше детей с отклонениями в развитии, чем детей с хорошим и нормальным физическим развитием.

Дети, начавшие посещать детские дошкольные учреждения до 1,5 лет, имеют худшие показатели физического развития на 7-м году жизни, чем их сверстники, начавшие посещать детские сады в более старшем возрасте.

В особом внимании педиатров нуждаются дети с отклонениями в физическом развитии в результате избыточной массы тела.

К ведущим факторам риска по ожирению относятся искусственное вскармливание, гиподинамия и наследственная предрасположенность. Немаловажную роль в распространении ожирения играет и несбалансированное питание. За последние годы сократилось потребление многих биологически ценных продуктов - мяса, молока, рыбы, а также овощей и фруктов, а потребление картофеля и хлеба возрастает. Рацион питания детей преимущественно углеводистый, сниженной энергетической и питательной ценности. Федеральная программа развития индустрии детского питания выполняется неудовлетворительно.

Безусловно, особенно неблагоприятно состояние детей, имеющих несколько факторов риска. В то же время почти 2/3 родителей, дети которых страдают ожирением, не считают своих детей больными и соответственно не устраняют факторы риска, хотя превышение массы тела на 15% и более оптимальной способствует более высокой заболеваемости, особенно сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями, болезнями желудочно-кишечного тракта.

Практически все дети с ожирением II и III степеней относятся к часто болеющим, причем у них не только чаще возникают острые заболевания, но и более распространен ряд хронических заболеваний - спутников ожирения. Это вегетососудистая дистония по гипертоническому типу, хронический тонзиллит, артериальная гипертензия, нарушение осанки, плоскостопие, болезни органов пищеварения, сахарный диабет.

## **5.5. Группы здоровья**

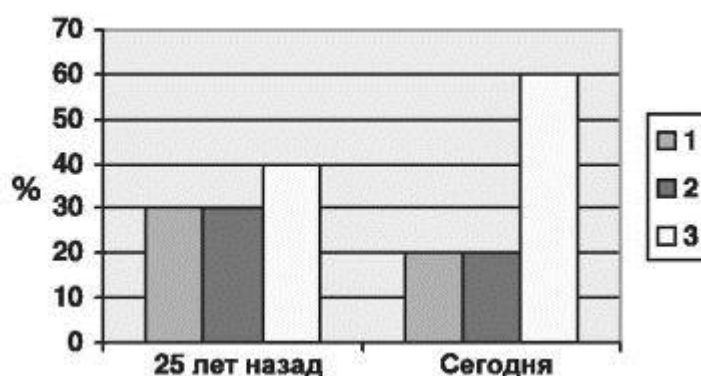
Комплексным показателем, ориентированным на определение заболеваемости, являются группы здоровья. Они определяются по числу обращений в ЛПУ. Для взрослых выделяют 3 группы здоровья: 1-я группа - отсутствие обращений по поводу состояния здоровья в ЛПУ в течение года или эпизодические (1-2) обращения с кратковременными заболеваниями, недомоганиями (обычно ОРВИ); 2-я группа - практически здоровые или лица с факторами риска (производственными, семейно-бытовыми, внешнесредовыми, потребляющие алкоголь, курительщики и др.). Представители этой группы обращаются в ЛПУ чаще, чем входящие в 1-ю группу; 3-я группа - лица с хроническими или обострением хронических заболеваний, длительно и часто болеющие, обычно нуждающиеся в госпитализации. 3-я группа условно делится на 2 подгруппы - пациенты в состоянии компенсации и пациенты в состоянии декомпенсации. Больные в состоянии декомпенсации обычно госпитализируются.

Ухудшение состояния здоровья населения привело к сокращению доли людей 1-й и 2-й групп и увеличению 3-й группы здоровья. Если 25-30 лет назад в 1-ю и 2-ю группы

входило, по данным обследований, по 30% населения, а в 3-ю - 40% (по 20% в обеих подгруппах), то сегодня доля первых двух групп сократилась до 20% в каждой, а 3-я группа выросла до 60% (по 30% в каждой подгруппе) (рис. 8).

Особая роль в оценке состояния здоровья детей принадлежит правильному учету всех показателей здоровья и распределения детей в группы здоровья.

В основу определения групп здоровья детей положены 4 критерия: отсутствие или наличие хронического заболевания, его выраженность (компенсированное, субкомпенсированное, декомпенсированное), резистентность организма, выражающаяся кратностью перенесенных острых заболеваний в год; функциональное состояние органов и систем; уровень физического и нервно-психического развития.



**Рис. 8.** Группы здоровья.

В зависимости от значения перечисленных критериев выделяют 5 групп здоровья детей. 1-я группа здоровья включает в себя детей, не имеющих хронического заболевания и отклонений в функциональном состоянии организма, уровень их психического и физического развития соответствует возрасту, в течение года они перенесли не более 3 заболеваний. Результаты комплексных медицинских осмотров детей в различных регионах России показали, что число детей этой группы колеблется от 10 до 40%.

Во 2-ю группу здоровья входят дети, не имеющие хронического заболевания, с соответствующим возрасту уровнем физического и нервно-психического развития, но число перенесенных ими заболеваний может превышать 3. Как правило, дети этой группы здоровья имеют различные факторы риска, невозможность устранения которых способствует развитию различных хронических заболеваний. Эти дети нуждаются в особом внимании педиатров. Дети 2-й группы здоровья составляют от 15 до 60%.

Число детей, имеющих различные хронические заболевания (3-я группа), колеблется от 20 до 40% в зависимости от возраста, региона проживания, основного места воспитания ребенка. Это самая неблагополучная по здоровью группа детей, нуждающаяся в более внимательном отношении. Чем точнее и объективнее будет распределение детей по группам здоровья, тем успешнее можно провести их

оздоровление, воздействуя на факторы риска, способствующие формированию хронического заболевания. При комплексных осмотрах детей школьного возраста в Москве (1995) установлено, что 1-ю группу здоровья имели 13,1% школьников, 2-ю группу - 38,8%, 3-ю группу - 48,1%.

Таким образом, практически 1-я группа здоровья включает в себя детей, не болевших в течение года; 2-я группа состоит из детей, перенесших 2-3 заболевания в год (группа эпизодически болеющих), а 3-я, 4-я, 5-я группы - это дети с хронической патологией, нуждающиеся в повышенном внимании. К 3-й группе относятся так называемые длительно и часто болеющие дети. К 4-й группе относятся имеющие 4 заболевания в год и более - обычно дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, а к 5-й, наиболее неблагоприятной, - больные в состоянии декомпенсации.

Для оценки здоровья детей была использована методика анализа показателей здоровья детей, предложенная А.Я. Осиним (1988) и дополненная на нашей кафедре Н.М. Ашаниной, Н.В. Полуниной (1993), в соответствии с которой определялись так называемые средние группы здоровья (СГЗ).

Показатель СГЗ для однородных групп определялся как частное от деления суммы произведений группы здоровья и соответствующего числа лиц каждой группы здоровья на общее число обследованных по следующей формуле;

$$\text{СГЗ} = [(1 \times N_1) + (2 \times N_2) + (3 \times N_3) + (4 \times N_4)] / E_n,$$

где 1 - 1-я группа здоровья, 2 - 2-я группа здоровья, 3 - 3-я группа здоровья, 4 - 4-я группа здоровья, N<sub>1</sub> - число лиц 1-й группы здоровья, N<sub>2</sub> - число лиц 2-й группы здоровья, N<sub>3</sub> - число лиц 3-й группы здоровья, N<sub>4</sub> - число лиц 4-й группы здоровья, E<sub>n</sub> - общее число обследованных.

Теоретически величина СГЗ может быть в пределах от 1 до 4, но практически максимальное значение показателя СГЗ не превышало 2,5. Если СГЗ находится в пределах от 1,6 до 1,9, то его считают средним, а уровень здоровья удовлетворительным. При величине показателя ниже 1,6 уровень здоровья высокий, а если показатель был выше 1,9, то уровень здоровья неудовлетворительный. Данный показатель можно вычислить отдельно для детей каждого возраста.

## **5.6. Эволюция типов (профилей) патологии**

Наиболее общей характеристикой состояния здоровья населения и его изменений считаем (Ю.П. Лисицын) тип или профиль патологии, т.е. совокупное представление о наиболее характерных изменениях смертности, заболеваемости, воспроизводства населения. По совокупности этих критериев обозначаются три типа (профиля) патологии, изменяющихся в зависимости от многих социально-экономических, политических, этнографических, природных и других факторов, условий и образа жизни населения. В западных странах уже ко второй половине XX века определился так называемый неэпидемический тип патологии с низким показателем смертности, распространенности

инфекционных и паразитарных заболеваний, высокой средней продолжительностью жизни, невысокой рождаемостью и в целом замедленным воспроизводством населения. В развивающихся странах и особенно в наименее развитых положение иное: сравнительно высокая общая и детская смертность, высокая рождаемость, небольшая средняя предстоящая продолжительность жизни, словом, ускоренное воспроизводство населения, в структуре заболеваемости преобладают инфекционные, паразитарные болезни, болезни питания. Все большее значение приобретает тип патологии, промежуточный между этими двумя. К нему все более интенсивно переходят наиболее развитые из развивающихся стран (табл. 30).

**Таблица 30.** Характеристика типов (профилей) патологии (по Ю.П. Лисицыну)

Показатели, основные характеристики здоровья	Неэпидемический тип (развитые страны)	Промежуточный тип (экономически недостаточно развитые страны)	Эпидемический тип (неразвитые страны)
Общая смертность (на 1000 населения)	Низкая (8-12)	Средний уровень (13-16)	Высокая (17-20 и более)
Младенческая смертность на 1000 родившихся	Низкая (5-10)	Средний уровень (11-20)	Высокая (20-50 и более)
Средняя продолжительность предстоящей жизни	Высокая (70-75 лет и более для обоего пола)	Средний уровень (50-70 лет)	Низкий уровень (50-60 лет)
Постарение населения (доля лиц 60 лет и старше, %)	Высокий (20% и более)	Умеренный (15-20%)	Низкий (5-10%)
Возрастная структура населения	Регрессивная	Стационарная	Прогрессивная
Рождаемость (на 1000 населения)	Низкая (до 15)	Средний уровень (15-25)	Высокая (25-40 и более)
Смена поколений	Замедленная	Умеренная	Частая
Инфекционные, в том числе эпидемические, паразитарные заболевания как причина смерти (%)	Низкий уровень (1-3% случаев смерти)	Умеренный уровень (до 15-20% случаев смерти)	Высокий уровень (20% всех случаев смерти и более)
Инфекционные, паразитарные заболевания, недостаточность питания как причина смерти детей	Низкий уровень (до 5-10% всех случаев смерти)	Средний уровень (до 20-40% всех случаев смерти)	Высокий уровень (более 50% всех случаев смерти)
Распространенность инфекционных, в том числе эпидемических и паразитарных болезней	Низкая	Умеренная	Высокая
Распространенность неэпидемических хронических заболеваний	Высокая	Умеренная	Невысокая



## **РАЗДЕЛ 6.**

# **ТЕОРИТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТАТИСТИКИ**

Слово «статистика» происходит от латинского слова «status» - состояние, положение. Впервые это слово при описании состояния государства в середине XVIII века применил немецкий ученый Ахенваль.

Как наука статистика возникла в Англии в XVIII веке в трудах «политических арифметиков».

В настоящее время слово «статистика» употребляется в трех значениях.

Первое значение: статистика - это общественная наука, которая изучает количественную сторону общественных, массовых явлений в неразрывной связи с их качественной стороной.

Второе значение: статистика - это сбор цифровых, статистических данных, характеризующих то или другое общественное явление или процесс (статистическая технология).

Третье значение: статистика - это сами цифры, характеризующие эти явления и процессы.

Таким образом, «статистические данные», или «данные статистики» - цифры, которые характеризуют количественные аспекты массовых явлений, процессов, состояний.

Как наука статистика включает в себя общую теорию статистики, статистику народного хозяйства и различные отраслевые статистики.

Общая теория статистики излагает общие принципы и методы статистической науки.

<sup>1</sup> Приводятся лишь основы медицинской статистики по этапам статистического исследования. Для тех, кто желает получить более детальные сведения, рекомендуем обратиться к руководствам, например, к Руководству по социальной гигиене и организации здравоохранения под ред. Ю.П. Лисицына (М., 1987, т. 1). В разделе использованы материалы из учебного руководства под ред. Ю.П. Лисицына (1988), подготовленное К.А. Отдельновой.

Статистика народного хозяйства изучает статистическими методами народное хозяйство в целом. Ее подчас называют экономической статистикой.

Отраслевые статистики изучают статистическими методами различные отрасли народного хозяйства (отрасли статистики: промышленная, сельскохозяйственная, транспортная, торговая, коммунальная, судебная, народного образования, демографическая, медицинская и т.д.).

Статистические методы широко применяют в различных областях знаний: в математике, физике, астрономии, биологии, медицине и т.д.

Как каждая наука, статистика имеет свой предмет исследования - массовые явления и процессы общественной жизни, свои методы исследования - статистические, математические, разрабатывает системы и подсистемы показателей, в которых отражаются размеры и качественные соотношения общественных явлений.

Статистика изучает количественные уровни и соотношения общественной жизни в неразрывной связи с их качественной стороной.

Математика также изучает количественную сторону тел, явлений окружающего мира, но абстрактно, без связи с качеством этих тел и явлений. Статистика возникла на базе математики и широко пользуется математическими методами. Это выборочный метод исследования, основанный на математической теории вероятности и законе больших чисел, это различные методы обработки вариационных и динамических рядов, это измерение корреляционных связей между явлениями и др.

Статистика имеет и свои собственные методы. Это метод массового наблюдения, группировок, таблиц и графиков. В литературе, как правило, не проводят разграничения математических и статистических методов, применяющихся в статистике, более того, вообще говорят о статистическом методе, или о математической статистике, объединяя, таким образом, все методы, применяемые в статистике.

Главная задача статистики, как и всякой другой науки, заключается в установлении закономерностей изучаемых явлений.

Нельзя установить закономерность на основе наблюдения единичного факта, явления, для этого нужно наблюдать совокупность однородных фактов, т.е. нужно массовое наблюдение, так как закономерность проявляется только при достаточно большом числе наблюдений. Это основное положение закона больших чисел, на котором зиждется вся статистика и который выражает диалектику случайного и необходимого. Закон больших чисел был открыт Я. Бернулли.

Его очень наглядно демонстрирует опыт с аппаратом Гальтона. Биолог Гальтон сконструировал остроумный и очень простой аппарат, представляющий собой деревянный застекленный ящик, по внутренней стенке которого в верхней части вбиты гвозди, а в нижней части имеются перегородки. Вверху ящика есть отверстие, через которое насыпают горох или дробинки. Если бы горошины не встречали на своем пути гвозди и перегородки, то все они упали бы вертикально вниз. Однако каждая горошина встречает случайные препятствия - гвозди и перегородки и падает не обязательно вертикально вниз. Направление и место ее падения могут отклоняться и влево, и вправо от срединного положения. Никакой закономерности в падении и расположении горошин при малом их числе не выявляется.

Когда мы увеличиваем число горошин - сыплем горох стружкой, вырисовывается закономерность в их падении: больше всего горошин падает посередине, меньше всего - по краям, и чем дальше от середины, тем меньше падает горошин. Горошины, упавшие влево и вправо от середины, как бы взаимно уничтожаются, и остаются горошины, упавшие посередине, как выражение основной тенденции - закона свободно падающего тела.

Так происходит и при массовом статистическом наблюдении: основная закономерность проявляется лишь при достаточно большом числе наблюдений.

На основе закона больших чисел П. Лаплас разработал теорию вероятностей, которая рассматривает меру возможности, частоты или вероятности какого-либо явления, события или признака.

Вероятность какого-либо события равна отношению числа наступивших событий к числу всех возможных событий.

Вероятность отсутствия какого-либо события равна отношению числа ненаступивших событий к числу всех возможных событий.

В сумме вероятности наступления события и его отсутствия составляют единицу. Чем ближе вероятность наступления события к нулю, тем оно менее вероятно.

Какова вероятность того, что подброшенная монета упадет гербом вверх? Если мы подбросим монету всего 2 раза, то оба раза она может упасть гербом вниз или, наоборот, вверх. Закономерности не выявляется. Если подбросить монету 100 раз, то примерно 50 раз она падает гербом вниз, а 50 - вверх. Значит, вероятность того, что монета упадет гербом вверх, равна  $1/2$ . Однако это выявляется лишь при достаточно большом числе наблюдений.

Как рассчитать вероятность рождения девочки? Несколько беременных могут родить только девочек. У нескольких сотен беременных на 100 рожденных девочек будет приходиться 106 мальчиков. Вероятность рождения девочки у каждой отдельной женщины составляет 0,48.

Назначение статистики, как и каждой науки, - вскрывать причины изучаемых явлений, поскольку все процессы и изменения в мире и обществе происходят в результате действия определенных причин.

Причинные взаимосвязи в обществе многообразны. Связи между явлениями и процессами в обществе могут быть временными, корреляционными, пространственными и др. Статистика изучает все эти взаимосвязи.

Чтобы изучать количественные закономерности, нужно сначала познать закономерности качественные, качественную сущность изучаемых явлений. Отсюда

следует, что заниматься экономической статистикой должен обязательно экономист, а статистикой в каждой специальной отрасли - соответствующий специалист.

Экономическая статистика, которая изучает в целом все народное хозяйство страны, тесно связана с политической экономией, устанавливающей характер, сущность и законы развития экономических явлений и процессов. Экономист может и должен применять статистику только на основе глубокого понимания сущности экономических явлений, после теоретического изучения экономических процессов. В противном случае будет «игра в цифирьки». Соответственно судебной статистикой должен заниматься судебный медик, промышленной - инженер, медицинской - врач и т.д.

### **6.1. Медицинская статистика здоровья и здравоохранения, ее история**

Одной из отраслей статистики является статистика медицинская, которая изучает количественную сторону массовых явлений и процессов в медицине.

Медицинскую и так называемую санитарную статистику не разделяют. Однако нам представляется более правильным выделить в составе медицинской статистики статистику здоровья и здравоохранения, которую со времен земства называли санитарной статистикой.

Санитарная статистика является разделом науки об общественном здоровье и здравоохранении, в свою очередь, она состоит из статистики здоровья и статистики здравоохранения. **Статистика здоровья** изучает здоровье общества в целом и отдельных его групп и устанавливает зависимость здоровья от различных факторов социальной среды. **Статистика здравоохранения** анализирует данные о сети медицинских и санитарных учреждений, их деятельности и кадрах, оценивает эффективность различных организационных мероприятий по профилактике и лечению болезней. Статистика и статистический метод широко используются врачами в практической и научной работе.

В России медицинская статистика возникла в середине XVIII века. Передовых людей того времени волновала проблема оздоровления и увеличения численности населения, улучшения медицинского дела в стране.

Постоянное внимание вопросам здоровья населения одновременно с проблемами военными, хозяйственными и политическими уделял преобразователь России Петр I, по указу которого духовенству было вменено в обязанность вести учет родившихся и умерших.

Самым главным делом, которое определяет величие, могущество и богатство государства Российского, считал размножение и сохранение народа великий русский ученый М.В. Ломоносов. В письме И.И. Шувалову он писал о том, какой громадный ущерб приносит России высокая детская смертность.

Высокую детскую смертность, низкий прирост населения, угрозу «обезлюдения» некоторых местностей считал одной из основных общественных проблем в России в XVIII веке первый русский профессор-медик С.Г. Зыбелин, работавший в Московском университете. Его работы служили основой и подтверждением санитарно-статистических исследований, которые сначала включались в состав медико-географических, медико-топографических и медико-этнографических исследований. В этих ранних работах состояние здоровья населения рассматривалось в тесной связи с условиями внешней среды - географическими, климатическими, метеорологическими, с условиями труда, быта, питания и т.д.

Описания состояния здоровья населения России середины XVIII века В.Я. Гевитта, П.З. Кондоиди, Я.А. Чистовича стали истоками медицинской статистики. В медико-топографических описаниях содержались сведения о численности, возрастном составе населения, рождаемости, смертности, причинах смерти. Чаще это абсолютные числа, но иногда приводятся относительные величины и таблицы. Описана распространенность болезней среди населения, сделана попытка объяснить причины возникновения и распространения наиболее массовых болезней, предложены меры борьбы с ними.

Таким образом, статистика этого периода была описательной. Медико-топографические описания конца XVIII века привели к дифференцированному изучению состояния здоровья населения, общественных групп в связи с условиями жизни. Эти исследования получили широкое распространение в XIX веке. Санитарно-статистическая характеристика населения в медико-топографических исследованиях расширяется постепенно, и во второй половине XIX века соотношения меняются - медико-топографические работы приобретают характер комплексных санитарно-статистических описаний (Ю. Гюбнер, М. Финкель, Ф.Ф. Эрисман). Это было обусловлено, в частности, ухудшением санитарного состояния городов и необходимостью изучения этого явления. Методики статистики совершенствуются. Так, группировка, а именно вычисление показателей смертности в различных участках города позволили Ю. Гюбнеру в 1870 г. установить самую высокую смертность на окраинах Петербурга, где жили фабричные рабочие в очень плохих гигиенических условиях. Напротив, в центре, где жили имущие люди, смертность была значительно ниже.

Во второй половине XIX века проводилось много комплексных социально-гигиенических исследований санитарного состояния рабочих и крестьян. Многие исследователи увязывали показатели состояния здоровья различных групп населения с экономическими показателями - размером заработной платы, продолжительностью рабочего дня, условиями труда, жилищными условиями, характером питания и т.д. (И.И. Моллесон, Ф.Ф. Эрисман, Е.М. Дементьев, А.В. Погожев, П.А. Песков, П.Ф. Кудрявцев, В.В. Святловский, Д.Н. Жбанков, С.В. Мартынов, А.И. Шингарев и др.). Эти исследователи внесли существенный вклад в изучение состояния здоровья городского и сельского населения.

С возникновением земской медицины стала развиваться земская санитарная статистика, которая уделяла основное внимание заболеваемости. Основы санитарной статистики заложил крупный деятель отечественной медицины Е.А. Осипов.

Выдающуюся роль в развитии русской санитарной статистики сыграл П.И. Куркин, возглавлявший в Москве санитарно-статистическое бюро и ставший одним из организаторов статистической службы в советский период, автор классических работ по детской смертности, физическому развитию, заболеваемости. Ценнейшие исследования по демографической статистике принадлежат С.А. Новосельскому. Весомый вклад в развитие санитарной статистики внес П.А. Кувшинников, ставший первым академиком АМН СССР как медицинский статистик. Широкую известность в развитии статистики - ее выборочного и так называемого анамнестического методов получили работы чл.-корр. АМН СССР Г.А. Баткиса, более 30 лет заведовавшего кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения 2-го Московского медицинского института. Развитием наследия Е.А. Осипова, П.И. Куркина и других выдающихся санитарных статистиков стали исследования здоровья населения и статистический анализ деятельности органов и учреждений здравоохранения проф. А.М. Меркова, Е.А. Садвокасовой, а затем их учеников и последователей - чл.-корр. РАМН Е.Н. Шигана, В.К. Овчарова и др.

После революции, в первые десятилетия советской власти санитарно-статистические исследования, массовое изучение заболеваемости, но уже на основе обязательной регистрации обращений в медицинские учреждения, остаются ведущими направлениями в изучении состояния здоровья населения. Это было обусловлено практикой здравоохранения. Одновременно со становлением и развитием советской социальной гигиены и в связи с развитием профилактического направления советского здравоохранения на новых организационных основах начинаются комплексные социально-гигиенические исследования. Их число довольно значительно в первые десятилетия советской власти, особенно в 20-30-е годы, затем в 40-50-х годах они сокращаются. Число комплексных социально-гигиенических исследований, но уже нового качества, вновь увеличивается с середины 60-х годов.

Чтобы выявить зависимости состояния здоровья населения и его отдельных групп, требовались современные методики - социологические, психологические, математического моделирования и др.

На кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения 2-го МОЛГМИ в 60-90-е годы XX века и позже проведена большая

серия комплексных социально-гигиенических и так называемых клинико-социальных (Ю.П. Лисицын) исследований возрастно-половых, профессиональных групп, больных различными заболеваниями, в том числе так называемых посемейных. Эти исследования были комплексными и по кругу изучаемых вопросов, и по применяемым методам.

Дальнейшее развитие получили вопросы формирования объекта исследования, в частности, применение выборочного метода и репрезентативности выборок, способы сбора и обработки информации.

В ряде работ использован многоступенчатый отбор групп, исследуемых по программам различной сложности. Усложняются способы сбора информации, совершенствуются способы ее обработки - применяются различные счетно-вычислительные машины, компьютеры, компьютерные программы разработки и анализа данных.

Медицинская статистика и ее методы необходимы при всех научных исследованиях и в практике здравоохранения. Статистические показатели - основа оценки здоровья населения, деятельности ЛПУ.

## **6.2. Организация и этапы медико-статистического исследования**

1-й этап - составление программы и плана исследования; 2-й этап - сбор материала; 3-й этап - разработка материала; 4-й этап - анализ, выводы, предложения.

### **1-й этап: составление программы и плана исследования**

*Цель* (зачем проводится исследование?) *Задачи* (как будет достигнута цель?)

<b>ПРОГРАММА</b> (что исследовать и в каком направлении)	<b>ПЛАН</b> (где, сколько, когда, как и кто)
1. Объект и единица исследования.	1. Место проведения исследования.
2. Учетные признаки, их группировка.	2. Пути формирования объекта исследования – объем – время – способы сбора материала.
3. Программа сбора материала (анкеты, карты, бланки, анкеты-интервью).	3. Способы разработки материала.
4. Программа разработки и анализа (макеты таблиц, перечень статистических величин).	4. Срок работы по этапам.
	5. Исполнители.
	6. Финансовые расчеты.
	7. Инструкции и семинары.

### **2-й этап: сбор материала**

### **3-й этап: разработка материала**

1. Проверка собранного материала.
2. Разметка признаков по группам выбранных классификаций, шифровка (если она не проведена на этапе сбора материала).
3. Раскладка по группам.
4. Подсчет и внесение данных в таблицы.
5. Составление вариационных и динамических рядов.
6. Вычисление статистических показателей.
7. Графическое изображение данных.

### **4-й этап: анализ, выводы, предложения**

1. Осмысление полученных абсолютных данных, графических изображений и статистических показателей, их сравнение:

- с имеющимися нормативами;
- со средними уровнями показателей;
- со стандартами, например, физического развития;
- с данными по другим учреждениям и территориям;
- в динамике.

2. Оформление работы.

3. Выводы.

4. Проверка соответствия полученных выводов принятой гипотезе и задачам исследования.

5. Предложения для внедрения в практику.

Теперь более подробно обо всех этапах исследования.

## **6.2.1. 1-й этап статистического исследования**

### **6.2.1.1. Цель и задачи статистического исследования**

Основная, конечная цель исследования должна быть ясна и четко сформулирована возможно раньше. С этого нужно начать составление программы и плана исследования, которые и будут его 1-м этапом, как бы его **проектом**, требующим от исследователя очень ответственного, творческого, вдумчивого отношения. Этот этап определяет глубину изучения темы и успех предстоящей работы.

Далее следует определить конкретные пути **достижения цели**. Формулировка задач исследования обычно отвечает на вопрос, как достичь цели.

### **6.2.1.2. Объект и единица исследования**

В клинико-статистических работах всегда, а в комплексных социально-гигиенических - как правило объектом исследования является группа людей, объединенных какими-то признаками; единица исследования - каждый человек этой группы.

Объект исследования в статистике называют **статистической совокупностью**, которую определяют как группу относительно однородных элементов - единиц, объединенных вместе в границах времени и пространства. Почти во всех комплексных социально-гигиенических исследованиях изучаются не только группы людей, объединенных каким-то общим признаком, но и их семьи.



Являются ли семьи объектами и единицами этих исследований?

Известный советский демограф Б.Ц. Урланис предлагает различать единицу статистической совокупности и единицу наблюдений. Под единицей наблюдений он понимает ту первичную ячейку, от которой получают сведения при сборе материала. При переписи населения такой единицей является семья, при переписи оборудования - учреждение.

В социально-гигиенических исследованиях не принято дифференцировать единицу статистической совокупности и единицу наблюдения, более того, эти два понятия отождествляются: единицу статистической совокупности называют единицей наблюдения (учета).

В социально-гигиенических исследованиях и промышленное учреждение, и школу, и больницу (ее отделения), и город мы обычно называем местом проведения исследования.

Группу обследуемых людей, здоровых или больных, можно назвать объектом исследования 1-го порядка, группу обследуемых семей - объектом исследования 2-го порядка. Единицами наблюдения в них соответственно будут человек (больной или здоровый) и семья; это исследование с двумя единицами наблюдения. Единицей социально-гигиенического исследования могут быть каждый случай заболевания при изучении заболеваемости в каком-то коллективе, каждый случай временной нетрудоспособности, смерти, рождения, травмы, инвалидности при изучении соответствующих проблем.

Практический врач или организатор здравоохранения, анализируя свою работу, составляя отчеты за тот или другой период, учитывает посещаемость, обращаемость, профилактические осмотры, диспансеризацию, штаты учреждения, коечный фонд и т.д. Объектов изучения много, и в каждом из них своя единица: посещение, обращение, госпитализация и т.д. В исследовании может быть не одна, а несколько единиц исследования. Четкое и точное определение единицы исследования - очень ответственный момент, это базис всей работы. Неправильное и неточное определение единицы исследуемой статистической совокупности может стать причиной неправильных выводов.

### **6.2.1.3. Учетные признаки и их группировка**

Учетные признаки каждой единицы наблюдения должны быть **существенными признаками**, непосредственно характеризующими изучаемое явление, его тип, основные черты, свойства, исходя из цели и задач исследования. Исследователь должен быть уверен, что сможет получить объективную и достаточно точную информацию.

Как признаки сходства, так и признаки различия могут быть качественными (описательными, атрибутивными) и количественными (иметь числовое выражение); по

характеру взаимоотношения признаки можно рассматривать как факторные и результативные (факторные признаки влияют на признаки результативные).

Составляя перечень учетных признаков, исследователь должен сразу думать об их **группировке**. Это нужно и для разработки учетных документов, и для составления макетов таблиц, и для последующих этапов исследования.

Выявляемые группы должны быть качественно однородными. От того, как будут сгруппированы признаки, зависят результаты исследования. При этом нужно четко представлять, что должна вскрыть группировка и на каком признаке следует строить наиболее совершенную, основополагающую группировку.

Различают типологические и вариационные группировки.

Типологическая группировка - это группировка атрибутивных, описательных признаков, которые выражаются словесно (пол, виды заболеваний, профессия и др.).

Вариационная группировка - это группировка количественных признаков, имеющих числовое выражение (возраст, рост, уровень дохода и т.д.).

#### **6.2.1.4. Программа сбора материала. Место, время и объем исследования**

После определения перечня учетных признаков и их группировки нужно сконструировать различные учетные документы: регистрационные бланки, карты, анкеты, анкеты-интервью, которые и будут программой сбора материала и которые придется заполнять на каждую единицу наблюдения. На единицу наблюдения могут быть разработаны и заполнены несколько карт, анкет и т.д. Удобнее всю информацию на каждую единицу исследования (лицо) собирать на одну карту. При составлении учетных документов нужно учесть предполагаемый способ разработки материала: если планируется машинная разработка, то учетные формы должны быть согласованы с инженером-программистом

При предполагаемой ручной разработке материала рекомендуется формализация форм:

Вопрос	Ответ	Шифр
	1.	01.01
	2.	01.02
	3.	01.03

Эти вопросы тесно сопряжены с вопросом, что исследовать.

Для практического врача место проведения исследования определяется местом его работы и занимаемой должностью. Для участкового терапевта - это терапевтический

участок, для заведующего отделением - отделение, для заместителя главного врача - это ЛПУ в целом.

Научный работник при определении места исследования исходит из соображения о том, что оно должно быть типично: типичная больница, типичная поликлиника, типичный завод, типичная школа, типичный район и т.д. Только при таком условии исследование представляет ценность, т.е. его результаты будут распространяться на другие подобные учреждения, районы, города и т.д.

В научном исследовании и в практической работе можно исследовать всю имеющуюся совокупность или только ее часть.

Практический врач может анализировать все население участка, все кадры поликлиники, всех госпитализированных больных, все посещения, обращения или всех умерших в прошедшем году и т.д. Все эти исследования являются сплошными, а статистические совокупности в них - генеральными.

Если надо установить закономерность, например, посещаемости в поликлинику по дням недели, то можно анализировать не все посещения за год, а часть этих посещений. В таком случае статистическое исследование будет выборочным, выборочной будет и статистическая совокупность. Научные комплексные социально-гигиенические и клинко-статистические исследования редко бывают сплошными и анализируют генеральные совокупности, они преимущественно выборочные и анализируют выборочные совокупности.

Важно определить, какую совокупность изучать - генеральную или выборочную, потому что численность генеральной совокупности не рассчитывается. Если совокупность будет выборочной, частью целого, т.е. генеральной совокупности, то выборочная совокупность должна быть представительна (репрезентативна) по отношению к генеральной совокупности по качеству и количеству признаков. Только в этом случае можно по части судить о целом, а выводы, полученные при изучении выборочной совокупности, перенести на всю генеральную совокупность.

Качественная представительность (репрезентативность) выборочной совокупности обеспечивается правилами выборки, количественная репрезентативность обеспечивается расчетами.

В большинстве комплексных социально-гигиенических исследований объем выборки составляет 400-800 единиц наблюдения; обычный объем клинко-статистических исследований - 100-200 больных. Необходимо учитывать относительность понятий «генеральная» и «выборочная» совокупность. Все жители Земли, все дети, все врачи, все женщины, все космонавты, все астронавты - это все генеральные совокупности. Исследователь обычно ограничивает свое исследование временем и пространством. Все женщины или все длительно и часто болеющие конкретного предприятия за конкретный период - генеральные совокупности с позиций данного предприятия. С позиции данной отрасли промышленности это выборочные совокупности. Значит, будет данная

совокупность генеральной или выборочной, зависит, образно говоря, от высоты, с которой на нее посмотреть.

Вопрос о том, когда проводить исследование, исследователь решает по-разному в зависимости в первую очередь от сути проблемы.

Таким образом, определяя место, время и объем исследования, автор исходит, как правило, из выбора типичной статистической совокупности, достаточной по объему, и ее наблюдения в минимально достаточное время для выявления закономерностей и тенденций изучаемых процессов и явлений.

### **6.2.1.5. Формирование статистической совокупности**

Для обеспечения качественной представительности (репрезентативности) выборочной совокупности существуют определенные методы и способы отбора единиц исследования. В клинических, социально-гигиенических исследованиях, как правило, отобранная единица наблюдения в дальнейшем при подсчетах не участвует. Такой метод выборки в статистике называется бесповторным в отличие от повторного, когда отобранная единица наблюдения опять возвращается в генеральную совокупность и снова участвует в подсчетах. Бесповторный отбор дает более точные результаты, чем повторный.

Можно отбирать единицы совокупности (индивидуальный вид отбора), можно отбирать группы единиц (групповой вид отбора), можно сочетать тот и другой отбор, отбирая сначала группы, а в них - единицы, это будет комбинированный вид отбора.

И повторный, и бесповторный отбор единиц наблюдения может быть случайным, механическим, типологическим, серийным, парно-сопряженным, направленным и когортным.

**Случайный отбор** - это лотерея. **Механический отбор** - это каждый 2-й, 5-й, 10-й, по списку, по порядку и т.д. **Типологический отбор** - это отбор по какому-то типичному признаку - по профессии, по наличию того или иного заболевания, уровню дохода, образованию, занимаемой должности и т.д. **Серийный отбор** - это сочетание типологического и случайного или механического отбора, когда вся совокупность делится на примерно однородные серии, затем выбираются серии и в них исследуются все единицы наблюдения. **Парно-сопряженный отбор**, или метод **паракопий**, - это формирование, например, контрольной группы, когда каждой единице наблюдения основной группы подбирается максимально похожая на нее единица наблюдения контрольной группы. Различие должно быть только по изучаемому фактору воздействия, например, по методу лечения.

**Направленный отбор** по одному, двум или нескольким признакам используется для углубленного изучения взаимосвязи менее изученных признаков при исключении признаков, влияние которых известно.

Формируются однородные по возрасту и полу группы для изучения, например, распространенности того или иного заболевания и изучается образ жизни людей этих групп. Влияние возраста и пола, таким образом, исключается.

Разновидностью направленного отбора является **когортный метод**, который дает возможность выявить наиболее яркие закономерности в группах лиц, объединенных тем или другим демографическим признаком.

По времени исследование может быть **текущим и единовременным**.

Классическим примером единовременного наблюдения в статистике является всеобщая перепись населения, которая всегда проводится на какой-то критический момент, например, на 00 ч 01.01.89. Без такого методического приема невозможно получить точные сведения о постоянно меняющейся численности населения.

Методика или техника сбора информации:

- заполнение различных учетных документов или выкопировка сведений из них (из историй болезни амбулаторных карт, различных журналов и пр.);

- непосредственное наблюдение;

- опрос (интервью, анкета, анкета-интервью). Возможно сочетание этих методик в одном исследовании.

### **Способы и программа разработки и анализ материала**

Существуют многочисленные пакеты программ разработки и анализа для машинной разработки, которые выбирают вместе с инженером-программистом.

Если выбран ручной способ разработки, то программа разработки материала представляет собой перечень и макеты таблиц, которые нужно определить и разработать сейчас, а заполнить на 3-м этапе исследования, когда разрабатывают собранный материал.

Программа анализа при машинной разработке материала определена в пакетах программ разработки, программы анализа при ручной разработке материала представляют собой перечень статистических величин, которые будут получены в результате разработки. Определить этот перечень тоже надо на 1-м этапе исследования.

#### **6.2.1.6. Статистические таблицы**

Статистическая таблица - наиболее удобный вид статистической сводки материала. Чтобы правильно составить макет таблицы, нужно знать как минимум следующее.

Таблица должна иметь четкое и краткое заглавие, отражающее ее содержание. Заглавие пишут над таблицей (в отличие от графика, название которого должно быть внизу).

В таблице, как в грамматическом предложении, различают статистическое подлежащее - то, о чем говорится в таблице. Это основной признак изучаемого явления, он располагается, как правило, по горизонтальным строкам таблицы. Статистическое сказуемое (одно или несколько) - это то, что говорится о статистическом подлежащем, это признаки, характеризующие подлежащее, они располагаются в вертикальных графах. Оформление таблицы должно заканчиваться итогами по графам (последняя строка по горизонтали «Итого») и по строкам (последняя графа по вертикали «Всего»). Они нужны для расчета соответствующих показателей в последующем.

Таблицы бывают **простыми и сложными**, сложные таблицы в свою очередь - **групповыми и комбинационными**.

Простые таблицы дают количественную характеристику какого-то одного признака, соответственно итоговая сводка делается лишь по одному признаку.

Распределение травматологических больных по характеру повреждения (макет)

Характер повреждения	Число больных
1. Изолированные	
2. Множественные	
3. Сочетанные	
Итого...	

Сложные таблицы содержат одно подлежащее и несколько сказуемых.

В групповых таблицах подлежащее сочетается каждый раз с одним сказуемым.

Распределение травматологических больных по характеру повреждения, возрасту и полу (макет)

Характер повреждения	Пол		Возраст, годы			Всего
	муж.	жен.	до 30	30-49	50 и старше	
1. Изолированные						
2. Множественные						
3. Сочетанные						
Итого...						

В комбинационных таблицах подлежащее сочетается сразу с 2-3 сказуемыми и более, что расширяет возможности анализа. Каждая группа первого сказуемого включает все группы второго и всех следующих сказуемых. При построении комбинационной таблицы для каждого сказуемого отводится строка: 1-я строка - для групп 1-го сказуемого, 2-я строка - для групп 2-го сказуемого, 3-я строка - для групп 3-го сказуемого. Более 3-4

сказуемых использовать не рекомендуется (иначе получатся очень мелкие группы и анализ затруднится).

Распределение травматологических больных по возрасту и полу

Характер повреждений	Мужчины			Женщины			Всего
	до 30 лет	30-40 лет	50 лет и старше	до 30 лет	30-40 лет	50 лет и старше	
1. Изолированные							
2. Множественные							
3. Сочетанные							
Итого ...							

### **6.2.1.7. Программа анализа. Основные свойства статистической совокупности и статистические величины, их характеризующие**

После составления программы (ручной) разработки материала в виде макетов статистических таблиц нужно составить программу анализа. Основные направления анализа определяются программой разработки, но нужно также перечислить, какие статистические критерии и показатели предстоит рассчитывать при разработке материала на 3-м этапе исследования. Здесь мы только перечислим их, а методику расчета изложим ниже.

Собственно программу анализа исследователь определяет, исходя из следующих 5 основных свойств статистической совокупности:

- 1-е свойство: распределение признаков,
- 2-е свойство: средний уровень признаков,
- 3-е свойство: вариабельность - разнообразие признаков, отклонение, коэффициент вариации,
- 4-е свойство: репрезентативность - представительность признаков,
- 5-е свойство: корреляция признаков.

Все величины и показатели рассчитывают на какие-то моменты или в динамике, сравнивают между собой, по группам наблюдения, в динамике, с данными других авторов и т.д.

### **6.2.1.8. Особенности клинико-статистического исследования**

Проведение клинико-статистических исследований имеет ряд особенностей:

- изучают клинические вопросы (эффективность медикаментозных средств, способов оперативных вмешательств и т.д.);

- единицей наблюдения является больной;

- выделяют 2 группы больных:

основную, в которой применяется новый метод лечения; контрольную, состоящую из больных, лечившихся известным ранее методом;

- регистрационным бланком является специально разработанная **выборочная карта** (из медицинской карты стационарного или амбулаторного больного и т.д.).

При проведении как социально-гигиенических, так и клинико-статистических исследований информацию собирают на лицо - на каждую единицу наблюдения.

### **6.2.2. 2-й этап. Сбор материала**

На этом этапе исследователь должен собрать материал по составленной программе исследования, не отклоняясь и не искажая ее, на основе определенных методов: непосредственного наблюдения, опроса, выкопировки из различных документов, одним словом заполнения на каждую единицу исследования (в клинико-статистических исследованиях - на лицо, на больного) документа разработанной формы - анкеты, выборочную карту, регистрационный бланк.

К числу трудностей сбора материала при клинико-статистических исследованиях относится работа с архивом историй болезни, особенно когда за давностью лет нужных документов не находят.

### **6.2.3. 3-й этап. Разработка материала**

Если выбран машинный способ разработки, то, как мы уже говорили выше, разработка проводится по программе с участием программиста.

Если выбран ручной способ разработки материала, то он состоит из следующих элементов.

Прежде всего, проверки всего собранного материала с точки зрения правильности и полноты ответов на все вопросы анкет, регистрационных бланков и т.д. Там, где можно, вносят дополнения и уточнения. Те карты, по которым оказалось невозможно полно и точно ответить на все вопросы, исключают из разработки.



Далее проводится разметка признаков по группам выбранных классификаций, если это не сделано в процессе сбора материала при заполнении формализованных карт, анкет и т.д. Для этого предварительно должен быть разработан так называемый шифратор, т.е. перечень всех учитываемых признаков с их условными обозначениями.

Например:

Изолированная травма 1,1

Множественная травма 1,2

Сочетанная травма 1,3

и т.д.

Заполняют макеты составленных на 1-м этапе исследования статистических таблиц, для чего согласно их содержанию карты, анкеты раскладывают по группам, обозначенным в них.

Следуют подсчет и внесение данных в таблицу. В таблицах не должно оставаться пустых граф. В случае отсутствия данных ставятся ноль или прочерк.

Вычисление статистических показателей и критериев - ответственный момент, требующий не только знаний и умения, но и понимания сути изучаемых процессов и явлений. Конечно, машина может сделать расчеты гораздо быстрее и точнее, но только исследователь осмысленно. Более того, получение рассчитанных машиной показателей и критериев тоже требует от исследователя понимания техники расчета (см. ниже).

На 3-м этапе исследования, т.е. при разработке данных, производят подсчет полученных данных, вычисление различных показателей, коэффициентов и т.д.

### **6.2.3.1. Абсолютные и относительные величины**

Абсолютные данные используются очень широко. Они нужны для общей характеристики явления или признака, например, численность населения в мире, в конкретной стране, в городе, районе; число врачей, учреждений здравоохранения, коек и пр.

Когда нужны сравнения, применяют относительные числа, получающиеся путем различных отношений, сопоставлений. Показатели выражаются в процентах, промилле и продецимилле и т.д., т.е. отношение тех или других величин умножается на 100 (тогда это проценты), на 1000 (тогда это промилле), на 10 000 (тогда это продецимилле) и т.д.

Нужно, чтобы показатель был удобен в использовании, выражался целой величиной. Структуру некоторых явлений выражают в процентах, показатели же рождаемости, смертности - в промилле; заболеваемость - на 1000, 10 000 или 100 000 человек населения.

Коэффициенты - это простые соотношения величин. Например, коэффициент совместительства в том или другом ЛПУ получается из соотношения числа занятых должностей (врачей, средних медработников) и числа соответствующих физических лиц.

Наиболее часто используют относительные величины: экстенсивные и интенсивные показатели, показатели соотношения и наглядности, показатели динамического ряда.

Чтобы охарактеризовать структуру явления, показать долю признака или распределение признаков в данной совокупности, применяют **ЭКСТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ**, который рассчитывают по формуле: в числителе - часть явления, в знаменателе - целое явление, умноженное на 100. Этот показатель характеризует первое свойство статистической совокупности - распределение признака, заключающееся в том, что единица статистической совокупности распределяется неодинаково по характеру учетного признака и образует определенную внутреннюю структуру.

Экстенсивными показателями являются структура смертности, структура заболеваемости, структура какой-то группы людей по возрасту или другому признаку.

Когда нужно охарактеризовать частоту (интенсивность) явления, применяют **ИНТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ**.

Типичными интенсивными показателями являются показатели рождаемости, смертности, заболеваемости в тех или иных группах людей в определенное время, обычно в показателях, кратных 10 (на 100, 1000, 10 000, 100 000). Интенсивные и экстенсивные показатели совпадают, когда вся среда продуцирует данное явление.

Например, при анализе результатов экзаменационной сессии число студентов, сдававших экзамены, принимают за 100% и определяют, какой процент получил «отлично», «хорошо», «удовлетворительно». Эти показатели сопоставимы в разные годы при условии примерно одинакового числа студентов, сдававших экзамен.

Когда нужно определить частоту признаков в сравнении с другими, вычисляем показатель соотношения по формуле: числитель - признак, знаменатель - сравниваемый признак, умножаемый на 100, 1000 или 10 000.

Типичными **показателями соотношения** являются обеспеченность населения койками, врачами, средними медработниками (обычно на 10 000 населения). Иногда выгодно показать отношение какого-то признака к другому, принятому за 100% или за единицу. Этот показатель называют **показателем наглядности**. Если при расчетах не умножать, а просто сравнивать коэффициенты, то мы имеем **коэффициент**

**наглядности.** Например, каждый 5-й житель нашей планеты - китаец (примерно 6 млрд населения Земли делим на 1 млрд 200 млн - население Китая, получаем 5).

### **6.2.3.2. Составление динамических рядов и их обработка**

Если нужно и можно показать изменение изучаемого признака (ов) во времени, строят динамический ряд. Числа, из которых его составляют, - уровни ряда - могут быть абсолютными величинами. Такой динамический ряд называется простым.

Уровнями динамического ряда могут быть средние и относительные величины. Такой динамический ряд называется сложным или произвольным.

Простые динамические ряды бывают моментными и интервальными. Моментный динамический ряд состоит из чисел, характеризующих признак на определенные моменты - даты (на конец года, месяца, декады и т.д.). Уровни моментного ряда не могут дробиться.

Интервальный динамический ряд характеризует признак, изучаемый за определенный интервал времени (год, месяц, декада и т.д.). Интервальный динамический ряд можно разделить на более дробные периоды или, напротив, укрупнить интервалы. Размер интервала автор выбирает в известной мере в зависимости от степени изменчивости явления.

#### ***Простой динамический ряд (моментный).***

**Таблица 31.** Динамика коечного фонда в районе Б. с 1991 по 1996 г. (на конец каждого года)

Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Число коек	300	350	700	750	800	850

#### ***Простой динамический ряд (интервальный).***

**Таблица 32.** Динамика числа родившихся в районе В. за 1991-1996 гг.

Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Число родившихся	500	450	440	425	400	350

#### ***Сложный (производный) динамический ряд.***

**Таблица 33.** Динамика рождаемости и смертности в России с 1913 по 1997 г. (интенсивные показатели в ‰)

Годы	1913	1981	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Число родившихся на 1000 населения	47	16	12,1	10,8	9,4	9,6	9,3	8,9	8,6
Число умерших на 1000 населения	30	9,9	11,4	12,1	14,5	15,7	15,0	14,2	13,8

Динамический ряд, как правило, позволяет проследить основную закономерность явления - его снижение или увеличение. Уровни динамического ряда изменяются последовательно. Иногда эта последовательность нарушается, уровни динамического ряда значительно колеблются, выявить основную закономерность затруднительно. Существуют определенные приемы выравнивания уровней динамического ряда: укрупнение интервала, вычисление групповой средней, вычисление скользящей средней. Однако выравнивание уровней динамического ряда нельзя делать механически. Это допустимо только после анализа показателей, обусловивших колебания этих уровней. Механическое выравнивание уровней динамического ряда может завуалировать причинно-следственные связи.

Если ряд состоит из величин какого-то явления за месяц, например, числа заболеваний по месяцам, то можно суммировать числа за 3 мес и дать числа заболеваний поквартально. Тогда закономерность может выявиться ярче (табл. 34).

**Таблица 34.** Сезонные колебания заболевания ангиной в населенном пункте Н.

Месяцы												
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Всего
120	190	130	380	230	280	530	380	390	230	140	250	3250
440			890			1300			620			3250

Как видно из табл., помесечные числа заболеваний ангиной то увеличиваются, то уменьшаются. После укрупнения интервалов по кварталам года выявляется определенная закономерность: наибольшее число заболеваний приходится на летне-осенний период.

Для вычисления групповой средней для каждого укрупненного периода суммируют смежные уровни соседних периодов, а затем полученную сумму делят на число слагаемых (табл. 35).

**Таблица 35.** Динамика процента расхождений клинических и патолого- анатомических диагнозов в областной больнице города Н. за 1989-1996 гг.

Годы	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Процент расхождения диагнозов	12,0	10,8	9,0	10,2	9,2	9,6	9,5	8,9
Групповая средняя	11,4		9,6		9,4		9,2	

Уровни динамического ряда, представленных в табл. имеют волнообразные колебания. Выравнивание ряда путем вычисления групповой средней выявило четкую тенденцию к постепенному снижению процента расхождений диагнозов в областной больнице.

Скользящая средняя вычисляется как средняя величина из данного уровня и двух соседних с ним. При вычислении скользящей средней каждый уровень ряда заменяется на среднюю величину из данного уровня и двух соседних с ним (табл. 36).

**Таблица 36.** Скользящая средняя

Годы	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Процент расхождения диагнозов	12,0	10,8	9,0	10,2	9,2	9,6	9,5	8,9
Скользящая средняя	-	10,6	10,0	9,5	9,5	9,4	9,3	-

Пример расчета для 1990 г.:  $(12,0+10,8+9,0):3=10,6$ ; для 1991 г.:  $(10,8+9,0+10,2):3=10,0$ .

Частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов в областной больнице ежегодно колебалась. Ряд, выровненный с помощью скользящей средней, выявляет постепенное уменьшение частоты расхождения диагнозов.

Чтобы проанализировать динамический ряд, нужно изобразить его графически и вычислить несколько показателей:

Если из последующего уровня вычесть предыдущий уровень, то получится **абсолютный прирост (убыль)**.

Если этот полученный абсолютный прирост (убыль) поделить на предыдущий уровень и помножить на 100, то получится **темп прироста (убыли) в процентах**.

Если абсолютный прирост (убыль) поделить на темп прироста (убыли), то получится **абсолютное значение 1% прироста (убыли)**.

Если последующий уровень поделить на предыдущий уровень и помножить на 100, то получится **темп роста в процентах**.

### **6.2.3.3. Составление вариационных рядов или рядов распределения. Расчет средних величин по способу моментов**

Для облегчения и ускорения подсчетов изучаемых признаков, их средних величин распределения, разнообразия, достоверности, результатов, а также достоверности их различия в сравниваемых группах используют методику вариационных рядов.

Даже получая данные машинной обработки результатов, исследователь должен понимать, что они собой представляют.

Вариационный ряд - ряд чисел, расположенных в ранговом порядке, - обычно от меньшего к большему, реже наоборот, от большего к меньшему.

В медицинской статистике приняты следующие условные обозначения для вариационного ряда:

V - варианты, числовые значения признака;

P - частота признака, т.е. сумма вариантов с данным значением признака;

n - сумма всех частот (общее число всех вариантов).

Вариационные ряды бывают простыми - не сгруппированными, которые состояются, как правило, при малом (до 30) числе наблюдений, и сгруппированными, которые состояются при большом (более 30) числе наблюдений.

Основные требования к составлению вариационных рядов:

1. Расположить все варианты по порядку.
2. Суммировать единицы, имеющие одинаковый признак, т.е. найти частоту каждой варианты.
3. Определить число групп и размер интервала.
4. Разбить весь ряд на группы, используя выбранный интервал и строго соблюдая непрерывность сгруппированного ряда.
5. Дать графическое изображение.

Все 5 требований выполняются при составлении сгруппированных вариационных рядов; требования 1, 2 и 5 - при составлении не сгруппированных вариационных рядов.

Число групп в сгруппированном вариационном ряду определяется по табл. 37 в зависимости от числа наблюдений.

**Таблица 37.** Сгруппированный вариационный ряд

Число наблюдений	31-45	46-100	101-200
Число групп	6-7	8-10	11-12

Расчет интервала (i) производится по формуле (округление в сторону увеличения):

$$i = \frac{(V_{\max} - V_{\min})}{\text{число групп}}$$

Составление простого вариационного ряда при малом и большом числе наблюдений, составление сгруппированного вариационного ряда и особенности их обработки приводятся ниже.

Графическое изображение вариационного ряда помогает выявить **характер распределения признака, т.е. первое свойство статистической совокупности (рис. 9).**

Название типа распределения	Графическое изображение	Примеры
I. Альтернативное (качественных признаков)		Исход лечения: выжившие, умершие
II. Симметричное, нормальные (количественных признаков)		У большинства изучаемых явлений
III. Асимметричное (количественных признаков)		Число детей в семье
1. Правостороннее		
2. Левостороннее		
3. Двугорбое (бимодальное)		Неоднородная группа признаков

**Рис. 9.** Основные типы распределения признаков статистической совокупности.

Второе свойство статистической совокупности - средний уровень признака - число, являющееся обобщенной характеристикой того или другого количественного признака статистической совокупности.

Средний уровень признака определяется средними величинами:

1. Мода ( $M_0$ ) - самая частая варианта.
2. Медиана ( $M_e$ ) - варианта, расположенная посередине ряда.
3. Средняя арифметическая ( $M$ ).

вычисляется при малом числе наблюдений;

$$M \text{ средневзвешенная} = \frac{\sum VP}{n}$$

вычисляется при большом числе наблюдений, когда  $P < 1$ .

Для ускорения и упрощения используют способ моментов.

$$M \text{ по способу моментов} = \frac{A + i \sum VaP}{n},$$

где  $A$  - условная средняя арифметическая,  $a = (V-A)/i$  - отклонение (отличие) каждой варианты от условной средней в интервалах,

$i \sum VaP/n$  - первый момент средней арифметической (среднее отклонение всех вариант ряда от условной средней).

М по способу моментов вычисляется при большом числе наблюдений. Составление простого вариационного ряда и вычисление средней арифметической как средневзвешенной при большом числе наблюдений показано на примере:

Рост студентов в см V	Число студентов P	VxP
158	1	158
160	3	480
162	2	324
163	4	652
164	6	984
165	8	1320
166	7	1162
168	5	840
169	6	1014
170	5	850
172	4	688
174	2	348
175	2	350
176	1	176
	$\Sigma P = n = 56$	$\Sigma VP = 9346$

$$M \text{ простая} = \frac{\sum V}{n} = 9346 / 56 = 166,9 \text{ см}$$

Составление группированного вариационного ряда и вычисление средней арифметической по способу моментов при большом числе наблюдений показано в табл. 38

Таблица 38.

Рост в см	V средняя	P	a=(V-A)/i	AP	a <sup>2</sup> P
$V_i=3$					
158-160	159	4	-1	-8	16
161-163	162	6	-1	-6	6
164-166	165	21	0	0	0
167-169	168	11	+1	+11	11
170-172	171	9	+2	+18	36
173-175	174	4	+3	+12	36
176-178	177	1	+4	+4	16
	$\Sigma p = n = 56$		$\Sigma ap = +31$		$\Sigma a^2 P = 121$

$$M = A + \frac{i \sum aP}{n}$$

$$A = M_0 = 165$$

$$\frac{i \sum aP}{n} = \frac{3 \times 31}{56}$$

$$M = 165 + \frac{3 \times 31}{56} = 165 + 1,7 = 166,7$$



Средние величины должны характеризовать однородную статистическую совокупность.

**Третье свойство статистической совокупности - разнообразие признаков:** величина того или другого количественного признака неодинакова у всех единиц однородной статистической совокупности.

Это свойство иллюстрируют 3 группы мальчиков, одинаковые по численности и имеющие одинаковую среднюю арифметическую роста (табл. 39).

Среднее квадратичное отклонение (G) - учитывает разнообразие всех вариантов со знаком «+» или «-» при числе признаков (n) меньше 30 (n<30):

**Таблица 39.**

1-я группа мальчиков	2-я группа мальчиков	3-я группа мальчиков
n=16	n=16	n=16
М роста=153 см	М роста=153 см	М роста=153 см
V <sub>max</sub> =155	V <sub>max</sub> =153	V <sub>max</sub> =165
V <sub>min</sub> =151	V <sub>min</sub> =153	V <sub>min</sub> =141
Мальчики мало различаются по росту	Все мальчики одинаковы по росту	Самая разнообразная группа мальчиков по росту

$$P=1, d=V-M$$

$$G \text{ средневзвешенная} = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2 p}{n}} \quad (n > 1, p > 1)$$

$$G \text{ по способу моментов} = \pm \sqrt{\frac{i^2 \sum a^2 p}{n} - \left( \frac{i \sum ap}{n} \right)^2}, \text{ где } \frac{i^2 \sum a^2 p}{n} \text{ второй момент средней.}$$

Вычисление среднеквадратичного отклонения (G) при малом числе наблюдений (n<30), например (табл. 40):

**Таблица 40.**

Частота пульса у исследуемых V	d=V-M	d <sup>2</sup>
62	-5	25
63	-4	16
64	-3	9
65	-2	4
66	-1	1
67	0	0
69	+2	4
73	+6	36
74	+7	49
$\Sigma V=603$ n=9		$\Sigma d^2=144$

$$M = \Sigma V/n = 603/9 = 67 \text{ В МИН}$$

$$G = \pm \sqrt{\frac{\Sigma d^2 p}{n-1}}, \text{ где } d = V - M$$

$$G = \pm \sqrt{\frac{144}{8}} = \pm \sqrt{18} = \pm 4,2 \text{ В МИН}$$

Особенности статистической обработки данных при малом числе наблюдений (n<30):

1. Средняя арифметическая находится как простая.
2. Среднее квадратичное находится как простое, n - 1.
3. Значение t находят по таблице Стьюдента.

Основной смысл названных особенностей - повышение требований к вычислениям.

Вычисление среднего квадратичного отклонения (G) **при большом числе наблюдений как средневзвешенного** показано на примере (табл. 41).

**Таблица 41.**

Рост студентов в см V	Число студентов P	V×P	d=V-M	d <sup>2</sup>	d <sup>2</sup> p
158	1	158	-8,9	...	...
160	3	480	-6,9	...	...
162	2	324	-4,9	...	...
163	4	652	...		
164	6	984	...		
165	8	1320	...		
166	7	1162			
168	5	840			
169	6	1014			
170	5	850			
172	4	688			
174	2	348			
175	2	350			
176	1	176			
	∑P=n=56	∑VP=9346			∑d <sup>2</sup> p

$$M = \sum VP / n = 9346 / 56 = 166,9; \quad G = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2 p}{n}}$$

Получаются очень громоздкие вычисления, их упрощают - рассчитывают среднеквадратичное отклонение по способу моментов в сгруппированном вариационном ряду.

Вычисление среднего квадратичного отклонения по способу моментов (второй момент) показано на примере (табл. 42).

**Таблица 42.**

Рост студентов в см	V средняя	P	$a=(V-A)/i$	AP	$a^2P$
158–160	159	4	-2	-8	16
161–163	162	6	-1	-6	6
164–166	165	21	0	0	0
167–169	168	11	+1	+11	11
170–172	171	9	+2	+18	36
173–175	174	4	+3	+12	36
176–178	177	1	+4	+4	16
(i=3)		$\sum P=n=56$		$\sum aP=+31$	$\sum a^2P=121$

Теорией статистики установлено, что при нормальном распределении  $M \pm \sigma$  находится 68% всех вариантов,  $M \pm 2\sigma$  находится 95,5% всех вариантов,  $M \pm 3\sigma$  находится 99,7% всех вариантов (рис. 10).

По  $G$  (среднему квадратичному отклонению) можно определить структуру вариационного ряда; судить о точности (типичности) средней арифметической: если 95% всех вариантов находится в пределах  $M \pm 2\sigma$ , то средняя арифметическая является типичной (увеличивать число наблюдений не следует); судить о показателях, оценивать отдельные признаки у каждого индивидуума по стандартному отклонению  $t$ : сколько сигм составляет отклонение индивидуального признака от средней арифметической:

$$t = \frac{V - M}{G}$$

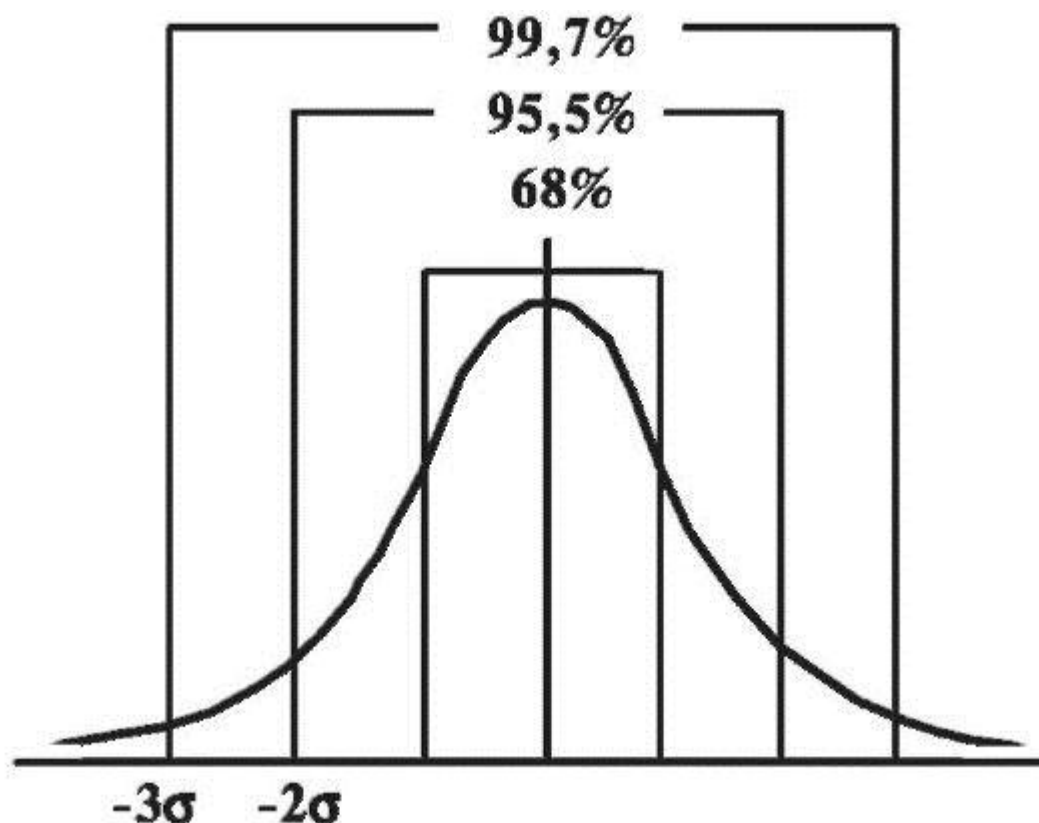


Рис. 10. Связь среднего квадратичного отклонения со структурой вариационного ряда.

Если  $t < 2\sigma$ , то отличие индивидуального признака от стандарта незначительно; если  $t \geq 2\sigma$ , то отличие индивидуального признака от стандартного значительно.

#### 6.2.3.4. Определение необходимого числа наблюдений

Вся мудрость статистики состоит в том, что по части можно судить о целом. Эта часть - выборочная совокупность должна быть репрезентативна, т.е. представительна по отношению к генеральной совокупности по количеству и качеству (см. ниже).

Формула определения необходимого числа наблюдений (репрезентативной выборки) выводится из формулы «ошибки» путем алгебраических преобразований.

Признак, по которому производится расчет, может быть выражен абсолютной или относительной величиной. Если признак выражен абсолютной величиной, формула определения необходимого числа наблюдений следующая:

$$\frac{t^2 G^2}{\Delta^2}$$

Если признак выражен относительной величиной, формула определения необходимого числа наблюдений следующая:

$$n = \frac{t^2 pq}{\Delta^2}$$

Эти формулы для случайного повторного отбора определяют самый большой объем наблюдений. Определение оптимального объема выборки в комплексных социально-гигиенических исследованиях затруднено тем обстоятельством, что единицы исследуемых совокупностей характеризуются множеством учетных признаков (трудность), так как изучается комплекс показателей здоровья различных групп населения и комплекс факторов, на них воздействующих. Существующие формулы для расчета необходимого числа наблюдений основываются на конкретном единственном признаке. Вести расчет по всем исследуемым признакам невозможно.

Исследователи выделяют основной или результирующий признак и по нему рассчитывают необходимый объем наблюдений.

В ходе анализа собранного материала определяются различные параметры, характеризующие исследуемую совокупность. Это разные параметры с разной вариабельностью. Исследователи определяют их репрезентативность при одном и том же числе единиц наблюдения.

О вариабельности ( $G$ ,  $pq$ ) данного признака в генеральной совокупности исследователь судит по данным литературы, если они есть. При отсутствии данных литературы, если признак выражен абсолютным числом, то  $G$  определяется по данным пробного исследования, объем которого обычно составляет 30-70 единиц наблюдения. Если признак выражен относительным числом, то пробное исследование, как правило, не проводится, так как проценты вычислять не рекомендуется при числе наблюдений менее 100. В таком случае берут максимальное значение  $pq=0,25$  ( $p=q=0,5$ ) или  $pq=2500\%$  ( $p=q=50\%$ ).

Степень уверенности в заданной неточности результата в социально-гигиенических исследованиях обычно составляет 0,95 ( $t=2$ ).

Другая трудность для исследователя состоит в определении доверительного интервала ( $\Delta$ ), т.е. величины расхождения между средним значением признака генеральной и выборочной совокупности ( $\Delta = M_r - M_b$ ). Эта величина выражается в единицах изучаемого признака и характеризует допускаемую неточность искомой величины генеральной совокупности. Она задается самим исследователем в разумных пределах, исходя из сути изучаемого явления. Незначительное увеличение  $\Delta$  ведет к резкому сокращению необходимого объема выборки, напротив, незначительное уменьшение  $\Delta$  резко его увеличивает.

Приведем два примера расчета необходимого числа наблюдений для получения достоверного результата.

*Пример 1.* Сколько семей нужно исследовать, чтобы дать социально-гигиеническую характеристику детородной функции молодых женщин? Подобного исследования раньше не проводилось.

За результирующий признак автор взял число беременностей у молодых женщин за 5 лет брака, провел пробное исследование, опросив 50 женщин. Получены следующие данные:

M - среднее арифметическое число беременностей у молодых женщин за 5 лет брака составило 2;

G - среднее квадратичное отклонение = 5;

m=0,25;  $\Delta = 0,5$  ( $p=0,95$ ;  $t=2$ ).

Расчет проведен следующим образом:

$$n = \frac{t^2 G^2}{\Delta^2} = \frac{4 \times 25}{0,25} = 400$$

Вывод: для получения статистически достоверных социально-гигиенических характеристик детородной функции молодых женщин за 5 лет брака нужно обследовать 400 семей.

*Пример 2.* Определить, сколько левшей необходимо взять под наблюдение для выявления среди них детей с расстройствами речи.

Доверительная вероятность 95% (0,95). Ошибка показателя не должна превышать 5%. При ранее проводившихся исследованиях расстройств речи у детей дошкольного возраста выявлено, что ими страдают 15% левшей.

$$n = \frac{t^2 pq}{\Delta^2} = \frac{2^2 \times 15 \times 85}{5^2} = 204$$

Вывод: для получения статистически достоверных данных о числе детей с расстройствами речи среди левшей нужно обследовать примерно 200 детей-левшей.

Сомнения исследователя в определении основного (результатирующего) признака и его неточности (доверительного интервала) при изучении совсем не знакомых совокупностей помогает разрешить следующий прием (Плохинский Н.А., 1961):

$\Delta$  и  $G$  не определяют заранее, сразу берут ориентировочное отношение  $\Delta/G$ , которое обозначают  $K$ . Это коэффициент точности, уровень которого выбирает сам исследователь (от 0,5 до 0,1). Примерное необходимое число наблюдений в зависимости от желаемой точности и уверенности в результатах исследования приводится в табл. 43.

**Таблица 43.** Необходимый объем выборки

Вид исследования	Желаемая точность исследования $K=\Delta/G$	$t=2,0$ $p=0,95$	$t=2,5$ $p=0,98$	$t=3,0$ $p=0,99$
1. Ориентировочное знакомство	0,5	16	25	36
	0,4	25	39	56
	0,3	44	69	100
2. Исследование средней точности	0,2	100	156	225
3. Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

Как видно из табл., необходимый объем выборки для получения устойчивых результатов с достаточной степенью уверенности и точности составляет 400 ( $K=0,1$ ;  $p=0,95$ ).

В большинстве комплексных социально-гигиенических исследований на основной ступени исследования по достаточно подробной программе объем выборки составляет 400-800 единиц наблюдения. Такие исследования вполне надежные и достаточно точные ( $K=0,1$ ;  $p=0,95$ ).

Однако в ходе анализа исследуемая совокупность делится на различные группы по разным признакам, репрезентативность которых определяется исследователем. Результатирующий признак, положенный в основу расчета статистической совокупности, не является признаком конечной группы анализа. Бывает, что в конечных группах насчитывается лишь несколько единиц наблюдения, и параметры, их характеризующие, могут оказаться недостоверными.

Необходимое число единиц наблюдения для получения устойчивого результата при минимальной точности и достоверности составляет 16-25 ( $K=0,4$ ;  $0,5$ ;  $p=0,95$ ).



### 6.2.3.5. Корреляция признаков

Пятое свойство статистической совокупности - **взаимосвязь (корреляция) признаков**. В природе и обществе все процессы и явления взаимно связаны. Количественные связи проявляются в функциональной и корреляционной формах.

Функциональная связь: каждому значению одного признака соответствует строго определенное значение другого признака (характерна для физико-химических явлений).

Корреляционная связь: каждому значению одного признака соответствует несколько значений другого признака (характерна для социально-гигиенических и медико-биологических процессов). Корреляционная связь проявляется лишь при массовом сопоставлении признаков в качественно однородной совокупности.

Признаки могут быть качественными и количественными несгруппированными величинами (абсолютными и производными). Задача специалиста - найти причинные связи, подтверждающие зависимость одного явления от другого или от какой-то общей причины.

Корреляция может быть представлена в виде таблиц, графика или коэффициента корреляции.

**Коэффициент корреляции** (r,r) дает представление о направлении (прямая +, обратная -) и силе связи (от 0 до 1): 0 - связь отсутствует; 0-0,3 - связь слабая; 0,3-0,7 - связь средняя; 0,7-1,0 - связь сильная.

Обычный, наиболее точный и часто применяемый **метод (коэффициент) Пирсона**:

$$r_{xy} = \frac{\sum d_x d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \sum d_y^2}}$$

Пример вычисления

N – количество	Рост исследуемых в см, X	Масса в кг, Y	Отклонение от средней M		d <sub>x</sub> ×d <sub>y</sub>	d <sub>x</sub> <sup>2</sup>	d <sub>y</sub> <sup>2</sup>
			d <sub>x</sub>	d <sub>y</sub>			

d<sub>x</sub> и d<sub>y</sub> - отклонение каждой варианты ряда «x» и «y» от их средней M.

Более грубый, приближенный и простой ранговый **метод Спирмена**:

$$r = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Пример вычисления

N-число наблюдений	Рост исследуемых в см, x	Масса исследуемых в кг, y	Порядковые номера (ранги) признаков		Разность рангов (x-y), d	Квадрат разности рангов, d <sup>2</sup>
			x	y		

d - разность рангов; b - постоянный коэффициент; n - число наблюдений (сравниваемых пар).

Рангами - номерами по порядку обозначают признаки. Если признаки одинаковы, всем дается один номер - среднее суммы рангов этих признаков. Метод рангов применяют, если число наблюдений меньше 30; если признаки имеют не только количественное, но и качественное выражение; если ряды распределения имеют открытые варианты.

Коэффициент корреляции достоверен, если

$$r \geq 3m_p; r \geq 3m_r; m_p = 1 - p^2/\sqrt{n}; m_r = 1 - p^r/\sqrt{n}$$

### 6.2.3.6. Сравнение средних абсолютных и относительных величин

Для определения достоверности одной из рассчитанных средних величин (M<sub>1</sub>, M<sub>2</sub>) пользуются критерием t:

$$M_1 - M_2 \geq 2\sqrt{m_1^2 + m_2^2}$$

$$t = (M_1 - M_2) / \sqrt{m_1^2 + m_2^2}; t \geq 2; P \geq 0,95; P \leq 0,05$$

Различие между средними или относительными величинами статистически достоверно, если оно в 2 раза или более превышает корень квадратный из суммы квадратов ошибок этих средних величин.

*Пример.*

Первый способ оперативного вмешательства при переломе костей голени - нестабильный остеосинтез - применили у 100 больных; из них осложнения возникли у 10 из них.

Второй способ оперативного вмешательства - стабильный остеосинтез применили у 200 больных, осложнения имели тоже 10 человек.

Какой способ более эффективен?

По абсолютным данным стабильный остеосинтез эффективнее, так как процент осложнений при нем меньше ровно в 2 раза. Одна-

ко закономерен ли такой вывод, иначе говоря, достоверны ли различия?

Статистическую обработку данных проводят следующим образом:

первый способ - нестабильный остеосинтез, осложнения составили 10%;

$$m_1 = \pm \sqrt{\frac{p \times q}{n}} = \pm \sqrt{\frac{10 \times 90}{100}} = \pm 3\%;$$

второй способ - стабильный остеосинтез, осложнения составили 5%;

$$m_2 = \pm \sqrt{\frac{p \times q}{n}} = \pm \sqrt{\frac{5 \times 95}{200}} = \pm 1,5\%$$

Далее находим t по формуле:

$$t = \frac{10 - 5}{\sqrt{9 + 2,375}} = 5 / 3,4 = 1,5$$

*Вывод:* при имеющемся числе наблюдений различие в процентах осложнений при применении различных способов оперативного вмешательства при переломе костей голени статистически недостоверно ( $t=1,5$ ;  $p>0,05$ ).

Чтобы сделать статистически достоверным вывод о большей эффективности стабильного остеосинтеза при переломах костей голени (меньшем проценте осложнений), нужно увеличить число наблюдений.

### **6.2.3.7. Метод стандартизации**

Для получения более точных данных при сравнении статистических величин прибегают к методу, исключающему различия признаков этих величин (возрастно-половых и др.), т.е. к стандарту.

Существуют прямой, косвенный и обратный методы стандартизации.

Суть **прямого метода** состоит в вычислении общих интенсивных показателей в одинаковых признаках (единиц наблюдения), совокупностях; для чего рассчитывают частные показатели в сравниваемых группах, по которым судят об их истинном

соотношении в исследуемых совокупностях; предполагают, что сравниваемые совокупности одинаковы, т.е. стандартны по составу.

Метод применяется при сравнении общих интенсивных показателей здоровья различных по составу (по полу, возрасту и другим признакам) групп населения.

Суть метода состоит в исключении влияния на общий показатель разного состава совокупностей по одному, двум признакам или более.

За стандарт принимают средний состав обеих групп, одну из сравниваемых групп или какую-то третью группу, близкую к сравниваемым.

Рассчитывают условные величины в каждой группе стандарта и общие стандартизированные показатели, которые тоже являются условными.

Если соотношение стандартизированных показателей получается иное, чем реальных, то делают вывод о том, что на уровень реальных показателей влияет разный состав сравниваемых совокупностей по стандартизуемому признаку.

Наоборот, если стандартизированные показатели повторяют соотношение реальных, то делают вывод о том, что на уровень реальных показателей разный состав по стандартизуемому признаку не влияет. Рассмотрим пример прямого метода (табл.43).

**Таблица 43.** Распределение больных и умерших по отделениям больниц А и Б (данные условные)

Отделение	Больница А		Больница Б		Стандарт больных	Больница А		Больница Б	
	число больных	число умерших	число больных	число умерших		летальность, %	умрет (стандарт)	летальность, %	умрет (стандарт)
Терапевтическое	600	30	200	12	400	5,0	20	6,0	24
Хирургическое	300	6	700	21	500	2,0	10	3,0	15
Инфекционное	100	4	100	5	100	4,0	4	5,0	5
В сего...	1000	40	1000	38	1000	4,0	34	3,8	44
Летальность, %	4,0		3,8		Стандартизованный показатель летальности		3,4		4,4

Ознакомим с другими методами стандартизации без примеров расчета.

**Косвенный метод стандартизации** применяется тогда, когда показатели в сравниваемых группах неизвестны или известны, но недостаточно. За стандарт выбирают какой-то хорошо известный коэффициент (но не из числа сравниваемых) такого же характера, что и сравниваемый, и с ним с учетом его величины и структуры сравнивают имеющиеся недостоверные показатели.

**Обратный метод стандартизации** применяется тогда, когда необходимых для сравнения и оценки показателей нет. Их «конструируют» от «обратных» показателей, например, по данным о смертности и заболеваемости, которые следует возможно более объективно воспроизводить на основе имеющейся справочной информации численности и состава населения, среди которого и следует сравнить и определить заболеваемость и смертность.

Косвенный и обратный методы менее точны и объективны, чем прямой.

### **6.2.3.8. Дисперсионный анализ**

Дисперсионный анализ определяет степень рассеивания (дисперсии) влияния оцениваемых признаков разных величин - показателей. Он позволяет дополнительно, более полно и точно измерить силу влияния трех и более факторов, оценить разность этих факторов (средних величин или показателей), определить достоверность разности этих показателей (средних величин). Анализ дает возможность изучить и оценить влияние на конечный результат нескольких факторов или отдельных влияний. Определяется воздействие среднего значения каждого фактора и средних значений при их разном сочетании.

В зависимости от числа изучаемых и оцениваемых факторов формируют однофакторный, двухфакторный, многофакторный виды дисперсионного анализа.

### **6.2.3.9. Графические изображения**

Для наглядного представления различных статистических величин, а также для их анализа широко используют графические изображения. Практически в каждом статистическом исследовании применяется графический метод, основы которого медикам нужно знать, несмотря на широкое внедрение в последнее время компьютерной графики.

Графиками в статистике называют условные изображения числовых величин и их соотношений в виде различных геометрических образов - точек, линий, плоских фигур и т.д.

Статистический график дает возможность сразу оценить характер изучаемого явления, присущие ему закономерности, особенности, тенденции развития, взаимосвязь его показателей.

Название графика должно кратко и точно раскрывать его содержание. Название обычно помещают под графиком в отличие от таблицы, название которой располагается над ней. Пояснительные тексты могут располагаться в пределах графического образа, рядом с ним или вне его.

Графические изображения разделяют на диаграммы, картограммы и картодиаграммы.

Диаграммой называют изображение статистических данных в виде точек, линий, плоскостей, фигур.

Диаграммы бывают:

- линейными (арифметические, полулогарифмические, полигон, гистограмма и радиальные);
- плоскостными (столбиковые, внутрестолбиковые, ленточные, секторные, круговые);
- объемными (параллелепипед, куб, шар и т.д.);
- фигурными (койки, люди и т.д.).

Картограммы отражают статистические данные на географической карте.

Картодиаграммы представляют статистические данные на географической карте в виде диаграммы.

Вид графического изображения выбирается в зависимости от статистической величины.

Абсолютные величины, характеризующие статику явления, можно изобразить в виде диаграмм (плоскостной, столбиковой, объемной или фигурной), картограмм, картодиаграмм.

Экстенсивные показатели, характеризующие структуру явления, можно изобразить в виде секторной или внутрестолбиковой плоскостной диаграммы.

Интенсивные показатели, характеризующие частоту явления, можно изобразить в виде линейной, плоскостной (столбиковой, ленточной), объемной, фигурной диаграмм.

Показатели соотношения, характеризующие отношение между двумя самостоятельными совокупностями, представляют в виде тех же графических изображений, что и интенсивные показатели.

Показатели наглядности, получающиеся из отношения ряда сравниваемых величин к одной из них, принятой за 100, графически изображают так же, как интенсивные показатели.

Обязательное правило применения графического метода - строгое соответствие каждой статистической величины виду графического изображения.

Рассмотрим правила построения диаграмм, применяемых наиболее часто.

Линейная диаграмма обычно употребляется для изображения частоты явления, изменяющегося во времени, т.е. для изображения динамики явления.

Основой для построения линейной диаграммы чаще всего является прямоугольная система координат. На оси абсцисс (X) откладывают, например, равные промежутки времени, а по оси ординат (Y) - показатели численности населения, заболеваемости, смертности и т.д.

Значения статистических величин наносят в виде точек на систему координат и соединяют линиями. При построении линейной диаграммы необходимо учитывать пропорции осей абсцисс (X) и ординат (Y). При отношении  $X:Y=4:3$  искажения кривой не будет. При отношении  $X:Y=1:3$  кривая будет сильно сжата и наоборот, при отношении  $X:Y=3:1$  кривая будет чрезмерно растянута. И в том, и в другом случае по графику трудно правильно оценить динамику явления.

Когда на одной диаграмме изображают несколько явлений, наносят линии разного цвета или разной штриховки.

Примеры линейной диаграммы: температурная кривая, динамика рождаемости, смертности.

Радиальная диаграмма построена на полярных координатах, изображает динамику явления за замкнутый цикл времени (сутки, неделя и т.д.).

При построении радиальной диаграммы в качестве оси абсцисс используют окружность, которую делят на одинаковое число частей соответственно отрезкам времени, осью ординат служит радиус окружности или его продолжение. За радиус окружности обычно берут среднюю величину анализируемого явления. Число радиусов соответствует числу интервалов изучаемого периода: 12 радиусов при изучении явления за год, 7 радиусов при изучении явления за неделю. На каждом радиусе делают пометку, соответствующую интервалу времени, и откладывают показатели в соответствующем масштабе. Конечные точки соединяют, получается многоугольник, наглядно показывающий динамику явления.

Секторная диаграмма применяется для изображения экстенсивных показателей. Вся окружность принимается за 100% (если экстенсивные показатели выражены в процентах), при этом 1% соответствует  $\frac{3,6}{100}$  окружности. Затем  $\frac{3,6}{100}$  умножают на число процентов каждого показателя и получают размер каждого сектора в градусах. При помощи транспортира на окружности откладывают отрезки (отсчет ведут от 0°), соответствующие величине каждого показателя. Найденные точки окружности соединяют с центром круга.

Отдельные секторы круга (в процентах или промилле) изображают составные части изучаемого явления.

Вместо секторной диаграммы можно применить внутрискладовую диаграмму, в которой ширина и высота столбика берутся произвольно. Высота принимается за 100% и в соответствующем масштабе пересчитываются экстенсивные показатели (в процентах).

Столбиковая диаграмма применяется и для иллюстрации однородных, но не связанных между собой интенсивных показателей. Столбиковыми диаграммами изображают статику явления: заболеваемость, брачность и т.д. При изображении этих явлений рисуют столбики, высота которых должна соответствовать величине изображаемых показателей с учетом масштаба. Ширина столбиков и расстояние между ними могут быть произвольными, но должны быть одинаковыми. Столбики на диаграмме могут быть вертикальными или горизонтальными (ленточными). Принципиальной разницы в методах их построения нет.

Картограмма - географическая карта, на которой отдельные территории заштрихованы с различной интенсивностью соответственно уровню интенсивного показателя.

#### **6.4. 4-й этап статистического исследования**

Заключительный этап статистического исследования - статистический анализ по программе, составленной на 1-м этапе исследования.

Собственно анализ материала проводится на всех этапах исследования: и на 1-м этапе, когда составляют программу и план, и на 2-м этапе - в процессе сбора материала. На 3-м этапе проводится

разработка материала, когда собственно и определяются основные направления анализа и рассчитываются конкретные величины, показатели, коэффициенты.

Однако анализ собранного согласно плану и программе материала выделяется и как 4-й, заключительный этап статистического исследования. Он включает следующие основные элементы.

1. Осмысливание различных полученных статистических величин (абсолютных, средних, относительных, различных коэффициентов и т.д.), графических изображений. Проводят все возможные сравнения. Из них основные: сравнение с имеющимися нормативами, со средними уровнями статистических величин, со стандартами физического развития, с данными по другим учреждениям и территориям, а также сравнение в динамике.

2. Написание и оформление работы.



3. Выводы.

4. Проверка соответствия полученных выводов принятой гипотезе исследования. Каждой задаче исследования должен соответствовать конкретный, обоснованный, вытекающий из анализируемых материалов, лаконичный вывод.

5. Предложения для внедрения в практику.

### **6.4.1. Основные ошибки статистического анализа**

Наиболее частые ошибки на 4-м этапе исследований объединяют в 3 группы: ошибки методики; неправильная оценка показателей; логические ошибки.

К **ошибкам методики** (первая группа) относят, прежде всего, арифметические ошибки, мысль о которых должна возникать каждый раз, когда получается неожиданный результат. Проверка и перепроверка вычислений - неременное условие всякого исследования.

Недостаточное число наблюдений ведет к получению недостоверных результатов. Исследователь должен рассчитывать необходимый объем наблюдений, чтобы застраховаться от получения недостоверных результатов.

Нередко имеет место неправильное определение единицы наблюдения. В клинко-статистическом исследовании часто это неправильный диагноз.

В социально-гигиенических исследованиях неправильное определение единицы наблюдения также возможно из-за невнимательности и недостаточной компетентности исследователя (неправильное определение случая заболевания, утраты трудоспособности и т.д.).

Использование слишком сложных таблиц, содержащих много признаков, ведет к тому, что получаются очень малочисленные группы и основная закономерность теряется. В комбинационных таблицах не рекомендуется иметь более 3-4 сказуемых. Следует избегать группировок признаков-подлежащих, расположенных по строкам.

Причиной неправильного анализа может быть и недостаточная обработка данных. Например, не рассчитаны относительные показатели, вывод делается только на основании абсолютных чисел, не составлены динамические ряды и не рассчитаны показатели, характеризующие динамику процессов, явлений, не рассчитаны коэффициенты корреляции и т.д.

Неправильности группировки - очень частая ошибка статистического анализа. Это, прежде всего, ошибки, имеющие в основе качественную неоднородность групп и недоучет изменений в классификациях. Классическим примером ошибочного вывода, связанного с

качественной неоднородностью групп, является неправильный вывод народников, отрицавших развитие капитализма в сельском хозяйстве России. Крестьянские дворы группировали по числу душ в семье, наделу земли, т.е. по формальному признаку, и объединяли «вместе бедняка, который сдает землю, и богача, который арендует или получает землю». Примером неправильного анализа, связанного с недоучетом изменений в классификации, является анализ заболеваемости и травматизма при разработке данных по МКБ разных пересмотров: в МКБ-10 1985 г. внесены значительные изменения в сравнении с МКБ-9 1975 г., в частности, в классе «Травмы, несчастные случаи, отравления».

Вторая большая группа ошибок статистического анализа - **неправильная оценка показателей**.

Подчас происходит смешение экстенсивных и интенсивных показателей. Вывод о большей или меньшей частоте каких-то явлений, процессов можно и нужно делать только на основании интенсивных показателей.

В практическом здравоохранении смешение экстенсивных и интенсивных показателей - самая частая ошибка статистического анализа.

Довольно частая ошибка статистического анализа, - когда делается вывод на искусственно неравнозначных группах. Например, испытывают новое медикаментозное средство для лечения какого-то заболевания, но оно имеет определенные противопоказания. Проводят курсы лечения в соответствии с инструкцией. Однако результаты сравнивают с группой больных, которых лечили прежним методом - медикаментами, к которым не было никаких противопоказаний. Результаты несопоставимы, так как группы больных неравнозначны; результат мог зависеть также и от того, что больные, леченные новым методом, имели более легкую форму заболевания.

Нельзя оценивать темп роста без учета исходного уровня показателя. Существует статистическая закономерность, в соответствии с которой чем ниже исходный уровень каждого явления, тем выше темп роста, и наоборот.

Иногда представляются слишком общие сведения, преднамеренно или непреднамеренно не проводится детальный анализ материала.

К числу ошибок статистического анализа относят неиспользование метода стандартизации при анализе показателей, характеризующих статистические совокупности, имеющие разный состав по каким-то признакам (полу, возрасту, нозологии заболеваний и т.д.).

Третья группа ошибок статистического анализа - это **логические ошибки**.

Иногда вывод делают на основе простого сравнения цифр без учета качественной характеристики явления. Этого недостаточно, так как статистический анализ всегда

предполагает не только констатацию цифр по различным группам, но установление взаимосвязи с особенностями влияющих факторов и т.д.

Такой вывод нельзя считать правильным. После этого - не значит вследствие этого.

Статистический анализ - это не только анализ цифр и явлений, но в значительной мере искусство специалиста, умение выделить из ряда последовательных событий ведущие, установить достоверную связь между ними, наметить пути воздействия.

Статистический анализ будет ошибочным, если не изучены всесторонние связи явления. Эта ошибка тесно связана с предыдущими.

## **РАЗДЕЛ 7.**

# **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

### **7.1. Отраслевая структура государственной системы здравоохранения**

Здравоохранение как система лечебно-профилактических, противозидемических, реабилитационных медицинских мер, учреждений государственной и муниципальной собственности имеет отраслевую структуру, совокупность деятельности структур - элементов системы. Она включает отрасли:

1) лечебно-профилактическую (амбулаторно-поликлинические больницы, диспансеры и др.);

2) медицинскую помощь женщинам и детям;

3) санитарно-противозидемическую;

4) медицинскую - фармацевтическую промышленность, аптечные учреждения и предприятия;

5) медицинское образование и медицинскую науку - высшие и средние медицинские и научно-исследовательские учреждения;

6) санаторно-курортные учреждения;

7) патологоанатомическую, судебно-медицинскую и судебно-психологическую экспертизы;

8) обязательное медицинское страхование (ОМС). Указанные организации (виды учреждений) составляют основу системы медицинской помощи, оказываемой за счет государства (федеральный уровень) и муниципальных (региональных, местных) органов и учреждений, организаций ОМС. К этой системе добавляется все более расширяющаяся и укрепляющаяся система частных медицинских учреждений и медицинских учреждений общественных организаций, фондов, религиозных конфессий. Все они в совокупности составляют общественную систему здравоохранения, которая приходит на смену единственной монополевой государственной бюджетной (см. раздел 3.3).

<sup>1</sup> В разделе использованы материалы, подготовленные Н.В. Полуниной и К.А. Отдельновой из учебного руководства под ред. Ю.П. Лисицына «Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения», 1998.

## **7.2. Первичная медико-социальная помощь**

Первичная медико-социальная помощь (ПМСП) и соответствующие ей учреждения - это зона первого контакта населения со службами здравоохранения. Сюда относят:

- амбулаторно-поликлинические учреждения;
- женские консультации;
- санитарно-эпидемиологические станции;
- учреждения скорой и неотложной помощи;
- учреждения родовспоможения.

ВОЗ разработала стратегию «Здоровье для всех к 2000 году», которая дала бы возможность каждому человеку, каждой семье вести здоровый, продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни. Реализация этой стратегии возможна через первичную медико-социальную помощь в соответствующих ей учреждениях<sup>1</sup>.

В 1978 г. в Алма-Ате прошла крупнейшая международная конференция, на которой была разработана концепция ПМСП и принята соответствующая резолюция - Алма-атинская декларация.

Самые многочисленные учреждения, в которых оказывается первичная медико-социальная помощь, - амбулаторно-поликлинические; в них ПМСП оказывается участковыми и цеховыми врачами (терапевтами, педиатрами), врачами общей практики (семейными врачами), а также средними медицинскими работниками в фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах.

Система ПМСП должна обеспечивать не только лечебную, но и профилактическую работу, а также организацию медицинской помощи прикрепленному населению.

В настоящее время у нас в стране первостепенное значение уделяется амбулаторно-поликлиническим учреждениям, на которые приходится 80-90% всех посещений. К 2005 г. ПМСП в России оказывали около 16 000 амбулаторно-поликлинических учреждений, в которых работало около 60 000 врачей, в том числе свыше 45 000 участковых терапевтов и 30 000 участковых педиатров; пока немного врачей общей практики - немногим более 4 тысяч.

Эта стратегия и соответствующие программы продолжены ВОЗ и в XXI веке.

Число оперативных вмешательств, произведенных в поликлиниках, возросло в 1990-2005 г. более чем на 20%, составив 6,0 млн в 2005 г. Число посещений на 1 жителя в год (включая скорую и неотложную медицинскую помощь) снизилось с 11,0 в 1985 г. до 9,0 в 2005 г.

Функции врача общей (семейной) практики значительно шире обязанностей участкового терапевта, педиатра и включают часть услуг, оказываемых врачами-специалистами. С приоритетным развитием ПМСП и введением врача общей практики связано совершенствование медицинской помощи населению Российской Федерации. Намечается последовательное увеличение числа ВОП (до 7,5 тысяч в 2007 г.).

Функции введения врача общей практики:

- обеспечение объема и качества предоставляемой населению амбулаторно-поликлинической лечебной и профилактической помощи;

- повышение доступности наиболее частых услуг, входящих в структуру специализированной помощи;

- изучение условий и образа жизни членов семьи.

Врачи общей практики (семейные врачи) обязаны осуществлять динамическое наблюдение за всеми членами семьи, своевременно проводить профилактические мероприятия.

До 95% опрошенных врачей и пациентов высказались за целесообразность лечения всех членов семьи одним и тем же врачом, считая деятельность такого врача более эффективной по сравнению с работой участкового врача. При работе врача общей практики (семейного врача) уменьшается число направлений на консультации к врачам других специальностей, число обследований, повышается внимание к здоровью всех членов семьи, экономится время пациентов и врача.

Для совершенствования работы врачей общей практики (семейных) полезно изучать опыт такой деятельности в странах, где это - традиционная служба здравоохранения (Франция, Великобритания, Куба и др.)

### **7.3. Организация амбулаторно-поликлинической помощи**

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается амбулаториями и поликлиниками, входящими в состав больниц, самостоятельными городскими поликлиниками, сельскими врачебными амбулаториями, диспансерами, узкоспециализированными поликлиниками (стоматологические, физиотерапевтические и др.), женскими консультациями, здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами. В стране имеется более 16 000 амбулаторно-поликлинических учреждений, число посещений в них к врачам ежегодно более 1,0 млрд. На 1 городского жителя в среднем приходится 9,0 посещений к врачам (2005). Почти 80% всех обратившихся за медицинской помощью начинают и заканчивают лечение в условиях поликлиники.

Среди амбулаторно-поликлинических учреждений ведущими являются поликлиника и амбулатория, которые составляют более 75% учреждений внебольничного типа, а число врачебных посещений в них - около 85%.

**Поликлиника** - это специализированное ЛПУ, в котором оказывается медицинская помощь приходящим больным, а также больным на дому, осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению заболеваний и их осложнений. Городскому населению в основном оказывает помощь городская поликлиника. Если поликлиника предназначена исключительно или в основном для оказания медицинской помощи работникам промышленных предприятий, строительных организаций и предприятий транспорта, то ее считают медико-санитарной частью (или основным подразделением медико-санитарной части).

**Амбулатория** отличается от поликлиники уровнем специализации и объемом деятельности. В амбулатории ведут прием по одной специальности или небольшому числу специальностей: терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, педиатрии и др.

Поликлиники различают по организации работы (объединенные со стационаром и необъединенные - самостоятельные), по территориальному признаку (городские и сельские), по профилю (общие для обслуживания взрослого и детского населения и поликлиники, обслуживающие только взрослое или только детское население, специализированные: стоматологические, физиотерапевтические, курортные и др.).

Деятельность поликлиник регламентируется Приказом министра здравоохранения СССР ? 1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений» (1981) с последующими изменениями.

Мощность учреждения и численность персонала определяются на основании численности обслуживаемого населения и ожидаемого числа посещений. По числу врачебных посещений в смену от 1200 и более до 250 выделяют 5 групп поликлинических учреждений, рассчитывают штаты, определяют организационную структуру, а финансовые органы следят за выполнением так называемого планового объема работы.

Основные структурные подразделения городской поликлиники:

- руководство поликлиники (главный врач, его заместители);
- регистратура со столом справок;

- лечебно-профилактические подразделения: терапевтическое, цеховое терапевтическое, хирургическое, травматологическое, стоматологическое, зубопротезное, офтальмологическое, оториноларингологическое, неврологическое, физиотерапевтическое отделения (кабинеты), отделение реабилитации и ЛФК; кардиологический, ревматологический, эндокринологический кабинеты, кабинет инфекционных заболеваний, женская консультация; врачебные и фельдшерские здравпункты, диспансерное отделение, отделение скорой и неотложной помощи и др.;

- вспомогательно-диагностические подразделения: рентгеновское отделение (кабинет), лаборатория, отделение (кабинет) функциональной диагностики, эндоскопический кабинет, кабинет учета и медицинской статистики, административно-хозяйственная часть и др.

По решению руководства в поликлинике могут быть организованы другие подразделения: стационарзамещающие краткосрочные отделения (палаты), так называемые дневные стационары, а также центры здоровья, отделение нетрадиционных методов лечения на основе платных медицинских услуг и хозрасчетной деятельности и др.

Городская поликлиника, организуемая в городах, рабочих поселках и поселках городского типа, строит свою работу по **участково-территориальному принципу**. Прикрепленные работники промышленных предприятий, строительных организаций и предприятий транспорта обслуживаются по цеховому (производственному) принципу. К каждому участку прикрепляются врачи и медсестры, которые оказывают помощь населению участка. По участковому принципу строят работу терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи, фтизиатры и по возможности другие специалисты.

Самым массовым видом амбулаторно-поликлинической помощи является терапевтическая, организованная по участковому принципу. **Врачебный терапевтический участок** - важнейшее звено в системе оказания медицинской помощи, а участковый терапевт - ведущая фигура на участке и в системе охраны здоровья населения. Численность взрослого населения терапевтического участка в настоящее время составляет в среднем 1700, цехового - 1600 человек (на ряде производств в зависимости от условий труда на цеховые участки - до 2000 человек и меньше 1000 человек).

**Участковый врач** - это не только клиницист, это организатор здравоохранения на этапе ПМСП. Участковому врачу нужны знания основ общественного здоровья и здравоохранения, клинической медицины, социологии и психологии семьи. Участковый врач должен быть исследователем состояния здоровья населения своего участка и факторов, на него влияющих, должен совершенствовать деятельность, внедрять новые методы диагностики и лечения, элементы научной организации труда.

Хороший участковый врач - это, по существу, врач общей практики.

В соответствии с положением «О враче-терапевте участковой поликлиники (амбулатории)» участковый терапевт обязан обеспечить:

- своевременную квалифицированную терапевтическую помощь населению участка в поликлинике (амбулатории) и на дому;



- экстренную медицинскую помощь больным независимо от их места жительства в случае непосредственного обращения при возникновении острых состояний, травм, отравлений;

- своевременную госпитализацию терапевтических больных с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации;

- консультацию больных, в необходимых случаях совместно с заведующим терапевтическим отделением, врачами других специальностей поликлиники (амбулатории) и других учреждений здравоохранения;

- использование современных методов профилактики, диагностики и лечения больных, в том числе комплексной терапии и восстановительного лечения (медикаментозные средства, диетотерапия, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия и др.);

- экспертизу временной нетрудоспособности больных в соответствии с действующим положением об экспертизе временной нетрудоспособности;

- организацию и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка (выявление, взятие на учет, динамическое наблюдение, лечебно-оздоровительные мероприятия), анализ эффективности и качества диспансеризации;

- организацию и проведение профилактических прививок и дегельминтизации населения участка;

- раннее выявление, диагностику и лечение инфекционных заболеваний, немедленное сообщение заведующему терапевтическим отделением и врачу кабинета инфекционных заболеваний обо всех случаях инфекционных заболеваний или подозрительных на инфекцию больных, о пищевых и профессиональных отравлениях, обо всех случаях невыполнения противоэпидемических требований инфекционными больными, направление в соответствующий отдел СЭС экстренного извещения об инфекционном заболевании;

- систематическое повышение своей квалификации и уровня медицинских знаний участковой медсестры;

- активное и систематическое проведение медико-просветительной работы среди населения участка, борьбу с вредными привычками.

Участковый терапевт работает по графику, утвержденному заведующим отделением, в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема больных, помощь на дому, профилактическая и другая работа. Распределение времени приема и помощи на дому зависит от численности и состава населения участка, от сложившейся посещаемости и др.

Работа участкового терапевта поликлинического отделения больницы строится по системе чередования (работа в поликлинике, на участке и в стационаре).

Для повышения квалификации участковых врачей направляют в институты (факультеты) последипломного образования, на курсы усовершенствования и специализации при медицинских высших учебных заведениях, научно-исследовательских учреждениях не реже 1 раза в 5 лет.

Профилактическая работа состоит, прежде всего, в широком применении врачами амбулаторно-поликлинических учреждений, особенно участковыми терапевтами, **диспансерного метода**. Это активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов (здоровых и больных) населения с целью раннего выявления заболеваний, взятия на учет и комплексного лечения больных, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, по предупреждению возникновения и распространения заболеваний, формированию здорового образа жизни.

В современных условиях развивающейся специализации в медицине участковый врач более подготовлен к «целостному» пониманию больного, чем «узкий» специалист, так как он наблюдает больного в социальной среде: дома, в семье, в будни и праздники, видит его быт, часто труд, взаимоотношения, знает его бюджет, атмосферу семьи. Кроме того, участковый врач сопоставляет и синтезирует заключения специалистов, вместе с ними составляет план лечения больных участка.

Таким образом, у нас созданы условия развития концепции «семейного» врача, обладающего знанием не только патологии внутренних органов, но и ряда других специальностей и способного оказать ПМСП.

**Регистратура** - структурное подразделение поликлиники, в котором записывают на прием к врачам. Работниками регистратуры могут быть лица, имеющие среднее образование и подготовленные учреждением к выполнению своих обязанностей. На должность заведующих регистратурой назначаются преимущественно лица, имеющие среднее медицинское образование.

Регистратура может быть централизованной, когда она является единой для учреждения, и децентрализованной, когда регистратур несколько и они записывают на прием к педиатрам, стоматологам, акушерам-гинекологами и др. В ряде поликлиник практикуется самозапись больных на прием к врачам. Для этого на специальных столах лежат талоны на прием к разным врачам в разные дни недели и в разное время. Пациент выбирает удобное для него время приема и приходит на прием с амбулаторной картой, которая хранится у него дома. Талон на прием больному может дать врач на приеме.

Специально выделенные регистраторы записывают к врачам цеховых участков, оформляют выданные врачами больничные листы, регистрируют вызовы врачей к больным на дом. На одного из регистраторов возлагаются функции работника справочного стола.

Медицинская карта амбулаторного больного - единый документ, в ней регистрируются заболевания, по поводу которых больной обращается в поликлинику, что помогает врачу правильно и своевременно ставить диагноз и назначать лечение. Для более быстрого знакомства врача с перенесенными больным заболеваниями диагнозы записывают на первой странице амбулаторной карты - в листе уточненных диагнозов.

Рядом с регистратурой на видном месте на стендах вывешивают названия улиц, входящих в состав участков района обслуживания поликлиники, названия кабинетов и отделений с указанием этажа, номера комнаты, графика работы каждого врача и т.д.

**Медицинская помощь на дому** - один из основных видов деятельности поликлиники. Врачебная помощь на дому оказывается круглосуточно: с 9 до 19 ч - участковым врачом, в остальное время в неотложных случаях - врачом скорой и неотложной помощи.

При оформлении вызова врача на дом выясняют состояние больного, и в экстренных случаях дежурный врач (при отсутствии или занятости участкового врача) выезжает к больному немедленно. В экстренных случаях, требующих госпитализации, вызывается скорая медицинская помощь. Данные о вызове заносят в журнал. Последующие посещения врачом больного на дому называются активными, если они сделаны по инициативе врача, без вызова больным.

Врач обеспечивает проведение клинко-диагностических исследований, выполнение медсестрой лечебных процедур, консультирует больного с врачами других специальностей.

Во всех случаях, в которых показана госпитализация, больных направляют в стационар больницы. При отсутствии показаний к госпитализации или при организационных трудностях участковый врач организует уход за больным на дому - **стационар на дому**. Для этой цели могут привлекаться члены Общества Красного Креста - активисты, санитарные уполномоченные и медсестры. В поликлиниках, объединенных со стационаром, возможны организация питания из кухни больницы, выдача во временное пользование белья и предметов ухода за больным.

При ряде заболеваний больным, лечущимся в амбулаторно-поликлинических учреждениях и на дому, выдают рецепты для бесплатного получения медикаментов. Специальный приказ определяет такие группы больных. Нагрузку врача по помощи на дому рассчитывают в каждом учреждении, исходя из фактических затрат времени. Для оказания помощи больным на дому поликлиники снабжают врачей специальными медицинскими сумками с набором приборов, инструментов и медикаментов. Такими же сумками обеспечиваются и медсестры участков. Медсестры посещают больных, которым назначены лечебные процедуры или которых следует посещать в целях диспансерного наблюдения.

В деятельности поликлиник большую роль играет **заведующий отделением**. Он назначается не менее чем при 9 врачебных должностях в терапевтическом и 8 - в

хирургическом отделении. При меньшем числе должностей один из специалистов выполняет функции заведующего отделением.

В функции заведующего отделением входят составление совместно с врачами отделения графика и плана лечебно-профилактической работы, руководство и контроль за организацией лечебно-диагностического процесса, его качества и эффективности, экспертиза временной нетрудоспособности и др. Эту работу заведующий отделением выполняет, периодически участвуя в приемах врачами, посещая в необходимых случаях больных на дому. Заведующий отделением знакомится с ведением медицинской документации; проводит совместно с врачами экспертизу временной нетрудоспособности больных, оценивает качество оказанной больным медицинской помощи. Важными функциями заведующего отделением являются повышение квалификации медицинского персонала, проведение конференций, занятий по освоению современных методов диагностики и овладения техникой различных лечебных процедур, систематическая экспертиза качества и эффективности лечебно-диагностической работы врачей.

В поликлиниках имеется следующая оперативно-учетная документация:

- медицинская карта амбулаторного больного;
- статистический талон для регистрации заключительного (уточненного) диагноза;
- экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку;
- талон на прием к врачу;
- книга записи вызовов врача на дом;
- дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации;
- контрольная карта диспансерного наблюдения;
- список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру;
- сводная ведомость заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению;
- листок нетрудоспособности;
- талон направления на госпитализацию;
- направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты;
- врачебное свидетельство о смерти;
- журнал учета инфекционных заболеваний;

- журнал для записи заключений ВКК;
- книга регистрации листков нетрудоспособности;
- рецепт (взрослый, детский);
- рецепт на получение лекарства, содержащего наркотические вещества;
- рецепт на получение лекарства бесплатно, с оплатой 50, 20% стоимости и др.

С введением медицинского страхования в некоторых поликлиниках используется единый талон амбулаторного пациента, в котором регистрируются сразу посещение, обращение и медицинские услуги. Последние шифруются по МКБ.

На правах структурного подразделения в поликлинике организуются **кабинеты медицинской статистики**, непосредственно подчиняющиеся главному врачу или его заместителю по лечебной работе, для:

- организации статистического учета;
- контроля за ведением документации и достоверностью содержащейся в ней информации;
- составления сводных учетных документов;
- составления периодического и годового статистического отчета;
- разработки учетных и отчетных статистических документов;
- участия в анализе деятельности учреждения на основании этих разработок;
- рациональной организации хранения учетных документов текущего года.

Кабинет медицинской статистики работает в тесном контакте со всеми структурными подразделениями поликлиники и врачами.

Важнейший документ - годовой статистический отчет, который в установленные сроки представляется вышестоящему органу управления здравоохранением.

Руководителям учреждений здравоохранения предоставлено право разрабатывать индивидуальные нормы нагрузки врачей амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) в зависимости от конкретных условий (демографического состава населения, инвалидности, компактности участков, обеспеченности автотранспортом, эпидемических ситуаций и т.д.). Руководителям учреждений здравоохранения разрешается, исходя из производственной необходимости, усиливать отдельные структурные подразделения или вводить должности, не предусмотренные для них штатными нормативами, за счет должностей других структурных подразделений в

пределах установленных учреждению численности должностей и фонда заработной платы, при этом допускается замена должностей в любом порядке.

Нормативные акты по труду имеют рекомендательный характер.

Отраслевые нормативные акты по труду являются рекомендательными, штатные нормативы (11,0 врачебной должности на 10 000 населения) используются как пособие при определении численности должностей медицинского персонала.

Как пример можно привести следующие расчеты (они разные в разных учреждениях, на разных участках). Расчетное время на первичное посещение у участкового терапевта равно 22 мин, на повторное посещение - 16 мин. Кратность посещений составляет 2,5. Средние затраты времени на лечебно-диагностическое посещение в поликлинике равны примерно 18 мин. Норма нагрузки (обслуживания) - количество работы, выполняемой в единицу времени (60 мин) для врачей амбулаторного приема (человек в час), составляет 3. Плановая функция врачебной должности выражается в числе посещений к врачу в течение года и округленно составляет 5600 посещений. Программой госгарантий бесплатной медицинской помощи был определен «показатель объема амбулаторно-поликлинической помощи» - число посещений на 1000 человек - 9000 посещений, в том числе по базовой программе ОМС - 8000.

Врачи поликлиники работают 5 дней в неделю с двумя выходными днями. Ежедневно из 6,5-часового рабочего дня в среднем 0,5 ч затрачивается на работу, не связанную с лечебно-диагностической и профилактической деятельностью (конференции, совещания, служебные разговоры, необходимое личное время и т.д.). Таким образом, расчет численности должностей врачей амбулаторного приема производится по объему работы. Структуру врачебных должностей определяет руководство поликлиники.

Численность среднего и младшего персонала в амбулаторно-поликлинических учреждениях определяется в зависимости от численности врачебного персонала. Рекомендуемое соотношение зависит от типа учреждения и составляет в среднем для городских поликлиник 1:2,2, а для амбулаторно-поликлинических подразделений учреждений, расположенных в городах и поселках с численностью населения менее 25 000 человек, 1:(3,5-5,0) и зависит от характера расселения.

В последнее время принята контрактная система приема на работу сотрудников. Оплата труда производится по тарифной сетке с учетом квалификационной характеристики (категории), в некоторых учреждениях - с учетом выполняемого объема и качества работы. Содержание работы сотрудников, кабинетов, отделений определяют должностные инструкции.

Единого табеля оснащения поликлиник (и стационаров), к сожалению, нет. Учреждение оснащается в зависимости от материально-технических возможностей и инициативы руководства (сотрудников).

Время и организацию работы сотрудников определяет руководство поликлиники с учетом законодательства по труду: поликлиника должна работать 5 дней в неделю (в субботу и воскресенье работает отделение неотложной помощи).

На 2006 и последующие годы национальным проектом «Здоровье», принятым по инициативе Президента РФ В.В. Путиным, предусмотрены значительные добавки к действующим программам и планам в области здравоохранения, и прежде всего первичной медико-санитарной помощи. Основные направления национального проекта «Здоровье» предусматривают развитие первичной медицинской помощи, профилактического направления медицинской помощи, повышение доступности высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи и другие важные меры. Существенно увеличено ассигнование на проект, особенно на первичную медицинскую помощь. Например, только на развитие на 2 года (2006, 2007) выделяется свыше 68 млрд руб.

Предусмотрено увеличение на 3 тыс. числа ВОП, сокращение коэффициента совместительства (до 1,4 и ниже), повышение уровня квалификации врачей, снижение сроков ожидания диагностических исследований, срока износа диагностического оборудования, дополнительное оснащение ЛПУ медицинским оборудованием, машинами «скорой помощи» (более 12 тыс. за 2 года). Участковые врачи-терапевты, педиатры стали дополнительно к своим ставкам получать по 10 тыс. руб., а младшие медицинские сестры по этим программам - 3 тыс. руб. в месяц. Поднята заработная плата работникам скорой и неотложной помощи и в соответствии с планами повышается зарплата другим врачам и медицинскому персоналу. Усиливается диспансеризация и ее финансовое обеспечение - с 2006 и в последующие годы.

В «Медицинской газете» (от 24.11.2006 г.) по поводу национального проекта сказано: «На начало 2006 г. физический износ медицинского оборудования (в том числе и в первичных звеньях - прим. Ю.Л.) в медицинских учреждениях составлял более 65%, санитарного автотранспорта - более 55%, укомплектованность медицинским персоналом в первичном звене - 60%. Из них больше половины - лица предпенсионного и пенсионного возраста. Ежегодно из 21 тыс. выпускников медицинских вузов лишь 0,2% приходили на работу в первичное звено, не было ни моральных, ни материальных стимулов, а время энтузиастов прошло. Все эти годы отсутствовала эффективная политика, направленная на развитие массового здравоохранения.

И вот теперь появился шанс, что в отечественном здравоохранении наконец-то произойдут перемены к лучшему».

#### **7.4. Организация стационарной медицинской помощи**

В настоящее время (2005) в системе здравоохранения Российской Федерации функционирует около 8,0 тыс. (7835) больничных учреждений (в 1990 г. - 12,5 тыс.), имеющих 1672,1 тыс. коек. Обеспеченность больничными койками снизилась с 130,5 на 10 000 населения в 1990 г. до 121,5 в 1992 г. и 108,2 в 1999 г., до 95 в 2005 г.

Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре практически не изменилась: 16,6 дня в 1990 г., 17,0 дня в 1992 г. и

15,8 дня в 1999 г., 13,7 в 2005 г., но среднее число дней занятости койки возросло с 289 до 327. Показатель госпитализации снизился: в 1985 г. он составлял 24,4 на 100 человек населения, в 1999 г. - 20,9, и в 2005 г. - 23,5.

Кризис здравоохранения, безусловно, охватил и больничные учреждения. Это проявляется, прежде всего, в том, что значительная часть коечного фонда не отвечает требованиям санитарных норм и правил, а материально-техническая база не позволяет вести лечебно-диагностический процесс в соответствии с современными требованиями. Коечный фонд во многих случаях используется в недостаточной мере и не по назначению. Занятость койки на протяжении последних лет значительно ниже нормативной и составляла в среднем 290-307 дней в году, 30-50% пациентов не нуждались в госпитализации и могли бы пройти обследование и получать лечение на догоспитальном этапе. Вместе с тем до 70% финансовых и материально-технических ресурсов вкладывается в развитие стационарной медицинской помощи.

Внедрение экономических методов управления отраслью, системы ОМС и потребность в повышении конкурентоспособности лечебно-профилактических учреждений способствуют структурной перестройке здравоохранения, в том числе стационарной медицинской помощи. Эта реорганизация должна идти по следующим основным направлениям в соответствии с концепцией развития здравоохранения и медицинской науки (1997), учитывающей интенсивность лечебно-диагностического процесса.

1. Организация больниц (отделений) с высокой интенсивностью лечебно-диагностического процесса. В основном это стационары, в которых оказывается экстренная интенсивная медицинская помощь. Эти ЛПУ должны быть оснащены соответствующим медицинским оборудованием, иметь значительно более высокую обеспеченность медицинскими кадрами, лекарственными средствами, мягким инвентарем и др.

Число коек в таких стационарах составляет до 20% общей коечной мощности, средние сроки пребывания в них небольшие, необходимые только для купирования острых состояний, в дальнейшем больные должны переводиться в другие лечебные учреждения.

2. Больницы (отделения), ориентированные на лечение плановых больных среднесрочного пребывания, т.е. на восстановительное лечение. Соответственно стандарты оснащения, кадрового и иного обеспечения у таких стационаров иные, другие средние сроки пребывания больного на койке, другая нагрузка персонала. Примерная численность коек в больничных учреждениях этого типа составляет до 50% общей коечной мощности.



3. Больницы (отделения) долечивания и медицинской реабилитации в основном больных с хроническими заболеваниями. Число коек в них составляет до 20% от общей коечной мощности.

4. Медико-социальные больницы (отделения) - больницы сестринского ухода, хосписы. В такие учреждения могут направлять пациентов органы и учреждения здравоохранения и социального обеспечения. Такие учреждения могут составлять до 20% общей коечной мощности.

При этом сохраняются и будут развиваться федеральные, региональные центры специализированной медицинской помощи разных профилей, в которых будут применяться новейшие медицинские технологии лечения и диагностики.

Современная система оказания больничной помощи должна обеспечиваться развитием специализации и внедрением, как правило, дорогостоящих новейших технологий.

Современное реформирование здравоохранения направлено на интенсификацию стационарной медицинской помощи, сокращение (на 20% и более) числа неполно используемых коек, уменьшение сроков пребывания больных на койке, передачу части стационарной помощи амбулаторно-поликлиническим учреждениям, стационарам на дому и другим нестационарным ЛПУ (так называемые полустационары или стационарзамещающие, доля которых достигает более 15% всех ранее предоставляемых услуг в дневных, т.е. обычных, стационарах).

В настоящее время международный стандарт определяет оптимальный размер больницы общего типа в 600-800 коек, а допустимый минимальный размер - 300-400 коек, что дает возможность развернуть больничные койки по 5-7 основным специальностям и улучшает управление ими.

Ведущее больничное учреждение - **городская больница** - ЛПУ, обеспечивающее квалифицированное обслуживание населения на основе достижений современной медицинской науки и техники.

По виду, объему и характеру оказываемой медицинской помощи и организации работы городская больница может быть:

- по профилю - многопрофильной или специализированной;
- по организации - объединенной или не объединенной с поликлиникой;
- по объему деятельности - различной категоричности (коечной мощности).

Структура объединенной больницы представлена ниже (табл. 44). Основная задача городской больницы - оказание высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи населению.

**Таблица 44.** Структура объединенной больницы. Главный врач объединенной больницы

Стационар, зам. главного врача по лечебной работе	Поликлиника, зам. главного врача по поликлинике	АХЧ, зам. главного врача по АХЧ	Зам. главного врача по оргметодработе
<p><i>Отделения</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- хирургическое</li> <li>- терапевтическое</li> <li>- травматологическое</li> <li>- анестезиологии</li> <li>- сосудистое</li> <li>- реанимационное и интенсивной терапии</li> <li>- гипербарической оксигенации</li> <li>- неврологическое</li> <li>- операционный блок</li> <li>- нефрологическое</li> <li>- урологическое</li> <li>- реабилитации</li> <li>- патолого-анатомическая и гистологическая лаборатории и др.</li> </ul>	<p><i>Отделения</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- терапевтическое.</li> </ul> <p>Кабинеты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- эндокринолога</li> <li>- кардиолога</li> <li>- дерматолога</li> <li>- пульмонолога</li> <li>- невропатолога</li> <li>- хирургическое.</li> </ul> <p>Кабинеты: -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>травматолога</li> <li>проктолога</li> <li>уролога</li> <li>нейрохирурга</li> <li>лечебно-диагностическое</li> <li>эндоскопическое</li> <li>рентгеновское с компьютерной томографией</li> <li>- УЗИ и функциональных методов исследования</li> <li>- лаборатория</li> <li>- физиотерапевтическое с ЛФК</li> </ul>	<p><i>Хозяйственные службы</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гараж</li> <li>- сантехники</li> <li>- слесарь</li> <li>- лифтеры</li> <li>- прачечная</li> <li>- холодильники</li> <li>- вентиляция</li> <li>- отдел кадров</li> <li>- бухгалтерия</li> <li>- планово-экономический отдел</li> <li>- юридический отдел</li> <li>- оперативный отдел</li> <li>- организационно-методический отдел</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- отдел кадров</li> <li>- бухгалтерия</li> <li>- планово-экономический отдел</li> <li>- юридический отдел</li> <li>- оперативный отдел</li> <li>- организационно-методический отдел</li> </ul>

Важный раздел деятельности - преемственность в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационаром, которая достигается:

- взаимной информацией между врачами поликлиники и стационара о состоянии больных, направленных на госпитализацию и выписанных из стационара (направление выписки из амбулаторной карты в стационар при госпитализации планового больного и выписки из истории болезни в поликлинику и др.);

- активным привлечением врачей стационара к участию в диспансеризации и анализу ее эффективности;

- осуществлением специалистами стационара мероприятий по повышению квалификации врачей поликлиники (совместные клинические конференции, анализ ошибок, проведение консультаций и т.п.), участие в повышении квалификации врачей (курсы, обучение на рабочих местах и т.п.).

По профилю среди больничных учреждений преобладают многопрофильные или общие стационары, в которых имеются отделения по различным врачебным специальностям. Специализированные стационары, такие как, например, кардиоревматологические, инфекционные, гастроэнтерологические, пульмонологические,

дерматовенерологические, родильные дома, офтальмологические, обычно расположены в крупных городах.

Как общие, так и специализированные стационары, могут быть клиническими базами медицинских вузов, университетов, академий, научно-исследовательских институтов. Например, на базе городских больниц № 15 и № 57 Москвы расположен ряд клинических кафедр Российского государственного медицинского университета.

В стране создан ряд центров специализированной медицинской помощи в качестве научных, организационно-методических и лечебно-диагностических объединений по важным клиническим специальностям. Они ведут поиск новых эффективных средств и методов профилактики, диагностики и лечения соответствующих заболеваний, разрабатывают рациональную организацию специализированной медицинской помощи, готовят высококвалифицированные кадры. Имеются такие центры по онкологии, хирургии, кардиологии, пульмонологии, нефрологии, гастроэнтерологии, охране здоровья матери и ребенка.

По организации работы преобладающее учреждение здравоохранения - объединенная больница, во главе которой стоит главный врач. Он отвечает за всю лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность учреждения. Главный врач объединенной больницы имеет заместителей по медицинской, поликлинической и административно-хозяйственной работе. Главный врач организует и контролирует правильность и своевременность обследования и лечения больных, уход за ними, диспансерное обслуживание, проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в районе деятельности, повышение квалификации медицинского персонала, правильность ведения историй болезни, обеспеченность больницы медицинским и хозяйственным оборудованием. Он систематически анализирует показатели деятельности больницы, утверждает планы работы и смету больницы, контролирует правильность расходования материалов и медикаментов, отвечает за санитарное состояние больницы, за подбор и расстановку кадров.

Заместитель главного врача по медицинской части отвечает за качество всей медицинской деятельности больницы; непосредственно руководит лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работой больницы; проверяет эффективность лечебно-профилактических мероприятий; анализирует каждый случай смерти в стационаре и на дому; обеспечивает правильную организацию лечебного питания и ЛФК; организует консультативную помощь больным.

Заместитель главного врача по поликлинике непосредственно руководит работой поликлиники и организует поликлиническую помощь населению; разрабатывает планы лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий поликлиники и обеспечивает их выполнение; назначает контрольно-экспертную комиссию и руководит ее работой; организует диспансерное наблюдение за установленными контингентами населения и осуществляет контроль за его качеством и эффективностью; систематически изучает заболеваемость населения района обслуживания.

Заместитель (помощник) главного врача по административно-хозяйственной части руководит всей административно-хозяйственной деятельностью больницы, обеспечивает снабжение предметами хозяйственного оборудования и инвентарем, продуктами питания, топливом, горячей водой, освещением, организует питание больных, отопление, проведение ремонта, противопожарные меры, бельевое хозяйство, транспорт и др.

Основные статистические учетные формы по стационару:

- медицинская карта стационарного больного (история болезни);
- листок учета больных и коечного фонда;
- карта выбывшего из стационара;
- больничный лист.

Эти и другие учетные статистические формы используются при составлении годового отчета (см. выше).

Для анализа деятельности стационара рассчитывают среднегодовую занятость койки, оборот койки, среднюю длительность пребывания больного в стационаре, летальность, частоту расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов.

## **7.5. Организация медицинской помощи сельскому населению**

Сельские жители в России к концу XX века составляли 23% всего населения. Принципиального отличия в организации медицинской помощи жителям сельской местности нет, но есть особенности, которые обусловлены особенностями сельского труда и быта. Это, прежде всего, значительно меньшая, чем в городе, плотность населения, сезонный характер труда, состояние дорог и др.

Основными особенностями организации медицинской помощи сельскому населению являются: этапность; наличие специальных медицинских учреждений на селе; применение специальных организационных форм и методов работы.

Этапы оказания врачебной помощи: 1-й этап - сельский врачебный участок и его медицинские учреждения; 2-й этап - медицинские учреждения района; 3-й этап - регион и его медицинские (областные) учреждения.

Основные учреждения на 1-м этапе - участковая больница или самостоятельная врачебная амбулатория; на 2-м этапе - центральная районная больница; на 3-м этапе - областная (краевая, республиканская) больница.

Кроме того, в необходимых случаях сельские жители получают медицинскую помощь в городских учреждениях здравоохранения, научно-исследовательских институтах, клиниках медицинских вузов.

Основные функции участковой больницы и врачебной амбулатории - оказание первой квалифицированной врачебной помощи и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий; центральной районной больницы - оказание специализированной помощи по основным ее видам; областной больницы - оказание высококвалифицированной специализированной помощи по всем видам.

**Сельский врачебный участок** - это первое звено, **1-й этап** в системе медицинского обслуживания сельского населения.

В состав сельского врачебного участка, помимо сельской участковой больницы или самостоятельной врачебной амбулатории, входят фельдшерско-акушерские пункты, колхозные родильные дома, сезонные и постоянные ясли, фельдшерские здравпункты при промышленных предприятиях и промыслах. Сеть этих учреждений строится в зависимости от расположения и величины населенных пунктов, радиуса обслуживания, экономики района и состояния дорог.

Число сельских врачебных участков в районе в основном определяется численностью населения и расстоянием до центральной районной больницы. Средняя численность населения на врачебном участке колеблется от 5000-7000 жителей при оптимальном радиусе участка 7-10 км (расстояние от села, в котором расположена сельская участковая больница, до самого отдаленного населенного пункта сельского врачебного участка). Однако в зависимости от природных и экономико-географических факторов, влияющих на доступность медицинской помощи, размеры врачебных участков и численность населения на них могут быть различными. На Севере, например, радиус участка колеблется в пределах от 50 до 100 км. Число сельских населенных пунктов, приходящихся на врачебный участок, также различно и зависит от характера расселения, средней заселенности сельских населенных пунктов и развития дорожной сети.

Все медицинские учреждения, входящие в состав врачебного участка, организационно объединены и работают по единому плану под руководством главного врача участковой больницы.

Ближайшее медицинское учреждение, в которое обращаются сельские жители за медицинской помощью, - **фельдшерско-акушерский пункт**. Он играет важную роль в общей системе медицинской помощи сельскому населению. Фельдшерско-акушерские пункты остаются одной из особенностей сельского здравоохранения, обусловленной приближением медицинской помощи к населению при большом радиусе обслуживания участковой больницей и невысокой плотности населения.

Рекомендуемый норматив числа жителей для организации фельдшерско-акушерского пункта - 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения не менее 5 км. Если расстояние до ближайшего медицинского учреждения превышает 7 км, то фельдшерско-акушерский пункт можно организовать в населенных пунктах с числом жителей 300-500.

Основными задачами фельдшерско-акушерского пункта являются:

- оказание доврачебной помощи;
- проведение санитарно-оздоровительных и противоэпидемических мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и травматизма;
- повышение санитарно-гигиенической культуры и медицинской активности населения.

В настоящее время действует положение о фельдшерско-акушерском пункте, утвержденное еще Приказом Минздрава СССР ? 1000 (1981), в соответствии с которым в задачи пункта входит:

- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача;
- организация патронажа детей и беременных женщин;
- систематическое наблюдение за состоянием здоровья инвалидов войн и ведущих специалистов сельского хозяйства;
- проведение под руководством врача профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий по снижению заболеваемости, прежде всего, инфекционной и паразитарной, сельскохозяйственного и бытового травматизма;
- проведение мероприятий по снижению детской и материнской смертности.

Осуществляя профилактическую работу, медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов

- непосредственно участвуют в текущем санитарном надзоре за учреждениями для детей и подростков, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой населенных пунктов, в проведении подворных обходов по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания;
- извещают территориальный санитарно-эпидемиологический центр об инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваниях, отравлениях населения и выявленных нарушениях санитарно-гигиенических требований.

Основным медицинским учреждением на сельском врачебном участке является **участковая больница** или самостоятельная врачебная амбулатория (поликлиника).

Характер и объем медицинской помощи в участковой больнице в основном определяются ее мощностью, оснащением, наличием врачей-специалистов. Однако независимо от мощности в любой участковой больнице должна быть оказана

амбулаторная и стационарная помощь терапевтическим и инфекционным больным, помощь в родах, лечебно-профилактическая помощь детям, неотложная хирургическая и травматологическая помощь, а также стоматологическая помощь.

Мощность участковой больницы зависит от радиуса обслуживания, численности и плотности населения, расстояния до районной больницы, наличия промышленных предприятий, а также от местных условий.

Различают 4 категории сельских участковых больниц: I - 75- 100 коек; II - 50-75 коек; III - 35-50 коек; IV - 25-35 коек.

Средняя мощность участковых больниц составляет примерно 35 коек.

В больницах I категории (на 75-100 коек) должны быть специализированные койки по терапии, хирургии, акушерству, педиатрии, инфекционным болезням, туберкулезу. Как правило, такие больницы оснащены клиничко-диагностическим оборудованием.

В больницах II категории (на 50-75 коек) должны быть койки по терапии, хирургии, педиатрии, акушерству, инфекционным болезням.

В больницах III категории (на 35-50 коек) должны быть койки по терапии для взрослых и детей, хирургии, акушерству и инфекционным болезням.

В больницах IV категории (на 25-35 коек) должны быть койки по терапии, хирургии и акушерству.

При сельской участковой больнице на правах отделения должна быть передвижная амбулатория для приближения квалифицированной врачебной помощи населению, что особенно важно в условиях российской действительности - бездорожья, распутицы, отдаленности медицинских учреждений от населенных пунктов.

Основными функциями **сельского врачебного участка** являются оказание лечебно-профилактической помощи населению и сани- тарно-противоэпидемическая работа.

Наиболее массовый вид медицинской помощи - **амбулаторная помощь**. Населению сельского врачебного участка ее оказывают в участковой больнице и на фельдшерско-акушерских пунктах. Врачи больницы ведут амбулаторный прием взрослых и детей, оказывают помощь на дому и неотложную помощь. Врач на селе должен быть врачом общей врачебной практики (семейным врачом), он должен быть продолжателем традиций земского врача.

Можно выделить следующие особенности в организации амбулаторной и стационарной помощи в сельской участковой больнице:

- нет четкого ограничения времени амбулаторного приема;

- прием больных нужно проводить в наиболее удобное для населения время с учетом сезонности сельскохозяйственных работ;

- возможен прием больного фельдшером в отсутствие врача;

- вызовы на дом обслуживает врач лишь в селе (где расположена участковая больница), вызовы на дом в другие населенные пункты сельского врачебного участка обслуживает фельдшер;

- выделяется 1 профилактический день в неделю у врача;

- дежурство врача в стационаре с правом пребывания дома и обязательной информацией персонала о своем местонахождении на случай необходимости оказания неотложной помощи.

Необходимо отметить продолжающуюся тенденцию сокращения маломощных сельских участковых больниц и их перепрофилирование в отделения центральных районных больниц, в учреждения социальной помощи и т.п.

**2-й этап** медицинской помощи сельским жителям - районные учреждения здравоохранения:

- центральная районная больница;

- номерные районные больницы;

- районный санэпидцентр;

- противотуберкулезный диспансер;

- медико-санитарная часть и др.

Районные медицинские учреждения находятся, как правило, в районном центре (городе или селе).

Основным звеном в системе организации медицинской помощи сельским жителям является **центральная районная больница (ЦРБ)**, в которой оказывается специализированная помощь по основным ее видам жителям всего района и соответственно всех сельских врачебных участков.

Кроме того, ЦРБ осуществляет организационно-методическое руководство всеми ЛПУ района.

Основные задачи ЦРБ:

- обеспечение населения района и районного центра квалифицированной специализированной медицинской помощью;



- оперативное и организационное методическое руководство учреждениями здравоохранения в районе;

- планирование, финансирование и организация материально-технического снабжения учреждений здравоохранения района;

- разработка и осуществление мероприятий по повышению качества медицинской помощи и улучшению здоровья населения.

Существует 6 категорий ЦРБ по мощности - от 400 до 100 коек. Средняя коечная мощность ЦРБ, расположенных в городских поселках, примерно 270 коек, расположенных в сельских поселках - 165 коек.

Помимо ЦРБ, расположенной в районном центре, на территории района могут быть другие районные больницы, так называемые номерные, которые могут выполнять функцию филиала ЦРБ или специализироваться по тем или другим видам медицинской помощи. На так называемом приписном участке, т.е. на участке, расположенном вокруг ЦРБ, нет сельской участковой больницы. В ней нет необходимости, ее функции выполняет сама ЦРБ.

Главный врач ЦРБ является одновременно и главным врачом района.

*Главный врач:*

- непосредственно осуществляет руководство деятельностью ЦРБ, отвечает за всю профилактическую, лечебную, диагностическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность больницы;

- руководит работой всех учреждений здравоохранения района.

В работе по руководству здравоохранением района и ЦРБ главный врач ЦРБ опирается на своих заместителей по организационно-методической работе (обычно он заведует оргметод кабинетом ЦРБ), по детству и родовспоможению, по медицинской части. При главном враче ЦРБ работает медицинский совет.

Медицинский совет при главном враче создается для оперативного руководства здравоохранением. В него входят ответственные

работники и специалисты: заместители главного врача, главный врач районной санэпидстанции, заведующий поликлиникой ЦРБ, заведующий центральной районной аптекой, председатель райкома профсоюзов медицинских работников, председатель райкома Общества Красного Креста и Красного Полумесяца, ведущие (главные) специалисты района (терапевт, хирург, педиатр, акушер-гинеколог и др.).

Для организационно-методического руководства учреждениями здравоохранения района используются организационно-методический кабинет и главные специалисты.

Организуются плановые выезды врачей-специалистов в сельские участковые больницы для консультаций и оказания практической помощи врачам этих учреждений по лечебно-диагностической и профилактической работе, систематического изучения работниками оргметод кабинета основных качественных показателей работы медицинских учреждений района (уровень заболеваемости, летальности, общей и детской смертности, расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов), разработки мер по повышению качества медицинской помощи, квалификации медицинского персонала.

Для повышения квалификации врачей района на базе ЦРБ проводят клинико-анатомические конференции, семинары, совещания, лекции и доклады силами районных и областных специалистов, на которых врачи знакомятся с новыми методами работы лучших ЛПУ области, региона. Специализация и повышение квалификации средних медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов проходят, как правило, также на базе ЦРБ.

Больничная помощь сельскому населению в ЦРБ оказывается по 10-15 специальностям и более: терапии, хирургии, акушерству, гинекологии, педиатрии, травматологии и ортопедии, урологии, оториноларингологии, неврологии, психиатрии, стоматологии, дерматовенерологии, офтальмологии, инфекционным болезням и др. На базе ЦРБ организуют межрайонные специализированные отделения по различным профилям (офтальмологии, ортопедо-травматологии, оториноларингологии, урологии, неврологии и др.), функции которых могут выполнять специализированные отделения стационара или поликлиники. Необходимость в таких межрайонных специализированных отделениях возникает тогда, когда ЦРБ окружающих районов не имеют возможности оказывать квалифицированную медицинскую помощь по данной специальности.

С начала 90-х годов в сельском здравоохранении происходили те же изменения, что и во всем здравоохранении: внедряли новый хозяйственный механизм, организовывались территориальные медицинские объединения (ТМО), совершается переход от государственной к бюджетно-страховой (общественной) форме здравоохранения.

Особо нужно сказать о ТМО, которые стали активно организовываться в 80-х годах, чему способствовало введение нового хозяйственного механизма. ТМО - структура медицинских учреждений района, в которой роль центрального органа управления и контроля за финансированием придавалась поликлинике или стационару при общей ответственности главного врача района. ТМО были организованы не во всех районах.

Учреждения сельского здравоохранения, работающие в системе ОМС, а значит, имеющие, помимо государственного бюджета, дополнительные источники финансирования, находятся в более благоприятном положении, так как имеют большие возможности для оснащения медицинской техникой и оборудованием, дополнительной оплаты труда персонала и т.д. Об ОМС будет подробно сказано ниже в разделе 12.

Приоритетным направлением в развитии сельского здравоохранения является укрепление и совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи: организуются

новые терапевтические и педиатрические врачебные участки, развиваются различные виды передвижной медицинской помощи, в частности, выездные врачебные бригады, передвижные стоматологические кабинеты и зубопротезные лаборатории. Большое внимание уделяется организации скорой и неотложной медицинской помощи в сельских районах, укомплектованию ее врачами и средним медицинским персоналом, оснащению современной диагностической и лечебной аппаратурой, обеспечению санитарным транспортом повышенной проходимости, телефонной связью и радиосвязью.

**3-й этап** медицинской помощи сельским жителям - региональные учреждения здравоохранения, расположенные в областном центре (краевом центре, центре автономной республики). Основное учреждение на этом этапе - областная больница (республиканская, краевая), выполняющая следующие основные функции:

- обеспечение населения области в полном объеме высококвалифицированной специализированной консультативной поликлинической и стационарной медицинской помощью;

- организационно-методическая помощь ЛПУ области в их деятельности;

- координация лечебно-профилактической и организационно-методической работы, осуществляемой всеми специализированными медицинскими учреждениями области;

- оказание экстренной медицинской помощи средствами санитарной авиации и наземного транспорта с привлечением врачей-специалистов различных учреждений;

- руководство и контроль за статистическим учетом и отчетностью ЛПУ региона;

- анализ и управление качеством медицинской помощи, оказываемой в самой областной больнице и во всех ЛПУ области;

- изучение и анализ заболеваемости, инвалидности, общей и детской смертности населения области;

- участие в разработке мероприятий, направленных на их снижение;

- обобщение и распространение передового опыта работы ЛПУ области по внедрению новых организационных форм оказания медицинской помощи населению, применению современных методов диагностики и лечения;

- проведение мероприятий по специализации и усовершенствованию врачей и среднего медицинского персонала ЛПУ области.

Таким образом, областная больница является лечебно-профилактическим, научно-организационным, методическим и учебным центром сельских районов здравоохранения региона.

Коечная мощность областной больницы зависит от численности населения области. Существует 5 категорий областных больниц мощностью от 300 до 800 коек и более. Наиболее целесообразны областные больницы на 700-800 коек со всеми специализированными отделениями. В каждой областной больнице независимо от ее мощности должны быть следующие структурные подразделения:

- стационар;
- консультативная поликлиника;
- лечебно-диагностические отделения, кабинеты и лаборатории;
- оргметод.отдел с отделением медицинской статистики;

- отделение экстренной и планово-консультативной помощи. При главном враче или при оргметод.отделе подчас организуются так называемые оперативные отделы и отделы (группы) управления качеством медицинской помощи. Оперативные отделы берут на себя

значительную часть административно-хозяйственной деятельности, а группы управления качеством организуют внутриведомственный контроль и повседневную работу по соблюдению стандартов и требований качества в стационаре и поликлинике (см. соотв. раздел).

При областной больнице должен быть пансионат для больных, поскольку они приезжают из всех районов и нуждаются в жилье на время обследования и уточнения диагноза, если их не госпитализируют.

При областной больнице должно быть общежитие для медицинских работников, так как они также приезжают со всей области на различные конференции, семинары, курсы повышения квалификации и т.д.

Консультативная поликлиника должна быть укомплектована опытными высококвалифицированными врачами-специалистами, которые в состоянии обеспечить больных, направленных из ЛПУ области, квалифицированной консультацией по установлению или уточнению диагноза, определить дальнейшее лечение и необходимость госпитализации.

Для планирования работы консультативной поликлиники в ЛПУ области рассылают определенное число путевок в соответствии с пропускной способностью поликлиники. Рациональное распределение путевок восполняет недостаток специализированной медицинской помощи в районах.

Направляемые в консультативную поликлинику больные должны быть максимально полно обследованы на месте и иметь результаты исследований на руках. Нарушение этого правила приводит к задержке больного в областном центре. Консультант областной

больницы выезжает по вызову районных специалистов, если состояние больного не позволяет перевезти его в областной центр.

Консультативная поликлиника организует плановые выездные консультации врачей-специалистов и проводит их совместно с отделением экстренной и планово-консультативной помощи.

Госпитализация в соответствующее отделение стационара областной больницы производится через приемное отделение.

Консультативная поликлиника дает медицинское заключение каждому больному, где указываются диагноз заболевания, проведенное лечение и дальнейшие рекомендации. Это заключение направляется в соответствующее ЛПУ.

Консультативная поликлиника систематически анализирует случаи расхождения диагнозов, ошибки, допущенные врачами ЛПУ районов при обследовании и лечении больных на местах. На основе этого анализа составляются конъюнктурные обзоры и информационные письма для улучшения лечебно-диагностической работы в медицинских учреждениях области.

Отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи:

- оказывает экстренную и планово-консультативную помощь на месте по вызовам из районов;

- обеспечивает транспортировку больных в специализированные врачебные учреждения области и за пределы области, срочную доставку различных медицинских препаратов и средств, необходимых для спасения жизни больных, а также для проведения срочных противоэпидемических мероприятий;

- поддерживает постоянную связь с бригадами, направленными для оказания медицинской помощи. Для этого используются средства санитарной авиации или наземного транспорта - в зависимости от тяжести заболевания, расстояния, погоды, состояния дорог, времени года и т.д.

Для выполнения перечисленных функций отделение обеспечивается санитарным транспортом, специальными хирургическими, гинекологическими наборами, наборами для переливания крови и др.

Организационно-методический отдел является структурной частью областной больницы, непосредственно подчиняется главному врачу, служит базой областной администрации здравоохранения по внедрению в практику передовых организационных форм и методов работы учреждений здравоохранения области.

Организационно-методическая работа является составной частью деятельности всех отделений больницы. Каждое отделение выполняет роль организационно-методического центра для ЛПУ области. Эту работу координирует организационно-методический отдел. Кроме того, указанный отдел:

- изучает объем и характер деятельности ЛПУ области;
- оказывает организационно-методическую и лечебно-консультативную помощь органам и учреждениям здравоохранения области;
- изучает показатели здоровья населения области;
- организует повышение квалификации кадров.

Областная больница является постоянно действующей базой повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала ЛПУ области. Оргметодотдел участвует в составлении годовых и перспективных планов повышения квалификации кадров, исходя из необходимости усовершенствования врачей не реже 1 раза в 5 лет и учитывая конкретные заявки с мест.

Большое значение в повышении квалификации врачей имеют общеврачебные или специализированные областные, межрайонные и районные научно-практические конференции, повестка дня которых разрабатывается оргметодотделом на основе пожеланий руководителей и врачей ЛПУ области.

## **7.6. Организация медицинской помощи работникам промышленных предприятий**

Медицинское обслуживание работников промышленных предприятий является дополнительной формой лечебно-профилактической помощи населению нашей страны.

В настоящее время в Российской Федерации работающие превышают 50% всего населения.

Большая часть работающих - рабочие и служащие промышленных предприятий. Медицинская помощь им обеспечивается медицинскими учреждениями в районе проживания (больницами, поликлиниками, диспансерами, женскими консультациями и др.), кроме того, специальными учреждениями - медико-санитарными частями, здравпунктами (врачебными и фельдшерскими), расположенными на территории предприятий или в непосредственной близости от них. Эти учреждения здравоохранения приближают медицинскую помощь к рабочим местам.

Система медицинской помощи на промышленных предприятиях складывалась постепенно, претерпевая изменения в соответствии с общим положением в стране и здравоохранении. Начало созданию системы медицинской помощи рабочим положило Постановление ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян (18.12.29).

На промышленных предприятиях стали организовываться здравпункты, медико-санитарные части.

Интенсивное развитие медико-санитарных частей произошло в годы Великой Отечественной войны и послевоенные годы.

В настоящее время в условиях реформирования отечественного здравоохранения и внедрения медицинского страхования медико-санитарная часть должна оставаться важной формой организации медицинской помощи рабочим и служащим. Всю лечебно-оздоровительную работу медико-санитарная часть проводит на предприятии.

Медико-санитарная часть представляет собой комплексное медицинское учреждение, в состав которого могут входить в зависимости от численности обслуживаемого контингента поликлиника, врачебные и фельдшерские здравпункты, стационар, санаторий-профилакторий, диетическая столовая, детские оздоровительные учреждения и др.

Медико-санитарные части могут быть закрытого или открытого типа в зависимости от того, какой контингент обслуживают - только ли работников данного предприятия (закрытая медико-санитарная часть) или также их семьи и население близлежащих участков (открытая медико-санитарная часть).

Все медико-санитарные части делят на 4 группы.

**1-я группа** - это медико-санитарные части федерального и ведомственного подчинения, системы бывшего «3-го Главка МЗ РФ», МПС, МГК, МВД и др. Их имущество является государственной (федеральной) собственностью, а деятельность в большей части финансируется из госбюджета.

**2-я группа** - это открытые медико-санитарные части, которые практически превратились в территориальные учреждения здравоохранения и перестали быть частью ведомственного здравоохранения. Они имеют давние связи с предприятиями и обслуживают эти предприятия на договорной основе.

**3-я группа** - это медико-санитарные части открытого типа, являющиеся собственностью субъекта федерации или муниципальной собственностью, находящиеся на балансе неприватизированных (неакционированных) предприятий. Эти медико-санитарные части имеют еще довольно прочные связи с предприятиями, что позволяет им адаптировать структуру и функционирование к потребностям населения в условиях ОМС, не лишая работающих необходимого и привычного медицинского обслуживания, в том числе по цеховому принципу.

**4-я группа**, самая малочисленная - это медико-санитарные части закрытого типа, принадлежащие приватизированным предприятиям. Им, как правило, не удается

подключиться к системе ОМС, а следовательно, их финансирование полностью обеспечивают предприятия.

В последние годы происходит структурная и функциональная реорганизация медико-санитарных частей в большинстве случаев в территориальные ЛПУ, сокращается их численность, а также численность цеховых врачебных участков, врачебных и фельдшерских здравпунктов.

### **Основные задачи и функции медико-санитарных частей:**

1. Оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи прикрепленному контингенту с целью снижения общей и профессиональной заболеваемости, производственного травматизма, трудопотерь по болезни и инвалидности, выполнение программ ОМС.

2. Разработка и осуществление совместно с администрацией предприятия (организации) и по согласованию с органами санэпиднадзора мероприятий по оздоровлению работающих.

3. Осуществление контроля за соответствием состояния здоровья работающих условиям труда.

Штаты медико-санитарных частей устанавливаются главным врачом по согласованию с учредителем. Финансирование медико-санитарных частей осуществляется из средств предприятия-учредителя, государственного бюджета, территориального фонда медицинского страхования, из средств, полученных при оказании платных медицинских услуг населению, и др.

Деятельность медико-санитарной части независимо от формы собственности регламентируется законодательными и нормативными документами по вопросам охраны здоровья населения, уставом учреждения (предприятия, организации) и Положением о МСЧ. Независимо от формы собственности медико-санитарная часть ведет учет и представляет отчеты о своей деятельности по формам и в сроки, установленные Минздравом России.

Медико-санитарные части оказывают медицинскую помощь работникам промышленных предприятий по принципу цеховой участковости. Цеховые участки организуют в соответствии с территориальной близостью и общностью технологии производства. Численность работников на одном цеховом врачебном участке составляла сначала 2000, затем 1500 (несколько меньше на предприятиях химической и горнорудной промышленности), теперь численность и состав прикрепленного контингента определяются контрактом с администрацией предприятия и территориальными органами здравоохранения.

Цеховой участок возглавляет цеховой врач-терапевт. На должность врача-терапевта участкового цехового врачебного участка (цехового врача) назначается специалист,



имеющий высшее медицинское образование по специальности «лечебное дело» и подготовку по терапии и профессиональной патологии и получивший сертификат.

Цеховой врач осуществляет свою деятельность в соответствии с условиями контракта, заключенного с администрацией предприятия промышленности, строительства, транспорта, связи.

Если предприятие (или несколько предприятий) обслуживаются территориальной поликлиникой, наряду с территориальными участками в этой поликлинике выделяются соответственно числу работающих цеховые участки, к которым прикрепляются цеховые врачи, входящие в штат поликлиники. В регистратуре такой поликлиники должно быть специальное окно для записи к цеховым врачам, работающим на прикрепленных предприятиях.

Госпитализация заболевших работников промышленных предприятий производится либо в стационар медико-санитарной части, либо на койки, специально выделенные в городских больницах.

Цеховой врач в отличие от врача-терапевта территориального участка должен знать особенности технологического процесса в обслуживаемых им цехах, неблагоприятные факторы, связанные с ним, а также вопросы профессиональной патологии. Организация работы цехового врача имеет особенности по сравнению с участковым терапевтом территориального участка; он, например, не оказывает помощь на дому, поэтому очень важна его связь с участковым врачом территориальной поликлиники для осуществления преемственности в обслуживании рабочих.

Основными элементами работы цехового врача являются:

- изучение условий труда работающих на участке и контроль за соблюдением ими правил техники безопасности;

- лечебная работа на приеме в поликлинике, в стационаре медико-санитарной части и при экспертизе трудоспособности;

- профилактическая работа в цехе;

- предупреждение и снижение травматизма;

- профилактические осмотры и диспансеризация выделенных контингентов здоровых, лиц с хроническими заболеваниями и длительно и часто болеющих;

- анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности;

- разработка и проведение оздоровительных и противоэпидемических мероприятий совместно с администрацией предприятий и по согласованию с органами санэпиднадзора

(участие в составлении и выполнении единого комплексного плана оздоровительных мероприятий).

Цеховой терапевт должен ежемесячно составлять план работы по названным разделам и выполнять его совместно с работниками здравпункта и руководством цеха. Особую важность представляет изучение цеховым терапевтом условий труда работающих на участке. Вместе с работниками здравпункта, инженером по технике безопасности, промышленно-санитарным врачом и руководством цеха цеховой врач выявляет и ведет постоянное наблюдение за рабочими местами, где имеются профессиональные вредности. Одна из главных задач деятельности цехового терапевта - профилактика профессиональных заболеваний, отравлений, повторных травм. Он должен принимать меры по устранению недостатков в санитарно-гигиеническом состоянии цехов, по ослаблению профессиональных вредностей, улучшать условия труда.

Лечебную работу в поликлинике цеховой терапевт ведет во время поликлинического приема (если медико-санитарная часть открытого типа, то и при оказании помощи на дому), а также во время работы в стационаре.

При заболеваниях и травмах он может единолично и одновременно выдать листок нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней и продлить его единолично на срок до 30 календарных дней с учетом утвержденных Минздравсоцразвития России ориентировочных сроков временной нетрудоспособности. При временной утрате трудоспособности более чем на 30 дней нетрудоспособность определяется клинико-экспертной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения. По решению клинико-экспертной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлен до полного восстановления трудоспособности, но не более чем на 10 мес., в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) - не более 12 мес. с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней.

При показаниях к госпитализации цеховой врач помещает больных в стационар медико-санитарной части или в одну из городских

больниц. В стационаре цеховой терапевт ведет 20-25 больных - работников данного предприятия.

Цеховой врач ведет большую профилактическую работу в обслуживаемом им цехе (цехах): во время посещения цеха врач обращает внимание на его санитарно-гигиеническое состояние, на соблюдение рабочими питьевого режима (особенно в горячих цехах), на состояние вентиляции в цехе, интересуется организацией питания рабочих, использованием обеденного перерыва; врач посещает фельдшерский здравпункт, где может провести профилактический осмотр; по время посещения цеха врач беседует с рабочими об условиях и образе их жизни, проводит санитарно-просветительскую работу.

Вместе с промышленно-санитарным врачом, сотрудниками отдела техники безопасности и руководством цеха цеховой врач проводит работу по профилактике производственного травматизма. Снижению травматизма содействуют:

- контроль за соблюдением рабочими правил промышленной санитарии, рациональной организацией труда, обучение рабочих правилам безопасности работы при приеме на работу и в последующем не реже 1 раза в год;

- участие в расследовании каждого случая производственной травмы;

- анализ всех случаев травматизма;

- санитарно-просветительская работа.

Важным разделом деятельности цехового врача является проведение диспансеризации работающих.

Диспансерному наблюдению подлежат здоровые (рабочие-подростки, беременные женщины, рабочие цехов и профессий с производственными вредностями, инвалиды войны, ведущие группы рабочих и служащих); больные с хроническими заболеваниями в соответствии с утвержденной инструкцией; длительно и часто болеющие.

Длительно и часто болеющим считается тот, кто перенес в год 4 этиологически однородных заболевания и более или имел 40 дней нетрудоспособности и более, или 6 этиологически разнородных заболеваний и более, или 60 дней нетрудоспособности по поводу разных заболеваний и более. Чтобы своевременно выявить длительно и часто болеющих, цеховому врачу надо 1 раз в месяц просматривать карты полицевого учета временной нетрудоспособности рабочих своего цехового участка.

Цеховой врач активно участвует в составлении единого комплексного плана оздоровительных мероприятий, внося в него свои предложения, разработанные на основе анализа временной нетрудоспособности. Целью составления единого комплексного плана является улучшение условий труда на производстве, повышение качества медицинской помощи и улучшение здоровья работающих путем предупреждения и снижения травматизма и заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Единый комплексный план оздоровительных мероприятий составляется на год администрацией предприятия, медико-санитарной частью, санэпидстанцией, отделом техники безопасности, профсоюзной организацией и включает мероприятия по 4 разделам: санитарно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, организационно-массовые.

Для приближения медицинской помощи к работникам промышленных предприятий организуются **здравпункты**, входящие в структуру либо промышленного предприятия, либо медико-санитарной части, либо территориальной поликлиники.

При промышленных предприятиях и объектах капитального строительства с численностью работников не менее 1200 на каждом из них или на нескольких рядом расположенных, к которым не применяются нормативы врачей цеховых врачебных участков и которые расположены на расстоянии более 4 км от других поликлиник, амбулаторий и врачебных здравпунктов, организуются врачебные, а с численностью не менее 500 - фельдшерские здравпункты;

При предприятиях транспорта и связи с численностью работников более 1200 на каждом, не имеющих фельдшерского здрав- пункта, организуются врачебные, а не менее 500 работников (не менее 300 водителей) - фельдшерские здравпункты;

При высших и средних специальных учебных заведениях, сельских профессионально-технических и технических училищах с численностью обучающихся на дневных факультетах (отделениях) не менее 1200 человек в каждом из них, не имеющих фельдшерского здравпункта, организуются врачебные, а на имеющих не менее 800 человек - фельдшерские здравпункты;

- при геологоразведочных, разведывательных и изыскательских партиях и экспедициях с численностью работников не менее 1200, не имеющих фельдшерских здравпунктов, создаются врачебные, а с численностью работающих не менее 500 человек - фельдшерские здравпункты.

Если здравпункты организуются в пределах действующих рекомендательных штатных нормативов, то они финансируются из средств бюджета, если сверх действующих штатных нормативов, то финансируются полностью за счет средств учредителя.

Здравпункты подлежат лицензированию и аккредитации на общих основаниях. Здравпункты размещаются в помещении, предоставленном предприятием (учебным заведением), оно же обеспечивает и содержание этого помещения.

Режим работы здравпункта устанавливается по согласованию с администрацией предприятия (учебного заведения), при котором он организован.

Здравпункты независимо от формы собственности ведут учетно-отчетную документацию и представляют ее руководителю учреждения здравоохранения или органа управления здравоохранением.

Врачебный здравпункт возглавляет врач, фельдшерский здравпункт - фельдшер или медсестра.

Функции врача здравпункта:

- оказание первой врачебной помощи при травмах, острых отравлениях и заболеваниях, аварийных случаях;

- проведение амбулаторного приема, лечение и реабилитация больных и инвалидов;
- организация транспортировки и при необходимости сопровождение больных в соответствующее ЛПУ;
- организация своевременной консультации специалистов и госпитализации в профильные отделения стационаров для оказания больным специализированной медицинской помощи;
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья лиц, работающих с профессиональными вредностями и в неблагоприятных условиях, профилактика и своевременное выявление общих и профессиональных заболеваний;
- динамическое наблюдение хронически больных, проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий (отбор на санаторно-курортное лечение, в санатории-профилактории, на диетпитание);
- координация и проведение в соответствии с полученным сертификатом периодических медицинских осмотров, направление на дообследование и консультацию к специалистам, оформление по результатам осмотров заключений о профессиональной пригодности или об изменении трудовой деятельности (временном или постоянном переводе на другую работу);
- совместно с администрацией предприятия (учебного заведения) и органами санэпиднадзора разработка и проведение оздоровительных и противоэпидемических мероприятий;
- экспертиза временной нетрудоспособности в установленном порядке.

#### Обязанности врача здравпункта:

- проводить анализ общей и профессиональной заболеваемости и производственного травматизма, доводить полученные данные до сведения администрации предприятия (учебного заведения) и участвовать в разработке мероприятий по их снижению;
- проводить санитарно-просветительную работу, пропаганду здорового образа жизни, обучение работающих методам само- и взаимопомощи;
- вести учетно-отчетную документацию утвержденного образца и представлять ее в установленном порядке главному врачу учреждения здравоохранения или органам управления здравоохранением;
- систематически повышать свою квалификацию, осваивать новые методы диагностики и лечения.

#### Права врача здравпункта:

- контролировать работу подчиненного ему среднего медицинского персонала;
- повышать квалификацию с отрывом от основного места работы не реже 1 раза в 5 лет за счет средств учреждения или собственных средств;
- привлекаться для работы в составе экспертных комиссий медицинских страховых компаний;
- по согласованию с руководителем учреждения здравоохранения или учредителем заключать в установленном порядке договора по добровольному медицинскому страхованию и получать плату за оказание дополнительных медицинских услуг;
- вносить предложения администрации предприятия (учебного заведения) по вопросам улучшения охраны труда и медицинской помощи работающим (учащимся);
- проходить аттестацию на врачебную категорию в соответствии с установленными сроками;
- в спорных и конфликтных ситуациях обращаться в вышестоящие органы здравоохранения, лицензионно-аккредитационную комиссию, независимую экспертную комиссию, медицинские ассоциации, заявлять иски в суд и арбитраж и отвечать по ним.

#### Задачи фельдшерского здравпункта:

- оказание первичной доврачебной помощи рабочим, служащим и учащимся;
- участие в проведении профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, травматизма и инвалидности.

#### Функции фельдшерского здравпункта:

- первая доврачебная помощь при острых отравлениях, заболеваниях, травмах;
- проведение лечебных мероприятий по назначению врача (инъекции, перевязки, физиотерапевтические процедуры);
- организация транспортировки больных и пострадавших в лечебно-профилактические учреждения, при показаниях - сопровождение;
- направление на прием к лечащему врачу или специалисту поликлиники;
- подготовка к проведению периодических медицинских осмотров;
- проведение профилактических прививок;

- освобождение временно нетрудоспособных от работы до конца смены с выдачей справки.

Обязанности фельдшера здравпункта:

- проводить в пределах своей компетенции анализ производственного травматизма, доводить полученные данные до сведения администрации предприятия (учебного заведения) и участвовать в разработке мероприятий по его снижению;

- проводить санитарно-просветительную работу, пропаганду здорового образа жизни, обучение работающих методам само- и взаимопомощи;

- вести учетно-отчетную документацию утвержденного образца и представлять ее в установленном порядке главному врачу учреждения здравоохранения или органам управления здравоохранением;

- систематически повышать свою квалификацию, постоянно осваивать навыки проведения диагностических и лечебных процедур.

Права фельдшера здравпункта:

- контролировать работу подчиненного ему младшего медицинского персонала;

- повышать квалификацию с отрывом от основного места работы не реже 1 раза в 5 лет за счет средств учреждения или собственных средств;

- по согласованию с руководителем учреждения здравоохранения или учредителем заключать в установленном порядке договора по оказанию дополнительных медицинских услуг в соответствии с полученным сертификатом (массаж и др.) и получать плату за их проведение;

- вносить предложения администрации предприятия (учебного заведения) по вопросам улучшения охраны труда и медицинской помощи работающим (учащимся);

- проходить аттестацию на категорию в соответствии с установленными сроками.

Приказом органа управления здравоохранением субъекта федерации или ведомства создается центр профпатологии на базе медико-санитарной части или на базе республиканской (краевой, областной, окружной, городской) больницы, или на базе клиники научно-исследовательского института.

Основная задача центра профпатологии - установление связи заболеваний с профессией, оздоровление больных, инвалидов вследствие профзаболевания и лиц из группы риска, разработка и проведение мер по профилактике и снижению профессиональной заболеваемости и трудопотерь по болезни и инвалидности.

## **7.7. Особенности организации медицинской помощи женщинам и детям**

Большая роль в сохранении и приумножении здоровья женщин и детей отводится специально созданной структуре в системе здравоохранения - системе охраны материнства и детства. Ее роль особенно возрастает в неблагоприятной социально-демографической ситуации со снижением рождаемости, ростом смертности и отрицательным естественным приростом населения, сокращением численности детей в возрастной структуре населения, увеличением доли детей, воспитывающихся в неполных семьях в результате разводов родителей или рождения вне брака.

В России из 78 млн женщин работает около 40 млн.

Сразу после Октябрьской революции в стране начала создаваться государственная система охраны материнства и детства.

Создание такой системы предполагало гарантии социальных и экономических прав женщины-матери и ребенка, создание материально-технической базы здравоохранения для оказания медицинской помощи женщинам и детям и подготовку кадров для этой системы.

Был издан ряд законодательных актов и постановлений по социальной и медицинской помощи женщинам и детям.

Среди основных законодательных положений в послевоенный период по охране материнства, младенчества и детства особого внимания заслуживают указы «Об отмене запрещения аборт» (1955), «Об увеличении продолжительности отпуска по беременности и родам до 112 календарных дней» (1956), «О мерах по дальнейшему развитию детских учреждений, улучшению воспитания и медицинского обслуживания детей дошкольного возраста» (1959). Был создан новый тип детского дошкольного учреждения - ясли-сад.

Важную роль в обеспечении прав женщины-матери и ребенка играли законы «Об утверждении основ законодательства Союза ССР и Союзных республик о труде» (1970), «Об утверждении основ законодательства Союза ССР и Союзных республик о браке и семье» (1970).

Не меньшее значение для материального поощрения материнства имело Постановление Совета Министров СССР от 26.07.73 «Об улучшении обеспечения пособиями по беременности и родам и по уходу за больным ребенком». Согласно этому документу пособие по беременности и родам должно выплачиваться женщинам (работницам, служащим, членам колхозов) в размере полного заработка независимо от стажа.

31.03.81 принято правительственное Постановление «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей». В соответствии с этим



постановлением был увеличен размер единовременного пособия при рождении 1-го и 3-го ребенка; введено единовременное пособие при рождении 2-го ребенка; предусмотрено поэтапное введение частично оплачиваемого отпуска сначала до достижения ребенком возраста 1 года, а затем - 1,5 лет; работающим женщинам предоставлено право оформлять отпуск без сохранения содержания, но с сохранением стажа и места работы сначала до 1 года 6 мес, а в настоящее время - до 3 лет (с 1989 г.).

Правительством и ВЦСПС 22.08.89 было принято постановление, согласно которому продолжительность частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком увеличилась до достижения им возраста 1,5 года.

Кроме того, с 01.12.89 повсеместно увеличилась продолжительность дополнительного отпуска без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет. Указанный дополнительный отпуск засчитывался в общий и непрерывный стаж, а также в стаж работы по специальности.

В Конституции Российской Федерации имеется специальная статья (ст. 38), посвященная охране семьи, материнства и детства; в Основах Законодательства об охране здоровья граждан в ст. 22- 24 изложены вопросы, касающиеся сохранения и укрепления здоровья семей, матерей и детей.

Как отмечалось выше, для работы в системе охраны материнства и детства с 1930 г. осуществляется подготовка специальных медицинских кадров - врачей-педиатров. В 1930 г. впервые были организованы педиатрические факультеты в 14 медицинских институтах, в том числе в 1-м Ленинградском, 2-м Московском, Ростовском, Казанском, Горьковском и др.

К 1990 г. в СССР насчитывалось более 60 педиатрических факультетов и институтов, а в настоящее время более чем в 30 вузах Российской Федерации имеются педиатрические факультеты.

К настоящему времени число специалистов-педиатров более 10% всех врачей или свыше 60 тыс. человек. Основа организации медицинской помощи для женщин и детей - женские консультации, детские поликлиники, родильные дома, перинатальные и неонатальные центры, центры планирования семьи и репродукции человека и др. Всего этих учреждений более 15 тыс. (2005 г.).

В начале XXI века в стационарах было более 160 000 коек для больных детей всех профилей, или более 600 коек на 10 000 детского населения (0-14 лет): акушерских коек было почти 90 000, или 23,0 на 10 000 женщин фертильного возраста; гинекологических коек - 90 000, или 11,0 на 10 000 женского населения. 35% всех акушерских коек предназначались для женщин с патологией беременности.

В качестве президентской программы 18.08.94 Указом президента Российской Федерации была утверждена целевая программа «Дети России», включающая в себя 6

программ: «Дети Чернобыля», «Индустрия детского питания», «Дети Севера», «Планирование семьи», «Дети-инвалиды», «Дети-сироты».

В 1996 г. приняты Постановление Правительства «О плане действий по улучшению положения детей в РФ» и национальный план действий по улучшению положения женщин.

В 1993 г. была разработана и утверждена федеральная программа «Вакцинопрофилактика», а в соответствии с Указом Президента Российской Федерации была подготовлена и утверждена правительством России целевая государственная программа «Безопасное материнство».

Кроме федеральных программ, которые имеют статус государственных, в стране реализуются отраслевые программы по развитию неонатологической службы, гинекологической помощи населению, о совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях и домах ребенка, по развитию медико-генетической службы в стране, созданию отечественных детских лекарственных форм и медицинской техники, а также территориальные программы по охране материнства и детства. В соответствии с программами создано более 60 перинатальных центров, 200 центров планирования семьи и др.

**Организация медицинской помощи женщинам и детям** основывается в целом на тех же принципах, что и другим группам населения, но имеет более ярко выраженную профилактическую направленность.

Учреждения, оказывающие медицинскую помощь женщинам и детям, условно подразделяют на 3 группы: ЛПУ, оздоровительные и воспитательные. Наиболее многочисленная группа ЛПУ состоит из амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений.

Ведущее место в системе акушерско-гинекологической помощи принадлежит *женской консультации*, которая относится к ЛПУ диспансерного типа, осуществляющему амбулаторно-поликлиническое наблюдение за женщинами во все периоды их жизни. Женские консультации чаще размещаются в составе крупных поликлиник (80%), реже при медико-санитарных частях (10%).

Примерно 8% женских консультаций находятся в составе объединенного родильного дома. Самостоятельные женские консультации составляют не более 1%.

В настоящее время доказана целесообразность создания базовых женских консультаций как лечебно-консультативных и организационно-методических центров города и района, а также школ повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Хорошие результаты дает работа выездных женских консультаций.

Работа женской консультации, так же как и других амбулаторно-поликлинических учреждений, строится по участковому принципу. Акушерско-гинекологический участок охватывает примерно 2 терапевтических участка, следовательно, у 1 участкового акушера-гинеколога под наблюдением находится примерно 2000-2500 женщин.

В женской консультации оказываются различные виды лечебно-диагностической помощи, осуществляется социально-правовая консультация. В дальнейшем улучшении акушерско-гинекологической помощи большое значение придается совершенствованию лабораторно-диагностической службы, созданию эндокринологических, иммунологических, биохимических лабораторий, кабинетов функциональной диагностики и лабораторий медицинской генетики.

Решающая роль в сохранении здоровья женщин и детей принадлежит профилактической работе женской консультации. Основные мероприятия должны проводиться в области первичной профилактики, в задачи которой входит наблюдение за женщинами не только в период беременности, но и в течение всей жизни с целью предупреждения заболеваний.

Наряду с первичной профилактикой не меньшее значение имеет вторичная профилактика, предусматривающая раннее выявление заболеваний, проведение соответствующего лечения и реабилитацию.

Существенную долю профилактической работы участкового акушера-гинеколога занимает наблюдение за женщинами в период беременности и в течение 1,5-2 лет после родов. Следует усилить работу врачей по гигиеническому воспитанию и санитарному просвещению, главное внимание следует уделять обращению женщин к участковому акушеру-гинекологу в ранние сроки беременности (до 12 нед.).

Раннее обращение к врачу позволяет провести полное обследование и принять соответствующие меры при экстрагенитальных заболеваниях или акушерской патологии. Это, в свою очередь, способствует улучшению показателей здоровья и, в частности, снижению перинатальной смертности, частоты рождения недоношенных детей или детей с низкой массой тела.

Введено обязательное диспансерное наблюдение за женщинами репродуктивного возраста в течение 1,5 лет после родов. К сожалению, как показывают исследования, в этот период женщины почти не обращаются ни к акушеру-гинекологу, ни к врачам других специальностей, хотя у многих вследствие осложнений беременности и родов ухудшается течение имевшихся до беременности экстрагенитальных заболеваний.

Существенное значение в профилактике различных гинекологических заболеваний имеет профилактика абортов, которая должна предусматривать пропаганду предупреждения нежелательной беременности, внедрение современных контрацептивов.

В связи с относительно высоким распространением гинекологических заболеваний (исчерпанная или накопленная заболеваемость доходит до 300 на 1000 женщин)

большое значение имеют профилактические осмотры, которые впервые выявляют до 70% различных гинекологических заболеваний. Однако с профилактической целью обращаются не более 30% женщин. Изучение эффективности диспансеризации женщин акушером-гинекологом пока- зало, что в целом своевременность взятия на диспансерный учет не превышает 60%. Показатель колеблется от 100% при доброкачественных опухолях до 20,0% при воспалительных заболеваниях.

Стационарная медицинская помощь женщинам оказывается в акушерско-гинекологических отделениях объединенного родильного дома либо многопрофильной больницы. В последние годы в крупных городах появились специализированные родильные дома для женщин, страдающих невынашиванием беременности, имеющих иммунодефицитную беременность, а также различные соматические заболевания.

В результате совершенствования структуры акушерско-гинекологических стационаров доля коек для женщин с патологией беременности увеличилась до 30-35% коечного фонда, что дает возможность значительно расширить контингент госпитализированных беременных при первых признаках отклонений в их здоровье.

Особое внимание должно быть уделено работе приемного отделения. Во-первых, прием гинекологических больных и беременных необходимо проводить отдельно в самостоятельных помещениях, чтобы избежать контактов беременной с различными инфекциями. Во-вторых, прием беременных следует осуществлять в боксах, что также снижает возможность контакта здоровых беременных с заболевшими. Оправдана организация двух родильных отделений: физиологического и обсервационного.

Отделения для новорожденных оборудуют при физиологическом (палаты не больше чем на 4 койки) и обсервационном (палаты на 1-2 койки) родильных отделениях.

Во избежание возникновения различных внутрибольничных инфекций в родильном доме имеют значение не только правильная работа приемного отделения, но и соблюдение соответствующего санитарно-гигиенического режима. С этой целью в родильных отделениях палаты заполняют одновременно, проводится санитарно-гигиеническая подготовка помещений к приему родильниц и новорожденных.

Для оказания стационарной гинекологической помощи женщинам организуют гинекологические отделения для оперативного и консервативного лечения. В зависимости от мощности гинекологического стационара консервативное и оперативное отделения могут дифференцироваться по профилю заболеваний.

Для рационального использования коечного фонда, сокращения необоснованного пребывания женщин в стационаре все госпитализированные женщины должны быть максимально обследованы в женской консультации и при поступлении иметь подробную выписку из амбулаторной карты. В свою очередь, при выписке из стационара женщины должны получить подробные рекомендации по дальнейшему наблюдению за состоянием здоровья в женской консультации.

\* \* \*

Амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению оказывает *детская поликлиника*, которая может быть самостоятельной или входить как структурное подразделение в объединенную детскую больницу. В районе прикрепления детская поликлиника обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям от рождения до 14 лет включительно (14 лет 11 мес 29 дней). Оказание медицинской помощи предусмотрено в поликлинике, на дому, в дошкольных учреждениях и школах. 75-85% детей начинают и заканчивают лечение в условиях детской поликлиники.

Работа детской поликлиники строится в соответствии с общими принципами лечебно-профилактической помощи (участковый принцип обслуживания и диспансерный метод работы). На педиатрическом участке - не более 700-800 детей от рождения до 14 лет включительно. Несмотря на значительное увеличение объема специализированной помощи в детской поликлинике (хирург, ортопедтравматолог, отоларинголог, психоневролог, офтальмолог, аллерголог и др.), ведущей фигурой остается участковый педиатр. Более 60% всех посещений приходится на долю участкового педиатра.

Все больные дети должны получать медицинскую помощь только на дому, поэтому непосредственно в детскую поликлинику обращаются лишь здоровые дети или имеющие хронические заболевания вне обострения. Более 90% всех посещений ребенка на дому приходится на долю участкового педиатра.

В задачи участкового педиатра, кроме оказания лечебной помощи, входит профилактическая работа со здоровыми детьми и имеющими хроническую патологию и нуждающимися в диспансерном наблюдении. Участковый педиатр должен знать особенности развития и формирования здоровья ребенка, условия воспитания здорового ребенка, вопросы профилактики возникновения и неблагоприятного течения заболеваний, особенно в раннем возрасте, роль и значение условий и образа жизни семьи. По существу, хороший участковый педиатр - это детский семейный врач.

Участковый педиатр обязан поддерживать постоянную связь с акушерско-гинекологическими учреждениями и обеспечивать преемственность в наблюдении за детьми, особенно при наличии факторов риска. Профилактическая работа в детской поликлинике со здоровыми детьми включает в себя профилактические осмотры участковым педиатром, когда родителям дают рекомендации по питанию, уходу за детьми, их физическому воспитанию, закаливанию, осмотры врачами-специалистами, проведение лабораторно-диагностического обследования и профилактических прививок.

Комплексные медицинские осмотры дают возможность выявлять заболевания на ранних стадиях, своевременно проводить лечение и соответственно предотвращать развитие хронического процесса.

Особое внимание должно быть уделено часто (4 заболевания в год и более) и длительно (более 40 дней в году) болеющим детям, поскольку у этих детей чаще развиваются различные хронические заболевания.

Дети 3-й, 4-й и 5-й групп здоровья, имеющие хроническое заболевание различной стадии компенсации, находятся под диспансерным наблюдением педиатра и специалистов.

Профилактическая работа как со здоровыми, так и с больными детьми включает в себя санитарно-просветительную работу, гигиеническое воспитание, эффективность которых в значительной мере определяется наглядностью и убедительностью. Санитарно-просветительные беседы проводятся и во время приема в поликлинике, и при посещении на дому, и на специальных занятиях. Большую роль в санитарно-просветительной работе играют кабинеты здорового ребенка, где родителей обучают основным правилам воспитания здорового ребенка, пропагандируют основы здорового образа жизни.

По результатам комплексных медицинских осмотров определяется группа здоровья у каждого ребенка.

Работа врача по системе «единого педиатра» была введена в нашей стране в 1952-1953 гг. Ребенок от рождения до 14 лет включительно наблюдается участковым педиатром в детской поликлинике. До 1953 г. дети первых 3 лет жизни наблюдались микропедиатром, работающим в детской консультации, а дети старше 3 лет - макропедиатром в детской поликлинике. Внедрение системы «единого педиатра» позволило ввести динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей (до 14 лет включительно), но увеличило число контактов детей раннего возраста с более старшими детьми, что, естественно, способствовало росту заболеваемости. В связи с этим в работе детской поликлиники появился ряд принципиальных особенностей.

Во-первых, детскую поликлинику должны посещать только здоровые дети или страдающие хроническим заболеванием и не представляющие опасности в смысле распространения инфекции. Заболевшим детям медицинская помощь должна оказываться на дому до выздоровления.

Во-вторых, при посещении детской поликлиники все дети должны проходить через фильтр, где, как правило, дежурит наиболее опытная медсестра. На основании опроса о состоянии здоровья ребенка и причин посещения поликлиники, осмотра его кожи и зева, а при необходимости и термометрии она решает вопрос о возможности посещения поликлиники ребенком. В случае необходимости ребенка направляют в бокс, где его осматривает дежурный врач.

В-третьих, детей первых лет жизни, наиболее подверженных различным заболеваниям, целесообразно принимать в определенные дни недели.

В детской поликлинике есть школьно-дошкольное отделение, штаты которого устанавливаются из расчета 1 педиатр на 180-200 детей ясельного возраста, на 600

детей дошкольного возраста, на 2000 детей школьного возраста, на 200 детей в санаторных яслях, яслях-садах и садах, на 300 детей, обучающихся во вспомогательных школах; 1 медсестра на 100 детей, воспитывающихся в детских садах, на 700 детей, обучающихся в школах, на 50 детей, воспитывающихся в санаторных детских садах, на 300 детей, обучающихся во вспомогательных школах.

Рабочие места этих сотрудников находятся в соответствующих учреждениях, где организуют медицинское наблюдение за детьми, а в самой детской поликлинике располагается кабинет заведующего школьно-дошкольным учреждением.

Важным принципом работы детской поликлиники является оказание лечебной помощи детям с острыми заболеваниями на дому. Во время посещения больного ребенка на дому педиатр ставит предварительный диагноз заболевания, определяет тяжесть состояния ребенка, решает вопрос о возможности лечения на дому или в условиях стационара.

При организации стационара на дому поликлиника обеспечивает больного бесплатными медикаментами, при необходимости организует пост медсестры или посещения медсестрой несколько раз в день; врач посещает ребенка по показаниям, но не реже 1 раза в день до выздоровления.

Большой объем медицинской помощи на дому осуществляет врач скорой медицинской помощи. Ему, как правило, приходится сталкиваться с довольно тяжелой патологией, поскольку вызовы поступают по поводу внезапного заболевания (гипертермия, боли в животе, рвота, травмы, отравление и т.д.). В ряде случаев заболевшие дети нуждаются в госпитализации.

В последнее время развивается специальность «семейный врач» - врач общей практики, который наблюдает за здоровьем всех членов семьи, детей и взрослых.

*Детские больницы* различают по профилю (многопрофильная и специализированная), по системе организации (объединенная и необъединенная), по объему деятельности (различная коечная мощность). Детская больница включает в себя профильные отделения (педиатрическое, хирургическое, инфекционное), а те, в свою очередь, отделения по возрасту до 3 лет и по полу среди детей старше 3 лет. Кроме того, в больнице имеется лабораторно-диагностическая служба, патологоанатомическое отделение.

Приемное отделение в детских больницах состоит из приемно-смотровых боксов, число которых должно быть не менее 3% общего числа коек больницы. Кроме того, при приеме детей необходимо иметь сведения из санэпидотдела (санэпидцентра) о наличии или отсутствии контактов с больными инфекционными заболеваниями и от педиатра о перенесенных детских инфекциях. Это позволяет правильно решить вопрос о госпитализации ребенка. В целях ограничения распространения внутрибольничной инфекции целесообразно предусматривать палаты на 1-2 койки для детей до 1 года, а для более старших детей не более чем на 4 койки.

Не меньшее внимание в детских больницах должно уделяться питанию, прежде всего особое внимание уделяют питанию детей первых лет жизни. Режим дня должен соответствовать возрасту ребенка.

Воспитательная и педагогическая работа с больными детьми является неотъемлемой частью лечебно-профилактической деятельности стационара и направлена на создание лечебно-охранительного режима. Матерей следует привлекать к уходу за детьми и шире практиковать госпитализацию детей в первую очередь первых 2-3 лет жизни вместе с матерями.

В процессе реформирования здравоохранения происходит сокращение числа коек не только для взрослых, но и в детских больницах, особенно в инфекционных. В то же время происходит некоторое увеличение числа специализированных коек.

Особое место в воспитании здорового ребенка принадлежит системе общественного воспитания и медицинской помощи в дошкольных учреждениях и школах.

Все учреждения общественного воспитания детей дошкольного и школьного возраста подразделяются в зависимости от возраста, состояния здоровья детей и социального положения семьи.

Типовым учреждением по воспитанию детей дошкольного возраста является детское дошкольное учреждение ясли-сад.

Существуют учреждения открытого типа (детские ясли, сады и школы), в которых дети проводят часть дня, и закрытого типа (дом ребенка, детский дом и школа-интернат), где дети относительно долго (или постоянно) находятся без родителей. Учреждения закрытого типа предназначены для воспитания и обучения детей-сирот, детей одиноких матерей, подкинутых детей, а также детей, родители которых лишены родительских прав.

Врач-педиатр, осуществляющий медицинскую помощь детям в подобных учреждениях, должен:

- осматривать всех вновь поступающих детей и рекомендовать комплекс медико-педагогических мероприятий, направленных на скорейшую адаптацию;
- проводить лабораторно-диагностическое обследование детей;
- осуществлять постоянный медицинский контроль за состоянием здоровья, физическим и нервно-психическим развитием;
- обеспечить проведение профилактических прививок;
- организовать комплексные осмотры врачами-специалистами;



- принимать активное участие в распределении детей на группы и классы в соответствии с анатомо-физиологическими и нервно-психическими особенностями;

- проводить комплекс профилактических мероприятий по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний.

Среди мероприятий по снижению заболеваемости детей необходимо уделять большое внимание профилактике тяжело протекающей адаптации к дошкольному учреждению.

Не меньшая роль в снижении заболеваемости детей принадлежит индивидуальной работе с часто болеющими детьми, а также с детьми, имеющими хронические заболевания.

Медицинская помощь женщинам и детям, проживающим в *сельской местности*, как и всему населению, оказывается поэтапно.

На 1-м этапе (сельский врачебный участок) обеспечивается в основном профилактическая, противоэпидемическая и в небольшом объеме лечебная помощь детям. В стационар сельской участковой больницы госпитализируются в основном дети с легкими формами заболевания, в тяжелых случаях помощь оказывают в центральной районной больнице, поскольку маломощные сельские участковые больницы недостаточно обеспечены врачами-педиатрами и помощь детям нередко оказывает терапевт.

Фельдшерско-акушерские пункты обеспечивают амбулаторно-поликлиническую помощь в основном беременным и детям первых лет жизни. В этих учреждениях работает фельдшер или патронажная медсестра.

Основным этапом оказания медицинской помощи детям всего района служит центральная районная больница (2-й этап). Работой больницы руководит районный педиатр, а в крупных районах вводится должность заместителя главного врача по детству и родовспоможению.

Еще достаточно высока доля детей, нуждающихся в лечении в соматических, общехирургических, инфекционных отделениях, но направленных на лечение в областные детские и общие больницы.

В соответствии с рекомендациями специалистов в центральных районных больницах целесообразно сосредоточить около 70% всего коечного фонда для детей, около 10% - в участковой больнице, а оставшиеся 20% коек предусмотреть для госпитализации детей в областном центре.

На педиатров и акушеров областного центра, кроме обеспечения высококвалифицированной специализированной медицинской помощи, возлагаются

функции кураторов сельских районов в проведении организационно-методической и лечебно-консультативной работы.

Одной из важных, но еще далеко не решенных проблем остается организация медицинской помощи **подросткам**. В последнее время оказание амбулаторно-поликлинической помощи возлагается на детские поликлиники, следовательно, на врачей-педиатров. До этого при поликлиниках для взрослых функционировали подростковые кабинеты (они сохранились при ряде поликлиник).

Как отмечено в национальном проекте «Здоровье», на первых этапах основное внимание и организационные меры направлены на коренное улучшение наиболее массовой - первичной медицинской помощи. Однако не забыта и стационарная медицинская помощь. Акцент здесь поставлен на повышение ее качества за счет улучшения организации, усиления специализированных ее видов, особенно интенсивного внедрения высоких медицинских (т.е. сложных, дорогостоящих) технологий, создание современных диагностических и лечебных центров на всей территории нашей страны. Предполагается построить не менее 15 таких центров уже в ближайшие годы, модернизировать устаревшую материально-техническую, ресурсную базы стационаров. Предполагается также последовательное существенное повышение заработной платы работникам больничных учреждений с тем, чтобы через небольшое число лет их материальное положение не отставало от участковых терапевтов, педиатров, работников «скорой медицинской помощи».

В национальном проекте «Здоровье» большое внимание уделено охране материнства и младенчества - педиатрической и акушерско-гинекологической помощи. Будет достигнуто массовое обследование новорожденных для улучшения диагностики и особенно выявления наследственных заболеваний, что скажется на сокращении инвалидизации детей. Начата работа по обеспечению стационарных учреждений родовспоможения современным диагностическим и лечебным оборудованием; запланировано строительство 20 перинатальных центров. Уже в 2006 г. готовится по современным программам почти 5 тыс. участковых терапевтов и педиатров, 1500 врачей общей практики (семейной врач); в 2007 г. это число увеличится более чем на 1 тыс. специалистов. Значительно увеличиваются средства федерального бюджета по оказанию медицинской помощи женщинам в период беременности и родов (10,5 млрд руб. в 2006 г. и 14,5 млрд руб. в 2007 г.). Вводятся родовые сертификаты. За каждый такой сертификат в случае благоприятных родов женская консультация получает 2 тыс. руб., а родильный дом - 5 тыс. руб. Это не только скажется на качестве медицинской помощи и ко всему повышению рождаемости, но и на заработной плате медицинских работников этих учреждений. В 2007 г. размер сертификатов увеличится, и будет выделяться 2 тыс. руб. детской поликлинике за диспансерное наблюдение каждого ребенка.

Родовые сертификаты выделяются и самим женщинам - с 30 недели беременности. Стоимость родового сертификата в женской консультации увеличится до 3 тыс. руб., в родильных домах - до 7 тыс. руб. Вводятся также специальные пособия - 1,5 тыс. руб. за

первого ребенка и 3 тыс. руб. - за второго или 40% заработной платы. Введен материальный сертификат при рождении - на ипотеку, образование ребенка или в накопительную часть пенсии. Воспользоваться сертификатом возможно по достижению ребенком 3 лет.

## **РАЗДЕЛ 8. МЕДИЦИНСКИ КАДРЫ. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Система высшего медицинского и фармацевтического образования России включает (2005 г.) 57 государственных медицинских и фармацевтических вузов, только 5 из них пока называются институтами, остальные - медицинские академии и медицинские университеты, кроме того, действуют медицинские факультеты университетов Министерства высшего и среднего образования России.

### **8.1. Додипломное, дипломное и последипломное образование**

В начале века врачебное образование в России занимало 5 лет и включало около 30 учебных дисциплин. К 60-м годам, когда число изучаемых дисциплин достигло 45, перешли на 6-летнее обучение. В настоящее время в медицинском вузе только на додипломном этапе изучается 60 учебных дисциплин и курсов. Новые дисциплины и элективные курсы будут, очевидно, появляться в учебных планах и дальше.

Без ущерба для профессиональной подготовки специалиста с высшим медицинским (фармацевтическим) образованием обучение разделено на два этапа: додипломную (общеврачебную) подготовку - 6 лет и последипломную (профессиональную) подготовку - от 1 до 4 лет в зависимости от избранной специальности

На **додипломном этапе** обучения в медицинских вузах России подготовка проводится в соответствии с государственными образовательными стандартами по специальностям: лечебное дело, педиатрия, медико-профилактическое дело, стоматология, фармация, сестринское дело.

<sup>1</sup> В разделе использовались материалы из учебного руководства под ред. Ю.П. Лисицына «Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения» (1998), подготовленного И.Н. Денисовым с соавт.

Государственные образовательные стандарты содержат требования к обязательному минимуму содержания и уровню подготовки выпускника по всем медицинским специальностям.

В медицинские вузы РФ ежегодно по конкурсу поступают 20 000-25 000 абитуриентов, а всего обучается в медицинских вузах 200 000 студентов, интернов, ординаторов и аспирантов.

Студенты медицинских вузов составляют более 7% всех студентов в системе высшего образования, а вузы - более 10% всех государственных высших образовательных учреждений.

В медицинских вузах работает более 32 000 преподавателей, среди которых 4600 докторов и 20 000 кандидатов наук, более 260 членов РАН и РАМН.

В настоящее время в медицинских и фармацевтических вузах России обучается более 10 000 иностранных студентов из более чем 90 стран мира.

С 1991 г. в медицинских вузах начали функционировать факультеты и отделения высшего сестринского образования со сроком обучения 4 года при дневной и 4,5 года при вечерней форме обучения. В настоящее время они открыты в 15 медицинских вузах России.

В ряде медицинских вузов России созданы и функционируют факультеты и отделения медицинской психологии, социальной работы и реабилитации, управления и экономики в здравоохранении, спортивной медицины, подготовки научно-педагогических кадров и др.

Осуществляется переход к подготовке врачей общей практики (семейных врачей), специалистов в области менеджмента и маркетинга в здравоохранении и др.

Додипломный этап обучения студентов медицинских и фармацевтических вузов завершается итоговой государственной междисциплинарной аттестацией выпускников, включающей 3 этапа:

1. Аттестационное тестирование, проводимое по типовым заданиям, утвержденным Минздравом России.
2. Проверка практических навыков.
3. Итоговое собеседование.

Медицинские и фармацевтические вузы страны ежегодно выпускают около 25 000 специалистов. Молодые врачи ежегодно составляют около 4% всех врачей, занятых в отрасли.

В стране функционируют 450 средних медицинских (фармацевтических) учебных заведений, из которых 30 федерального и 420 муниципального подчинения, из них более 80 колледжей.

Общий контингент учащихся медицинских училищ и колледжей составляет 230 000, а преподавателей - более 28 000. Ежегодный план приема более 70 000 человек.

Подготовка сестринского персонала осуществляется по 10 основным специальностям: лечебное дело; акушерское дело; гигиена; санитария и эпидемиология; стоматология; фармация; лабораторная диагностика; стоматология ортопедическая; сестринское дело; медицинская оптика; монтаж и техническое обслуживание медицинской техники.

Любой специалист с высшим медицинским образованием обязан в течение всей профессиональной деятельности постоянно повышать свою квалификацию.

В стране существует всеобъемлющая плановая система усовершенствования врачей, включающая 20 государственных институтов и более 40 факультетов усовершенствования врачей при медицинских вузах, множество курсов и циклов на базе профильных научно-исследовательских институтов и крупных учреждений здравоохранения.

К практической профессиональной деятельности допускаются лица, имеющие диплом и сертификат специалиста. Выпускник медицинского вуза сразу после его окончания направляется в систему последипломного образования, которая предусматривает следующие формы обучения:

- интернатура (1 год);
- ординатура для углубленного изучения специальности (2-3 года);
- подготовка по одной из образовательно-профессиональных программ по специальности (1-4 года);
- различные по продолжительности и формам обучения циклы переподготовки для врачей всех специальностей с целью повышения квалификации и сдачи экзамена на квалификационную категорию (2-ю, 1-ю или высшую);
- аспирантура или докторантура, в которых в течение 3 лет готовят специалистов высшей квалификации для медицинской науки и образования.

Всего в вузах Минздравсоцразвития России обучается более 23 000 специалистов.

Последипломное профессиональное образование специалистов здравоохранения осуществляется в 4 академиях и 3 институтах усовершенствования врачей, на 48 факультетах усовершенствования врачей при вузах и научно-исследовательских институтах Минздрава РФ.

Ежегодно в этой системе повышают свою квалификацию около 150 000 врачей различных специальностей.

В стране 450 средних медицинских фармацевтических учебных заведений, в которых обучается 230 000 учащихся.

Последипломное обучение сестринского персонала осуществляется в 40 училищах и 50 отделениях усовершенствования и повышения квалификации. Ежегодно такое обучение проходит более 130 000 специалистов.

В настоящее время существуют следующие виды последипломной подготовки:

- специализация - приобретение врачом одной из выбранных специальностей путем обучения в интернатуре по базовым (терапия, хирургия, педиатрия, акушерство и

гинекология) и другим специальностям (первичная специализация), затем в институтах, на факультетах последипломного профессионального образования по перечню врачебных специальностей, утвержденных Приказом Минздрава РФ ?33 и дополнениями к нему;

- усовершенствование общее, предусматривающее повышение квалификации по всем разделам избранной специальности; тематическое, предусматривающее повышение квалификации по отдельным разделам или актуальным вопросам профессиональной деятельности специалиста; сертификационные (аттестационные) циклы для получения (или подтверждения) сертификата специалиста.

В процессе последипломного обучения используются различные формы очной и заочной подготовки специалистов:

- циклы очного обучения с полным отрывом специалистов от работы;
- заочно-очные циклы с заочным выполнением определенных заданий и последующим очным обучением в образовательном учреждении;
- прерывистые циклы с периодическим частичным отрывом специалистов от основной работы;
- выездные циклы, проводимые сотрудниками учебного заведения или учреждения, осуществляющего обучение по заявке органов здравоохранения по месту работы специалистов.

## **8.2. Кадровое обеспечение**

Кадровое обеспечение должно соответствовать расчетным нормам планирования числа должностей, которые рассчитываются по численности населения, показателям его здоровья и в первую очередь по заболеваемости, а также по числу и мощности учреждений здравоохранения на расчетный год или планируемый период.

При планировании развития здравоохранения в СССР на каждый планируемый период утверждался норматив потребности в медицинских кадрах.

Так, на 1986-1990 гг. Минздравом СССР были утверждены нормативы обеспеченности на 10 000 населения врачами - 43,9; мед- сестрами - 152,7; провизорами - 4,7 и фармацевтами - 5,2.

Соотношение врачей и медсестер планировалось довести до 1:3,5. В РФ на 10 000 населения в послевоенные годы было 38- 45,0 врачей, 95-100 медсестер.

Численность работающих в здравоохранении по отношению ко всем занятым в народном хозяйстве России продолжает увеличиваться и составляет в настоящее время около 6%, так как постоянно растущее обеспечение населения медицинской помощью,

повышение качества диагностики и лечения требуют все больших трудовых затрат. Оснащение лечебно-профилактических учреждений современным медицинским оборудованием и аппаратурой требует привлечения специалистов смежных отраслей - инженеров, техников, физиков, химиков, программистов и др.

Возрастает потребность и в специалистах экономического профиля, менеджерах в связи с развитием медицинского страхования и рынка медицинских услуг.

По обеспеченности населения врачами наша страна несколько десятилетий опережает развитые зарубежные страны.

В два последних десятилетия отмечается тенденция некоторого роста врачей (557,7 тыс в системе Минздрава в 1985 г., или 12,7 на 10 000 человек населения в 2005 г.).

Необходимым условием эффективного функционирования системы здравоохранения и соответствующего качества медицинской помощи является достаточное число квалифицированного сестринского персонала.

Следует отметить, что около 12% врачей и медсестер всех специальностей заняты не в системе Минздрава России, а в ведомственных службах здравоохранения. Соотношение врачей и сестринского персонала, равное в развитых зарубежных странах 1:4, у нас иное. Это соотношение в 1999 г. в системе Минздрава - 1:2,36.

К сожалению, происходит сокращение числа лиц среднего медицинского персонала (1383,1 млн в системе Минздрава в 1985 г.; 14483 в 1999 г. и 1351,0 тыс. или 96,4 на 10 тыс. населения в 2005 г.).

Все показатели обеспеченности врачами и сестринским персоналом сельского населения всегда были значительно ниже, чем в городах, и сохраняют стойкую тенденцию к дальнейшему снижению.

На одну больничную койку 0,3-0,35 должности врачей, 0,7-0,85 должности медсестер.

Различия в обеспеченности регионов РФ врачами достигают до 30%, а в обеспеченности сестринском персоналом составляют около 20%. Обеспеченность врачами на 10 000 населения в 2005 г. в Москве, Санкт-Петербурге, Северной Осетии-Алании, Астраханской и Томской областях составляет от 50 до 70. Обеспеченность сестринским персоналом на 10 000 населения варьировала в субъектах федерации от 120 до 125 в Магаданской, Астраханской областях и Республике Тыва и до 45-80 в Республике Ингушетия, Приморском крае и Ленинградской области.

Окончившие высшие медицинские и фармацевтические учебные заведения могут получить **лицензию** (разрешение) на право заниматься определенными видами деятельности после прохождения полного курса обучения в соответствии с программой послевузовского профессионального образования (ординатура, аспирантура,



докторантура) или дополнительного образования (интернатура) и получения **сертификата** специалиста.

Лица, окончившие средние медицинские и фармацевтические учебные заведения, могут получить **лицензию** на осуществление профессиональной деятельности на основании диплома о профессиональном образовании, а на занятие определенными видами деятельности, требующими дополнительной подготовки, - после прохождения курса специализации и получения сертификата специалиста.

В 1995 г. Минздравом России утверждено новое Положение об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации.

**Аттестация** специалистов в соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» является механизмом государственного контроля за расстановкой и использованием медицинских кадров, уровнем и качеством лечебно-профилактической помощи населению.

Аттестация является добровольной и проводится по желанию специалиста. По результатам аттестации специалисту присваивается квалификационная категория. Переаттестация на подтверждение имеющейся квалификационной категории проводится каждые 5 лет.

К аттестации на квалификационную категорию допускаются лица, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) образование и получившие право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в учреждениях здравоохранения независимо от форм их собственности.

Квалификационная категория может быть присвоена также лицам с высшим немедицинским образованием, допущенным в установленном порядке к медицинской деятельности и занимающим врачебные и провизорские должности в учреждениях здравоохранения. Их аттестация осуществляется при участии в работе аттестационных комиссий специалистов соответствующего профиля.

Аттестационные комиссии создаются, как правило, при органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Они могут создаваться также при научно-исследовательских и высших образовательных учреждениях Минздрава России. Решение аттестационных комиссий действительно на всей территории страны.

Квалификация специалистов определяется аттестационной комиссией по 3 категориям - 2-й, 1-й и высшей. 2-я категория может присваиваться врачам, имеющим стаж работы по аттестуемой специальности не менее 5 лет, 1-я - 7 и высшая - 10 лет. Каждая категория может быть присвоена как по основной, так и по совмещаемой должности.

В стаж работы по специальности для аттестации на категорию засчитываются время работы по данной специальности как по основной, так и по совмещаемой работе, обучение в интернатуре, ординатуре и аспирантуре по той специальности, по которой специалист проходит аттестацию, время работы в органах управления здравоохранением, в общественных профессиональных, а также в профсоюзных органах.

Аттестация, как правило, проводится по месту нахождения комиссии.

Квалификационная категория, присвоенная специалисту, действительна в течение 5 лет со дня издания приказа органа (учреждения) здравоохранения о присвоении квалификационной категории.

Введение всеобъемлющей государственной системы аттестации и лицензирования медицинских вузов и факультетов является важнейшей задачей на ближайшие годы. Однако до сих пор аттестацию прошли менее половины врачей.

Специальность **«врач общей практики (семейный врач)»** внесена в номенклатуру врачебных специальностей, а соответствующая должность - в номенклатуру врачебных должностей учреждений здравоохранения. До сих пор, однако, подготовка таких врачей идет недо- статочно интенсивно.

В 2005 г. всего было зарегистрировано 4001 врач ОВП. На 2007 г. намечено увеличить их число на 3000 человек.

Обилие социальных проблем, влияющих на формирование здоровья населения, особенно незащищенных социальных групп (инвалиды, одинокие престарелые, длительно и часто болеющие, социально дезадаптированные лица и др.), выдвинуло новые задачи перед подготовкой специалистов по социальной работе; создаются условия для подготовки медико-социальных работников.

Назрела необходимость в подготовке врачей и медсестер-менеджеров, экономистов, медицинских психологов, программистов и др.

В соответствии с решениями Коллегии Минздрава РФ (март 2001 г.), посвященной ходу реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки и задачам на 2001-2005 гг. и на период до 2010 г., в ближайшей перспективе необходим пересмотр номенклатуры (классификатора) специальностей в ЛПУ с целью расширения подготовки специалистов по основным специальностям (врач общего профиля, терапия, педиатрия, акушерство и гинекология, хирургия и пр.) для обеспечения первичного звена здравоохранения и подготовки узких специалистов только после соответствующей подготовки по основным специальностям и в строгом соответствии с запросами практического здравоохранения, гарантирующими их трудоустройство.

## **РАЗДЕЛ 9.**

# **ОРГАНИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

Основными направлениями деятельности учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы и гигиенической науки являются:

- обеспечение государственного регулирования деятельности, направленной на стабилизацию санитарно-эпидемической обстановки в стране, предотвращение влияния неблагоприятных факторов среды обитания на здоровье населения;

- реализация мероприятий, предусмотренных федеральными и региональными целевыми программами обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- дальнейшее укрепление и совершенствование законодательной базы, относящейся к вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- повышение действенности надзора за состоянием источников питьевого водоснабжения, водных рекреационных объектов, а также качеством питьевой воды;

- обеспечение надзора за безопасностью продуктов питания, разработка оптимальных рационов и схем питания с биологически активными добавками, витаминно-минеральными и белковыми комплексами для индивидуального питания, в первую очередь детского населения;

- совершенствование нормативной базы, регламентирующей качество и безопасность пищевой продукции;

- осуществление надзора за состоянием школьных зданий, школьного оборудования, мебели, соответствием учебников и наглядных пособий гигиеническим нормативам.

<sup>1</sup> В разделе использовались материалы, подготовленные Г.Г. Онищенко и соавт. из учебного руководства под ред. Ю.П. Лисицына «Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения», 1998.

Деятельность по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также по государственному санитарно-эпидемиологическому надзору предусматривают Закон РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (принят в апреле 1991 г.), «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (приняты в июле 1993 г.), Постановление Правительства Российской Федерации от 05.06.94 ? 625 «Об утверждении Положения о Государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» и ряд других нормативных актов.

Под санитарно-эпидемиологическим благополучием населения понимается такое состояние общественного здоровья и среды обитания людей, при котором отсутствует опасное и вредное влияние ее факторов на организм человека и имеются благоприятные условия для его жизнедеятельности. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается «системой **государственного** (выделено нами) и ведомственного санитарно-эпидемиологического надзора, производственного и общественного контроля». Таким образом, законодательно утверждено непосредственное приоритетное участие государственной санитарно-эпидемиологической службы в разработке и реализации мер по обеспечению охраны здоровья населения страны.

Органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы страны составляют **единую систему санитарно-эпидемиологического надзора** с подчинением нижестоящих учреждений вышестоящим. В систему органов и учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы РСФСР входят соответствующие управления Министерства здравоохранения Российской Федерации, центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора в республиках, автономных областях и автономных округах, в краях, областях, городах, районах, а также на водном и воздушном транспорте, **научно-исследовательские учреждения** гигиенического и эпидемиологического профиля, **высшие и средние специальные учебные заведения**, осуществляющие подготовку соответствующих специалистов и повышение их квалификации, другие санитарно-профилактические учреждения.

Руководство органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы осуществляется **главным государственным санитарным врачом Российской Федерации, главными государственными санитарными врачами республик, главными государственными санитарными врачами краев, областей, автономных областей и автономных округов, городов, регионов и бассейнов на водном и воздушном транспорте.** Финансирование и материально-техническое обеспечение государственной санитарно-эпидемиологической службы страны осуществляется из республиканского бюджета и внебюджетных средств. Весьма важным в правовом отношении является то, что главные государственные санитарные врачи, другие должностные лица и специалисты государственной санитарно-эпидемиологической службы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, являются представителями органов государственного управления и находятся под защитой государства. Они независимы в своей деятельности и руководствуются только действующим санитарным законодательством Российской Федерации. Для обеспечения независимости государственного санитарно-эпидемиологического надзора в соответствии с Положением о Государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации (п. 9) руководители организаций службы назначаются на должность и освобождаются от должности в порядке подчиненности, т.е. руководителем вышестоящего учреждения госсанэпидслужбы.

Таким образом, на основе Закона РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» была создана централизованная федеральная санитарно-эпидемиологическая служба

Основными учреждениями госсанэпидслужбы являются центры санитарно-эпидемиологического надзора.

Всего санитарно-эпидемиологическая служба располагает более чем 2500 учреждениями (центры, дезинфекционные станции, противочумные станции). В них работает более 130 000 врачей, среднего медицинского персонала и др. Обеспеченность врачами составляла около 2,0 на 10 000 населения, обеспеченность средним медицинским персоналом - 3,5 на 10 000 населения.

(рис. 11).



**Рис. 11.** Структура Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации

Для выполнения своих обязанностей специалисты службы должны обладать определенными полномочиями. Ст. 38 Закона предоставляет должностным лицам государственной санитарно-эпидемиологической службы страны право:

1) вносить в органы государственной власти и управления предложения по вопросам выполнения санитарного законодательства Российской Федерации, а также по проектам планов социального и экономического развития территорий, комплексных программ охраны здоровья населения, окружающей природной среды, улучшения условий труда и проживания граждан, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

2) беспрепятственно посещать и проводить обследования организаций, предприятий, жилищных условий граждан, условий работы граждан, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, с целью проверки выполнения санитарного законодательства Российской Федерации, проведения гигиенических и противоэпидемических мероприятий и соблюдения действующих санитарных правил;

3) предъявлять предприятиям, организациям и гражданам требования о проведении гигиенических и противоэпидемических мероприятий и устранении санитарных правонарушений, а также осуществлять контроль за выполнением этих требований;

4) поручать проведение специальных экспертиз и консультаций и по их результатам представлять предприятиям, организациям и гражданам заключения, основанные на действующих санитарных правилах;

5) выявлять и устанавливать причины и условия возникновения и распространения инфекционных, профессиональных заболеваний, а также массовых неинфекционных заболеваний и отравлений людей, обусловленных неблагоприятным воздействием на организм человека факторов среды его обитания;

6) приостанавливать впредь до проведения необходимых мероприятий и устранения имеющихся нарушений санитарных правил, а в случае невозможности их соблюдения прекращать:

- работы по проектированию и строительству, а также введение в эксплуатацию законченных строительством, реконструированных объектов и их пусковых комплексов;

- эксплуатацию действующих предприятий, организаций, отдельных производственных участков, цехов, помещений, зданий, сооружений, оборудования, транспортных средств, а также выполнение отдельных видов работ и производственной деятельности;

- разработку, постановку на производство, производство и применение (использование) продукции народного хозяйства;

- производство, хранение, транспортировку и реализацию продовольственного сырья и пищевых продуктов, использование воды (водоисточников) для питьевых, хозяйственных и культурно-оздоровительных целей;

7) вносить предложения в органы государственной власти и управления, а также в финансово-кредитные органы:

- о запрещении или введении на отдельных территориях особых условий и режимов проживания населения и осуществления хозяйственной деятельности, направленных на ликвидацию и предотвращение распространения массовых заболеваний и отравлений населения;

- о приостановлении финансирования (кредитования) работ по проектированию, строительству, а также хозяйственной деятельности предприятий, организаций и граждан в случае невыполнения ими санитарных правил, постановлений органов и учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы о приостановлении или прекращении этой деятельности;

8) принимать решения:

- о временном отстранении от работы граждан, являющихся носителями возбудителей инфекционных болезней и могущих быть источниками их распространения в связи с особенностями выполняемой работы или производства, в котором они заняты;

- о проведении лабораторного обследования и медицинского наблюдения за гражданами, контактировавшими с больными инфекционными заболеваниями;

- об обязательной госпитализации инфекционных больных и граждан с подозрением на инфекционное заболевание, представляющих опасность для окружающих;

- о проведении дезинфекции, дезинсекции и дератизации в очагах инфекционных заболеваний, а также в помещениях и на территории, где сохраняются условия для возникновения или распространения инфекционных заболеваний;

- о проведении профилактических прививок населению или отдельным группам граждан по эпидемиологическим показаниям;

9) вызывать в учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы должностных лиц и граждан для рассмотрения материалов по фактам нарушений санитарного законодательства и санитарных правил;

10) рассматривать дела о санитарном правонарушении, налагать административные взыскания, передавать материалы в следственные органы для возбуждения уголовных дел, представлять вышестоящим должностным лицам или органам управления предложения о применении мер дисциплинарного воздействия;

11) предъявлять требования:

- о возмещении ущерба от вреда, причиненного здоровью граждан;

- о возмещении расходов лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений на проведение ими гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий при возникновении массовых заболеваний и отравлений людей;

- об уплате штрафов;

12) получать без каких-либо ограничений от предприятий, организаций и граждан сведения и документы, необходимые для выполнения возложенных на органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы задач;

13) изымать образцы (пробы) материалов, веществ, изделий, пищевых продуктов, воздуха, воды и почвы для лабораторных исследований и проведения гигиенической экспертизы.

Органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы составляют единую систему 3 уровней.

К учреждениям **1-го уровня** относятся центры Госсанэпиднадзора в сельских районах, межрайонные (зональные) центры Госсанэпиднадзора; центры Госсанэпиднадзора в городских районах (округах) и межрайонные (зональные) центры Госсанэпиднадзора в городах с районным делением; центры Госсанэпиднадзора в городах без районного деления; центры Госсанэпиднадзора в городах с районным делением, не имеющих районных центров Госсанэпиднадзора; зональные центры Госсанэпиднадзора на транспорте. Объединяющей функцией учреждений первого уровня является непосредственное осуществление госсанэпиднадзора на территории своей деятельности.

С учетом содержания госсанэпиднадзора как деятельности органов и санитарно-профилактических учреждений, направленной на профилактику заболеваний населения путем предупреждения, обнаружения и пресечения нарушений санитарного законодательства России, учреждения 1-го уровня выполняют следующие основные функции:

- сбор, обработка и анализ информации о состоянии здоровья населения и уровне воздействия неблагоприятных факторов среды обитания;

- контроль за проведением гигиенических и противоэпидемических мероприятий, соблюдением действующих санитарных правил предприятиями, организациями и гражданами;

- административно-хозяйственное обеспечение деятельности центров Госсанэпиднадзора.

К учреждениям **2-го уровня** относятся центры Госсанэпиднадзора, находящиеся в республиках, краях, областях, городах федерального подчинения, автономной области, автономных округах, регионах на транспорте (водном и воздушном). Ведущей функцией учреждений 2-го уровня является организация госсанэпиднадзора на территории республики, края, области, округа, региона на транспорте. В их задачу входят организация санитарно-эпидемиологической службы на территории своей деятельности, обеспечение единообразия в ведении госсанэпиднадзора, обеспечение хозяйственно-финансовой деятельности, контроль за эффективностью и качеством работы подчиненных учреждений. Кроме того, учреждения данного уровня управления могут



выполнять ряд функций учреждений 1-го уровня - лабораторные и инструментальные исследования, отдельные виды надзора или его элементы - контроль за источниками ионизирующего излучения, отдельные виды предупредительного санитарного надзора и т.п.

Центры Госсанэпиднадзора 2-го уровня выполняют функции госсанэпиднадзора более высокого порядка, анализируя информацию о состоянии здоровья, среде обитания, выявляя влияние отдельных факторов и их комплексов на здоровье, обеспечивая социально-гигиенический мониторинг, лабораторный контроль, организацию и поддержание в рабочем состоянии информационных систем и сетей, организацию и ведение систем аккредитации, лицензирования и т.д. Для всех указанных видов деятельности ведущим является организация и контроль за единым и эффективным функционированием имеющихся систем и подсистем.

На **3-м уровне** осуществляется руководство государственной санитарно-эпидемиологической службой Российской Федерации, организация госсанэпиднадзора в стране. С августа 1996 г. эти задачи возложены на Минздравсоцразвития Российской Федерации и его подразделение - Департамент госсанэпиднадзора.

Основными функциями Минздравсоцразвития Российской Федерации в области управления государственной санитарно-эпидемиологической службой являются:

- организация и осуществление госсанэпиднадзора;
- управление деятельностью государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации;
- координация деятельности санитарно-эпидемиологических служб министерств и ведомств, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, хозяйствующих субъектов по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- санитарно-эпидемиологическое нормирование;
- определение приоритетных направлений деятельности, организация научно-исследовательских работ, связанных с обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия населения, и др.

Таким образом, государственная санитарно-эпидемиологическая служба на современном этапе имеет трехуровневую систему управления. Каждый уровень представлен центрами Госсанэпиднадзора, выполняющими однородные функции на территории своей деятельности, повторяющей административное деление (федеральный

- региональный - местный уровень), либо на экстерриториальном уровне - центры Госсанэпиднадзора на транспорте. Управление по вертикали обеспечивается единой

системой финансирования, назначения и освобождения руководителей, определения объема и характера выполняемой работы, контроля за деятельностью.

В центрах Госсанэпиднадзора, расположенных в сельских районах с численностью населения до 60 000, имеющих в своем составе 1-2 врачей и 6-8 помощников, наиболее целесообразным является иметь отделение Госсанэпиднадзора; отделение лабораторного контроля. Указанные подразделения должны выполнять функции, предусмотренные Положением о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации применительно к конкретному учреждению данного уровня управления.

В центрах Госсанэпиднадзора, расположенных в сельских районах с населением более 60 000, в районах городов, в городах без районного деления, в городах с районным делением, не имеющих таких центров в районах и в структуре межрайонных (зональных) центров Госсанэпиднадзора, целесообразно иметь отдел (отделение) социально-гигиенического мониторинга; отдел (отделение) Госсанэпиднадзора, который при наличии достаточного количества специалистов может включать подразделения: эпидемиологическое, гигиены питания, гигиены труда, гигиены детей и подростков, коммунальной гигиены, санитарно-контрольное, другие подразделения; отдел лабораторного контроля с санитарно-химическим и микробиологическим отделениями.

В структуре учреждений 2-го уровня необходимо предусмотреть следующие блоки (направления) деятельности:

*Информационно-аналитический блок*, включающий в себя:

- социально-гигиенический отдел с отделениями изучения здоровья населения, программно-аппаратного обеспечения;

- отдел организации госсанэпидслужбы с отделениями организации и планирования деятельности службы, подготовки и использования кадров, метрологии и стандартизации, гигиенического образования с пресс-центром;

*блок организации госсанэпиднадзора*, состоящий из:

- отдела организации госсанэпиднадзора с отделениями:

- эпидемиологическим, гигиены питания, гигиены труда, гигиены детей и подростков, коммунальной гигиены, санитарно-карантинным, радиационной гигиены, другими подразделениями;

- отдел организации лабораторного контроля с лабораториями санитарно-химической, микробиологической, физических факторов.

В состав учреждений данного уровня управления должны быть также включены подразделения, непосредственно обеспечивающие деятельность учреждений: общий

отдел, бухгалтерия, планово-экономический отдел, транспортный отдел, отдел материально-технического обеспечения и строительства и др.

Если центр Госсанэпиднадзора 2-го уровня управления выполняет непосредственно функции госсанэпиднадзора по каким-либо из его разделов (т.е. функции 1-го уровня), в его структуре следует создавать соответствующие подразделения - отдел радиационной гигиены, отдел предупредительного санитарного надзора и пр.

Одними из важнейших направлений деятельности госсанэпидслужбы являются организация, проведение и контроль за осуществлением **текущей и профилактической дезинфекции**.

Дезинфекцию проводят учреждения дезинфекционного профиля - дезинфекционные станции и государственные унитарные предприятия дезинфекционного профиля. С 1991 по 2005 г. их число изменилось незначительно - с 80 до 70. Большинство дезинфекционных станций преобразовано в государственные унитарные предприятия дезинфекционного профиля. Это самостоятельные коммерческие организации, учреждаемые центрами Госсанэпиднадзора в субъектах Российской Федерации и работающие под их руководством и контролем. Эти учреждения проводят профилактические дезинфекционные мероприятия - дезинфекцию, дезинсекцию, дератизацию как по заявкам предприятий, так и для населения.

Предупреждением возникновения и распространения особо опасных инфекционных заболеваний - чумы, холеры, сибирской язвы занимаются противочумные станции. Их число и дислокация соответствуют в основном ареалам наиболее вероятного возникновения особо опасных инфекционных заболеваний. Противочумные станции наблюдают за циркуляцией возбудителей особо опасных инфекционных заболеваний в природных очагах, участвуют в неотложных мероприятиях при появлении случаев особо опасных заболеваний людей, проводят специальные противоэпидемические мероприятия в зонах чрезвычайных ситуаций, готовят специалистов по вопросам эпидемиологии и лабораторной диагностики особо опасных инфекционных заболеваний и др.

Под **системой информационного обеспечения** в государственной санитарно-эпидемиологической службе подразумевается разветвленная, многоуровневая автоматизированная информационная система «Санэпид» (АИС Санэпид), созданная и функционирующая с целью:

- сбора, обработки, анализа информации о состоянии здоровья населения и среды его обитания; прогнозирования и моделирования ситуаций, связанных с изменением в показателях здоровья в зависимости от изменения факторов среды обитания;

- сбора, обработки, анализа информации о деятельности учреждений службы.

Информационно-аналитические центры госсанэпиднадзора обеспечивают сбор, обработку и анализ информации, поступающей из подчиненных центров, а также от

других организаций, располагающих данными, необходимыми для анализа состояния здоровья населения и среды его обитания. На этом уровне осуществляются сбор и хранение данных из многих источников информации, создание и ведение баз данных, решение функциональных задач. Основной целью деятельности информационно-аналитических центров являются анализ информации, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, предоставление информации вышестоящему уровню управления.

Абонентские пункты в центрах Госсанэпиднадзора 1-го уровня осуществляют сбор, статистическую обработку информации для последующего ее использования при организации и проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий и передачи обобщенных данных на более высокий уровень управления.

В настоящее время разработаны специализированные прикладные программы для информационно-аналитических центров в центрах Госсанэпиднадзора 2-го уровня. Это программы анализа неинфекционной заболеваемости, состояния среды обитания (воздуха, питьевой воды, физических факторов и др.), поиска и расчета связи отдельных факторов среды обитания, а также их комплекса и состояния здоровья населения. Организована также разработка геоинформационных систем.

## **РАЗДЕЛ 10.**

# **КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

При ответе на вопрос о контроле качества в здравоохранении нужно знать: что такое качество, что такое контроль, качество чего мы собираемся контролировать, какой должна быть методика и технология контроля качества в здравоохранении, какой должна быть система контроля качества и управления качеством в здравоохранении.

Качество в общем понимании рассматривается как «свойство товара (или услуги) удовлетворять спрос потребителя».

Оценка качества - определение фактического уровня качества обслуживания.

Обеспечение качества - на основе оценки фактического уровня качества обслуживания принятие мер по изменению обслуживания в соответствии с результатами этой оценки.

Контроль качества - синоним - обеспечения качества (обеспечение качества считается специалистами более точным, так как термин «контроль» трактуется неоднозначно).

В соответствии с международными стандартами качество определяется как «совокупность свойств и характеристик продукта или услуг, которая придает ему способность удовлетворять установленные или подразумеваемые потребности».

Федеральный фонд ОМС дает следующее определение: «Качество медицинской помощи - это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, т.е. его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с системой здравоохранения».

<sup>1</sup> В разделе использованы материалы, подготовленные Е.Н. Савельевой из учебного руководства под ред. Ю.П. Лисицына «Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения», 1998.

Качество - свойство товара (услуги), необходимое для успешного маркетинга, а значит для успешной работы учреждений системы здравоохранения в условиях рыночных отношений. Необходимо контролировать качество:

- услуг (деятельность профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, удовлетворяющая потребности населения в различных видах медицинской помощи);

- предметов медицинского назначения (лекарства, перевязочные средства, оборудование, различные приспособления и т.д.);

- медицинской информации (медицинская литература, различные информационно-поисковые системы с использованием ЭВМ, новые методы, методики, идеи и т.д.);
- специалистов;
- медицинских учреждений и др.

В большинстве стран контроль качества медицинских учреждений обеспечивается их лицензированием. Система лицензирования медицинских учреждений введена и в России. Обязательное лицензирование медицинских учреждений связано с введением медицинского страхования. Сущность лицензирования заключается в выдаче медицинскому учреждению государственного разрешения - лицензии, дающей право на определенные виды деятельности в системе медицинского страхования. Процедура лицензирования основана на всестороннем анализе состояния учреждения, его кадров, оснащения, работы. Лицензия подтверждает определенный минимально необходимый стандарт качества учреждения для его участия в медицинском страховании как исполнителя медицинских услуг. В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», помимо лицензирования, проводится аккредитация медицинских учреждений. Аккредитация медицинских учреждений требует тщательной подготовки. Для аккредитации необходимы стандарты качества. В будущем при развитии конкуренции медицинских учреждений и их товаров роль аккредитации, вероятно, существенно возрастает.

В Законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» лицензированию и аккредитации медицинских учреждений посвящена ст. 21, относящаяся к разд. 4 «Деятельность медицинских учреждений в системе медицинского страхования».

Качество специалистов определяется системой медицинского образования, аттестации и сертификации специалистов, созданием экономических стимулов высококвалифицированного и качественного труда. В соответствии с Основами законодательства «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» рыночные отношения позволят специалистам иметь частную медицинскую практику, быть самостоятельными юридическими лицами и хозяйствующими субъектами. Для контроля качества их деятельности как и деятельности медицинских учреждений вводится лицензирование, а для специалистов - аттестация и сертификация.

При помощи лицензирования, аккредитации и сертификации государство при участии профессиональных ассоциаций и представителей заинтересованных организаций может в определенной степени организовать управление качеством в здравоохранении.

Наиболее актуальной и трудной проблемой остается контроль качества медицинской помощи (или обслуживания). Медицинские услуги - различные виды деятельности в области здравоохранения, удовлетворяющие потребности в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации; это особый вид товара. Медицинские услуги как товар обладают рядом свойств, крайне затрудняющих контроль их качества. Это неосвязаемость

услуг до момента приобретения (их нельзя заранее оценить при помощи органов чувств или технических устройств), неотделимость от источника, будь то человек или машина (услуга реально существует только во время ее оказания специалистами, без исполнителя нет услуги), несохраняемость (услуга существует только при взаимодействии производителя и потребителя, сохранить ее после окончания этого взаимодействия нельзя). Непостоянство качества связано с тремя предыдущими свойствами.

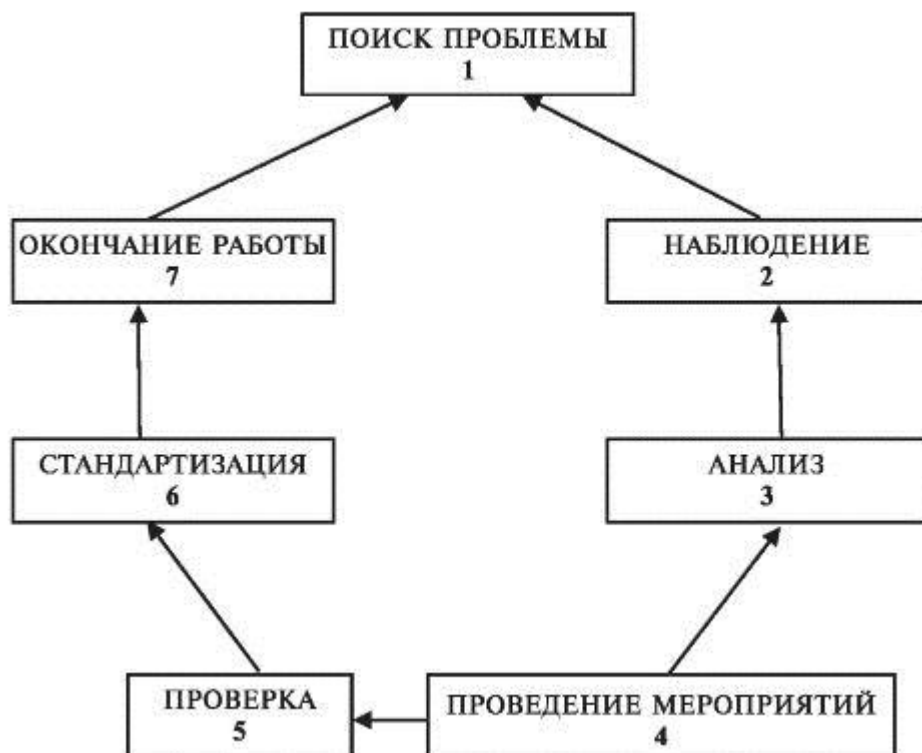
В отношении качества медицинской помощи используются термины: оценка, контроль, обеспечение, управление.

Чтобы быть конкурентоспособным в условиях мировой экономики, здравоохранение, как и другие отрасли, должно войти в единую систему контроля качества.

Отечественный и зарубежный опыт позволяет выделить 3 подхода к контролю качества в здравоохранении: структурный; процессуальный; по конечному результату.

Структурный подход реализуется в лицензировании и аккредитации медицинских учреждений, аттестации и сертификации специалистов. Сущность этого подхода в том, что учреждение, медикаменты, материалы и оборудование, специалисты обеспечивают высококачественные медицинские услуги. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений регламентируются Основами законодательства «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и пакетом документов, определяющих технологию лицензирования и аккредитирования медицинских учреждений.

Особое значение для структурного подхода к контролю качества в учреждениях здравоохранения имеет управление кадрами, т.е. их отбор, подготовка, организация труда и его стимулирование. Управление должно тесно коррелировать со всем циклом процессов, определяющих это понятие (рис. 12). Этот замкнутый цикл соответствует японскому опыту управления качеством (рис. 13).



**Рис. 12.** Замкнутый цикл управления качеством.

1. Всеаспектное управление качеством на уровне фирмы (учреждения), участие всех сотрудников фирмы (учреждения) в

2. Подготовка и повышение квалификации кадров в области управления качеством

3. Деятельность кружков качества

4. Инспектирование и оценка деятельности по управлению качеством (премия Деминга предприятию, проверка деятельности руководства)

5. Использование статистических методов

6. Общенациональная программа по контролю качества

**Рис. 13.** Японская система управления качеством.

Процессуальный подход должен дополнять структурный подход к контролю качества и требует участия экспертов.

Контроль качества по конечному результату точнее было бы назвать контролем эффективности как элемента качества. Оценивая возможности контроля качества в здравоохранении по конечному результату, необходимо ответить на вопрос, каким должен быть результат. Планирование конечного результата деятельности требует



реальной оценки факторов, на него влияющих. На конечный результат в здравоохранении влияет огромное число неуправляемых факторов (не поддающихся воздействию работников системы здравоохранения). В сочетании со множеством факторов, определяющих непостоянство качества медицинских услуг, это весьма затрудняет контроль качества по конечному результату. В настоящее время, к сожалению, планирование результата и его оценка несовершенны и основаны скорее на профессиональной интуиции, а не на объективных методах.

Большое место в оценке качества принадлежит стандартам и особенно медико-экономическим стандартам, которые имеют непосредственное отношение и к структурному, и к процессуальному подходу, и к контролю качества медицинского обслуживания по конечному результату. Выросшая на основе диагностически родственных групп (клинико-статистических групп) система медико-экономических стандартов используется не столько в контроле качества, сколько в ценообразовании, хотя в контроле качества эта система также может быть использована достаточно эффективно.

Среди таких стандартов - стандарты ресурсов здравоохранения, стандарты медицинских служб и учреждений, технологические стандарты, стандарты программ медицинской помощи, медико-экономические стандарты, комплексные стандарты (табл. 45).

**Таблица 45.** Виды медицинских стандартов

Виды стандартов	Область применения стандартов			
	первичная медикосоциальная помощь	специализированная помощь	больничная помощь	долговременная помощь
1. Стандарты на ресурсы здравоохранения	+	+	+	-
2. Стандарты организации медицинских служб и учреждений	+	+	+	-
3. Технологические стандарты	-	+	+	-
4. Стандарты программ медицинской помощи	+	+	+	-
5. Медико-экономические стандарты	-	-	+	-

Стандарты могут быть рекомендательными и законодательными. Задачи стандартов: повысить качество медицинской помощи, уменьшить дублирование работы, сократить длительность лечения, повысить безопасность больных и защиту медицинских работников от необоснованных обвинений, обеспечить возможность оценки необходимых ресурсов.

Существуют международные, государственные, территориальные медицинские стандарты, стандарты медицинских учреждений, медицинских программ, медицинских технологий (для медицинских услуг и пролеченных больных), научно-медицинские стандарты, профессиональные стандарты медицинских знаний и навыков.

Стандарты медицинских технологий развивались под названием диагностически-связанных групп (ДСГ). Аналогичные методики были использованы в Кемеровской области и других регионах при введении нового хозяйственного механизма под названием «клинико-статистические группы» (КСГ) для оценки качества и взаиморасчетов. При подготовке к введению медицинского страхования в документах Минздрава по отношению к технологическим стандартам, дополненным для использования в формировании цен, стали использовать термин «медико-экономические стандарты» (МЭС).

МЭС оценивают медицинские технологии, результаты их выполнения и стоимость реализации.

МЭС медицинских учреждений разрабатываются учреждениями и являются их собственностью.

В 1992 г. были утверждены «Методические рекомендации по порядку создания стандартов (нормативов) диагностики, лечения и стандартов качества лечения для лицензирования и аккредитации лечебных учреждений». Разработаны и разосланы руководителям органов здравоохранения федеральные медицинские стандарты, включающие 218 групп с кодовыми обозначениями в терминах МКБ. Схема представления федеральных медицинских стандартов включает класс МКБ, наименование заболевания (групп заболеваний), шифр МКБ, диагностические процедуры, лечебные процедуры, требования к результатам лечения.

Минздрав РФ предложил Программу работ по стандартизации на 1998-2002 гг. Программой предусмотрена разработка 85 нормативных документов по стандартизации в здравоохранении. Проблема стандартизации непосредственно связана с созданием и применением отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования». С 1999 г. началось создание протоколов ведения больных. Уже созданы десятки таких протоколов из 5000-6000 протоколов, учитывающих различные заболевания, синдромы и клинические ситуации. Протоколы как развитие стандартизации способствуют улучшению качества медицинской помощи и снижению расходов на лечение больных.

Предложено несколько **критериев** оценки качества медицинского обслуживания. Региональное бюро ВОЗ для Европы предложило следующие критерии.

**Эффективность** - соотношение между фактическим действием службы и максимальным воздействием, которое эта служба или программа может оказать в идеальных условиях.

**Экономичность** - соотношение между фактическим воздействием службы или программы и ее стоимостью.

**Адекватность** - соответствие фактического обслуживания его целям и методам реализации.

**Научно-технический уровень** - применение имеющихся медицинских знаний и техники при оказании медицинской помощи.

В условиях переходного периода рекомендуется использовать и такие компоненты качества, как своевременность, доступность - достаточность, репрезентативность критериев качества.

**Своевременность** определяется как соотношение между временем получения адекватной помощи от момента возникновения потребности и минимальным временем, которое понадобилось бы службе здравоохранения для оказания такой помощи в идеальных условиях.

**Доступность** - соотношение между числом пациентов, своевременно получающих адекватную помощь, и общим числом нуждающихся.

**Достаточность** - минимальный набор лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для оказания адекватного объема медицинской помощи и наибольшей ее эффективности.

**Репрезентативность критериев качества** - соотношение реально полученных величин принимаемых к анализу показателей с некой идеально точной величиной, наиболее полно отражающей свойства изучаемого объекта.

В НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко (ныне ВНИИ общественного здоровья) был разработан интегральный показатель для оценки эффективности медицинского обслуживания, включающий 3 компонента: медицинский, социальный и экономический.

Коэффициент (показатель) медицинской эффективности:

$$K_m = \frac{\text{Число случаев достигнутых медицинских результатов}}{\text{Общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи}} \times 100\%$$

Коэффициент (показатель) социальной эффективности:

$$K_c = \frac{\text{Число случаев удовлетворенности потребителя}}{\text{Общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи}} \times 100\%$$

Коэффициент (показатель) экономической эффективности (или затрат):

$$K_z = \frac{\text{Нормативные затраты}}{\text{Фактически произведенные затраты на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи}} \times 100\%$$

При наличии медико-экономических стандартов можно предложить соответствующий расчет экономической эффективности:

$$K_э = \frac{\text{Число случаев медицинской помощи по стоимости, соответствующей стандарту}}{\text{Общее число оцениваемых по стандарту случаев оказания медицинской помощи}} \times 100\%$$

Интегрированный коэффициент (показатель) эффективности медицинского обслуживания:

$$K_{и} = K_{м} \times K_{с} \times K_{э} \text{ или } K_{и} = K_{м} \times K_{с} \times K_{э}$$

Интегрированный коэффициент эффективности медицинского обслуживания равен произведению коэффициентов медицинской, социальной и экономической эффективности.

Помимо коэффициента эффективности, вычисляется коэффициент качества (который оценивает соблюдение оптимальной технологии обслуживания):

$$K_к = \frac{\text{Число случаев, соответствующих оптимальной технологии}}{\text{Общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи}} \times 100\%$$

Возможна оценка технологии обслуживания по ее медико-экономическим стандартам. Существовали и иные экспертные методики оценки технологии обслуживания, использованные до разработки стандартов.

Интегрированный показатель эффективности и коэффициент качества, характеризующий технологию обслуживания, можно объединить, рассчитав комплексный коэффициент (показатель) качества медицинского обслуживания.

Комплексный показатель качества медицинского обслуживания:

$$КП = K_{м} \times K_{с} \times K_{э} \times K_{к} \text{ или } КП = K_{и} \times K_{к},$$

где КП - комплексный показатель качества;  $K_{м}$  - коэффициент медицинской эффективности;  $K_{с}$  - коэффициент социальной эффективности;  $K_{э}$  (или  $K_э$ ) - коэффициент экономической эффективности;  $K_{к}$  - коэффициент качества, рассчитанный на основе процессуального (технологического) подхода.

Контроль качества предполагает 5 уровней организации, которые осуществляются:

- заведующим структурным подразделением;
- заместителем главного врача ЛПУ по лечебным вопросам;
- экспертной комиссией ЛПУ по контролю качества;

- экспертной комиссией при городском отделе здравоохранения по контролю качества;
- экспертной комиссией при областном отделе здравоохранения по контролю качества.

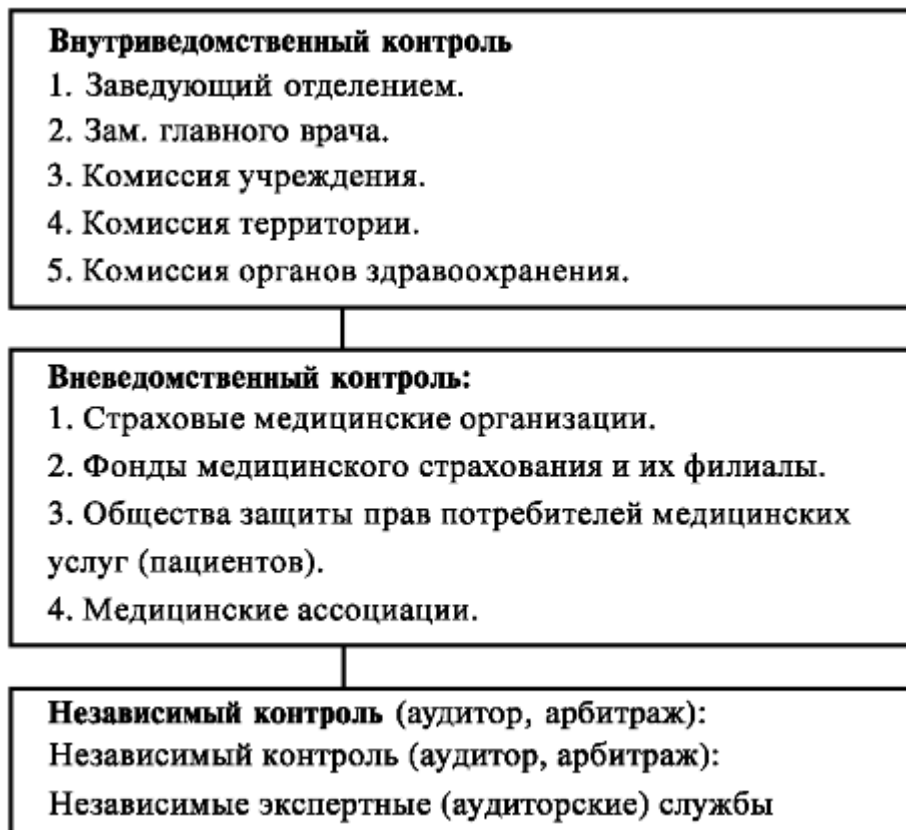
Приводим схему контроля качества (рис. 14).



**Рис. 14.** Субъекты контроля качества медицинской помощи.

Введение медицинского страхования заставило организовать **ведомственный** и **вневедомственный контроль качества** медицинской помощи страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС. Система контроля качества в ОМС создается на основе единых методических подходов, в разработке которых ведущая роль принадлежит Федеральному фонду ОМС. В добровольном медицинском страховании система контроля качества определяется страховой медицинской организацией и закрепляется ее договорами с медицинскими

учреждениями. Вневедомственный контроль качества при медицинском страховании не исключает, а дополняет внутриведомственный контроль качества медицинской помощи в системе здравоохранения (рис. 15).



**Рис. 15.** Ступени контроля качества медицинского обслуживания

В странах с классической моделью страховой медицины, например в Германии, для обеспечения качества используется контроль по отклонению от среднего уровня (в основном по числу определенных услуг и их стоимости) в сочетании с экспертной оценкой.

Помимо названных подходов к оценке и контролю качества, в том числе международными организациями, предложены простые оценки, основанные на практическом, клиническом опыте и обобщенные в работах кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения РГМУ (Ю.П. Лисицын, К.А. Отдельнова). Были предложены критерии качества и факторы, на него влияющие, представленные ниже (см. табл. 46).

*Критерии качества медицинской помощи. Конечный результат деятельности в здравоохранении и факторы, на него влияющие*

**I. Субъективный критерий** - удовлетворенность медицинской помощью:

- населения;

- медицинских работников;
- руководства медицинских учреждений.

**II. Объективный критерий** - показатели здоровья человека (населения).

**III. Объективный критерий** - качество медицинской помощи:

- своевременность;
- квалификация персонала;
- экономическая эффективность;
- деонтологические критерии.

**IV. Факторы, влияющие на качество медицинской помощи:**

- общеэкономические и качества состояния медицинского учреждения;
- зависящие от врача, медицинского персонала;
- зависящие от больного, условий и образа его жизни.

Как отмечалось, оценка качества медицинской помощи концентрируется и при проведении лицензирования, а особенно при **сертификации**, т.е. подтверждении соответствия услуг установленным требованиям. В основу сертификации, как отмечают составители цитированной книги «Качество медицинской помощи» (Саратов, 1997), положены:

- оценка структуры медицинского учреждения;
- оценка квалификации медицинского персонала;
- оценка материально-технической базы учреждения и его оснащенности его оборудованием, инвентарем и т.д.;
- определение соответствия объемов оказываемой медицинской помощи материально-техническим, кадровым ресурсам и фактическим возможностям лечебных, параклинических и вспомогательных учреждений;
- определение соответствия фактически выполненных услуг заявляемой номенклатуре;
- определение соответствия технологии оказания медицинской помощи утвержденным территориальным медико-экономическим стандартам;

- комплексная оценка деятельности медицинского учреждения;

**Таблица 46.** Критерии качества медицинской помощи

I. Удовлетворенность медицинской помощью			
1. Удовлетворенность пациента (населения) медицинской помощью: – отсутствие жалоб; – данные социологического опроса	2. Удовлетворенность врача (коллектива работников медицинского учреждения) своей работой	3. Удовлетворенность руководства (главного врача, органов здравоохранения и др.)	
II. Объективный критерий – здоровье			
1. Одного пациента: – состояние здоровья, группа здоровья; – исход заболевания (выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, смерть)	2. Группы пациентов: – демографические показатели (рождаемость, смертность, детская смертность и т.д.); – распределение по группам здоровья; – заболеваемость, травматизм; – интенсивные показатели исходов заболеваний; – инвалидность		
III. Объективный критерий – качество медицинской помощи			
1. Своевременность: – обращения; – доставки; – обследования; – консультации специалистов; – установления диагноза; – назначения лечения; – проведения лечения; – взятия под диспансерное наблюдение	2. Квалификация: – полнота обследования; – правильность установленного диагноза; – правильность и полнота назначенного лечения; – правильность и полнота проведенного лечения; – ритмичность и систематичность диспансеризации; – правильность врачебно-трудовой экспертизы; – продолжительность лечения и временной нетрудоспособности	3. Эффективность экономическая: – фактическая стоимость медицинской помощи; – соотношение фактической стоимости и стандартной (идеальной); – разница между затратами на медицинскую помощь и выгодой от снижения заболеваемости или ее предотвращения	4. Деонтологические критерии: – жалобы и критические замечания в адрес врача и других медицинских работников; – отношение пациента к врачу (уважение, признание его авторитета, стремление поехать к нему на прием); – отношение пациента к себе и своему здоровью (дисциплинированность, вредные привычки, занятия спортом и т.д.); – отношение врача к пациенту, оценка личности пациента; – отношение врача к родственникам пациента (доверие, взаимопонимание и др.)

- оценка научной и педагогической деятельности сотрудников медицинского учреждения.

Как отмечалось, оценка, контроль качества медицинской помощи и особенно **управление качеством** являются наименее разработанной проблемой ввиду ее сложности и зависимости от многих условий - организации, финансирования, информационного обеспечения и др. На основе специальных исследований и изучения опыта медицинских учреждений разрабатываются и успешно испытываются модели



управления качеством. Одна из наиболее эффективных моделей предложена В.П. Зиминим (Тамбов, 1997). В основе этой модели, как и других (учрежденческих, территориальных и пр.), лежат: система сбора информации о контроле качества; принятие решений, направленных на создание благоприятных условий для оказания медицинской помощи; контроль за реализацией принятых решений. Как и в других моделях, у В.П. Зимина оценка-анализ и контроль качества медицинских услуг реализуются на 3 уровнях: заведующий подразделением, экспертно-аналитическая группа, возглавляемая заместителем главного врача по медико-экспертной работе, главный врач, возглавляющий комиссию по подведению итогов деятельности учреждения. При оценке, контроле качества медицинской помощи, т.е. основы использования всех организационных, экономических, кадровых, материально-технических, юридических, морально-нравственных и других ресурсов, выявляемых при изучении информации о работе учреждения с целью повышения показателей качества его деятельности, использования только (или исключительно) стандартов в экспертной работе недостаточно. Эксперту (группе экспертов) необходимо анализировать весь лечебно-диагностический процесс, в соответствии с программой (алгоритмом) управления качеством. В такой алгоритм входят все составляющие оценки и контроля качества. Можно сказать, что все элементы процесса контроля и оценки служат созданию технологии, более того, системы управления качеством.

Пока же общегосударственной системы управления качеством не создано. Действует, как отмечено, механизм контроля, а точнее говоря, обеспечения качества, который предусматривает улучшение медицинского обслуживания на основе рационального использования ресурсов<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> См. докторскую диссертацию Г.И. Галановой «Методологические основы системы обеспечения качества медицинской помощи населения». - М., 2000.

## **РАЗДЕЛ 11. ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ**

Экспертиза трудоспособности заключается в определении длительности и степени нетрудоспособности человека в связи с заболеванием или увечьем, в выявлении причин утраты трудоспособности, установлении инвалидности.

Нетрудоспособность - это невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность.

Установление нетрудоспособности имеет юридическое значение, так как оно освобождает от работы, обеспечивает бесплатное лечение по программе ОМС с выплатой пособий за счет средств социального страхования.

При проведении экспертизы трудоспособности выделяют медицинские и социальные критерии.

Медицинские критерии включают своевременно установленный, правильный и полный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, степени функциональных нарушений, тяжести и характера течения заболевания, наличия декомпенсации и ее стадии, осложнений. Большое значение имеет клинический диагноз, основанный на анализе результатов лечения, обратимости морфологических и функциональных изменений, характере течения заболевания и ликвидации осложнений.

В случае инвалидности врачу очень важно уметь правильно определять, какая профессия больного (увечного) является основной, поскольку по отношению к ней должна быть установлена стойкая нетрудоспособность. Под основной профессией следует понимать наиболее квалифицированную из всех профессий, выполняемых

<sup>1</sup> В разделе использовались материалы, подготовленные Е.И. Нестеренко из учебного руководства под ред. Ю.П. Лисицына «Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения». 1998.

больным (увечным), или это может быть профессия, приобретенная в результате специального образования и обучения. Если больной в течение своей трудовой деятельности имел несколько равнозначных по квалификации профессий, то стойкая нетрудоспособность может устанавливаться по отношению к последней либо наиболее длительно выполняемой работе.

Особое значение при решении вопросов трудоспособности имеет клинический и трудовой прогноз. В экспертизе трудоспособности эти два понятия взаимосвязаны.

### **11.1. Экспертиза временной нетрудоспособности**

**Временная нетрудоспособность** - состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором невозможно выполнение профессионального

труда в обычных производственных условиях в течение относительно небольшого промежутка времени.

Временная нетрудоспособность устанавливается на весь период болезни при благоприятном прогнозе. При неблагоприятном прогнозе она продолжается до выявления стойкой нетрудоспособности.

Временная нетрудоспособность устанавливается лицам, утратившим трудоспособность в связи с болезнью или травмой, но может быть установлена и с профилактической целью в случае карантина или санаторно-курортного лечения, и ее установление направлено на предотвращение дальнейшего развития заболевания. Возможны показания социального порядка, когда освобождение от работы трудоспособного человека преследует уход за заболевшим членом семьи, носительство возбудителя, дегельминтизация и т.п.

Временная нетрудоспособность подразделяется на полную и частичную.

Полная временная нетрудоспособность - это утрата работающим способности к труду на определенный срок и потребность в специальном режиме и лечении.

Частичная временная нетрудоспособность - это такое состояние заболевшего (получившего травму), когда он временно не может выполнять свою обычную профессиональную работу, но без ущерба для здоровья может выполнять другую работу, с иным режимом и объемом.

**Экспертиза временной нетрудоспособности** - оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

В ЛПУ выделяют следующие уровни экспертизы временной нетрудоспособности: лечащий врач; клинико-экспертная комиссия (КЭК) ЛПУ; клинико-экспертная комиссия органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект Федерации; клинико-экспертная комиссия органа управления здравоохранением субъекта Федерации; главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности Минздравсоцразвития России.

Экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется лечащими врачами в ЛПУ независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности и формы собственности, при наличии лицензии на данный вид медицинской деятельности. Лечащими врачами являются врачи, непосредственно осуществляющие амбулаторный прием или лечение больных и стационаре: участковые, цеховые, семейные врачи, специалисты широкого и узкого профиля (хирурги, травматологи, невропатологи, акушеры-гинекологи, стоматологи и др.). Она относится к числу ежедневных обязанностей лечащих врачей наряду с диагностикой, лечением и профилактикой болезней.

В отдельных случаях (в труднодоступных сельских районах, в районах Крайнего Севера и т.д.) по решению органа управления здравоохранением проведение экспертизы временной нетрудоспособности разрешается среднему медицинскому работнику.

Врачи и средние медицинские работники, работающие в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения, осуществляют экспертизу временной нетрудоспособности на основании лицензии, выданной учреждению. Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне ЛПУ, должны иметь лицензию на основной вид медицинской деятельности и проведение экспертизы временной нетрудоспособности, а также удостоверение (свидетельство) об окончании курса повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности.

Лечащий врач, осуществляющий экспертизу временной нетрудоспособности:

- определяет признаки временной утраты трудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;

- в первичных медицинских документах фиксирует жалобы пациента, анамнестические и объективные данные, назначает обследования и консультации, формулирует диагноз заболевания и указывает степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений, обуславливающих нетрудоспособность;

- рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид лечебно-охранительного режима, назначает дополнительные обследования, консультации;

- определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнения и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах;

- выдает листок нетрудоспособности (справку) в соответствии с «Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан» (в том числе при посещении на дому), назначает дату очередного посещения врача, о чем делает соответствующую запись в первичной медицинской документации;

- при последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, обосновывает продление освобождения от работы;

- своевременно направляет пациента для консультации на клинично-экспертную комиссию для продления листка нетрудоспособности свыше сроков, установленных «Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан», решения вопросов о дальнейшем лечении и других экспертных вопросов (так, частнопрактикующий врач при необходимости продления листка нетрудоспособности свыше 30 дней направляет пациента для консультации и решения вопроса о дальнейшем лечении на клинично-экспертную комиссию учреждения здравоохранения, обеспечивающего медицинскую помощь в соответствии с программой ОМС);

- при нарушении назначенного лечебно-охранительного режима (в том числе при алкогольном опьянении) делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности, в истории болезни с указанием даты и вида нарушения (с отметкой «алкогольное опьянение» врач направляет его на комиссию по экспертизе алкогольного опьянения);

- выявляет признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности, своевременно организует направление пациента на клиничко-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу;

- выявляет, производит отбор и осуществляет диспансеризацию длительно и часто болеющих пациентов (граждан, имеющих в год 4 случая и более и 40 дней временной нетрудоспособности по одному заболеванию или 6 случаев и 60 дней с учетом всех заболеваний), проводит лечебно-диагностическую работу с этим контингентом, дает экспертно-трудовые рекомендации и изучает эффективность последних;

- при восстановлении трудоспособности и выписке на работу отражает в первичных медицинских документах объективный статус и аргументированное обоснование для закрытия листка нетрудоспособности;

- анализирует причины заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке и реализации мероприятий по их снижению;

- постоянно совершенствует знания по экспертизе временной нетрудоспособности.

Заведующий отделением стационара, поликлиники (при наличии в штатном расписании):

- осуществляет постоянный контроль за исполнением лечащими врачами функций по организации и проведению лечебно-диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности, выдачей документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, своевременным и правильным направлением пациентов на клиничко-экспертную комиссию и на медико-социальную экспертизу;

- проводит экспертную оценку качества оказания медицинской помощи пациентам на разных сроках лечения с обязательным личным осмотром и записью в первичных документах, а также осуществляет экспертную оценку медицинской документации по окончании периода временной нетрудоспособности или при переводе пациента на другой этап лечения;

- совместно с лечащим врачом направляет больного на клиничко-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу;

- осуществляет контроль за своевременным повышением квалификации врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

- ежемесячно анализирует причины и сроки временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность пациентов, определенные лечащими врачами, и клиничко-экспертные ошибки. При отсутствии в штатном расписании должностей заведующих отделениями их функции выполняет заместитель учреждения по клиничко-экспертной работе.

Заместитель руководителя учреждения (главного врача, начальника, заведующего) по клиничко-экспертной работе выполняет следующие обязанности:

- возглавляет клиничко-экспертную комиссию и обеспечивает условия для ее работы;

- осуществляет выборочный текущий контроль по законченным случаям (по медицинской документации или после личного осмотра пациентов) за исполнением врачами функций по диагностике, лечению, реабилитации и экспертизе временной нетрудоспособности, принимает участие в решении клиничко-экспертных вопросов;

- анализирует клиничко-экспертные ошибки, докладывает на врачебных конференциях результаты анализа экспертизы и проводимых мероприятий по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности;

- осуществляет взаимодействие с соответствующими медико-социальными экспертными комиссиями, учитывает и анализирует расхождения экспертных решений, ошибок и нарушений порядка направления пациентов на медико-социальную экспертизу и регулярно докладывает результаты экспертизы на врачебных конференциях;

- рассматривает иски и претензии медицинских страховых организаций, территориальных исполнительных органов Фонда социального страхования, жалобы пациентов по вопросам качества медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности;

- организует учебу лечащих врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности.

Руководитель учреждения здравоохранения:

- является ответственным за экспертизу временной нетрудоспособности в ЛПУ, издает приказы по вопросам ее организации и проведения;

- организует учет и отчетность по временной нетрудоспособности;

- утверждает состав клиничко-экспертной комиссии, регламент ее работы;

- назначает лиц, ответственных за учет, получение, хранение и расходование бланков документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, создает условия для их оформления и выдачи;

- определяет потребность в бланках листов нетрудоспособности, ежегодно в установленные сроки (до 15.01) направляет заявку в территориальный орган управления здравоохранением на необходимое число бланков и отчитывается об их использовании;

- о всех случаях хищения бланков сообщает в вышестоящий орган управления здравоохранением;

- применяет меры дисциплинарного и материального воздействия к работникам, допустившим клинично-экспертные ошибки, нарушение порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности, правил хранения, учета, оформления и выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, при необходимости в установленном законодательством порядке направляет материалы в следственные органы для привлечения виновных к уголовной ответственности.

Клинично-экспертная комиссия (КЭК) создается в государственных (муниципальных) ЛПУ, а также при органах управления здравоохранением территорий, входящих в субъект Федерации, и субъектов Федерации.

Комиссия создается в ЛПУ и проводит свои заседания еженедельно в соответствии с установленным планом, при органах управления здравоохранением - по мере необходимости.

КЭК возглавляется заместителем руководителя ЛПУ и по клинично-экспертной работе либо заместителем по лечебной работе, выполняющим данные функции, комиссия при органе управления здравоохранением - заместителем руководителя по клинично-экспертной работе ведущего ЛПУ территории.

В состав КЭК входят ведущие специалисты ЛПУ или территории, на договорной основе могут привлекаться специалисты медицинских, научно-исследовательских институтов и других учреждений и организаций.

При комиссионном рассмотрении и проведении экспертной оценки работы специалистов или подразделений присутствие проверяемых лиц или руководителей обязательно.

Решение комиссии принимается простым большинством голосов, заключение вносят в первичные медицинские документы, а также в книгу записей заключений комиссии. Копии заключений, заверенные печатью ЛПУ или органом здравоохранения, выдаются по требованию пациента либо направляются в другие инстанции в установленном порядке.

#### **КЭК ЛПУ:**

- принимает решение по представлению лечащего врача и заведующего отделением, дает заключения;

- решает вопрос о продлении листка нетрудоспособности в случаях, предусмотренных «Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан» (сроки одномоментного продления листка нетрудоспособности клинико-экспертной комиссией устанавливаются индивидуально);

- участвует в сложных и конфликтных ситуациях экспертизы временной нетрудоспособности; а также:

- при направлении на лечение за пределы административной территории;

- при направлении пациента на медико-социальную экспертизу;

- при необходимости перевода трудоспособных лиц по состоянию здоровья на другую работу или рационального трудоустройства лиц с ограниченной трудоспособностью;

- в случаях исков и претензий медицинских страховых организаций и исполнительных органов фонда социального страхования по качеству медицинской помощи и качеству экспертизы временной нетрудоспособности;

- при освобождении от экзаменов в школах, средних и высших учебных заведениях, предоставлении академического отпуска по состоянию здоровья.

Заключения комиссии записываются в истории болезни (амбулаторной карте), книге записей заключений клинико-экспертной комиссии, подписываются председателем и членами комиссии.

Клинико-экспертная комиссия (КЭК) органа управления здравоохранением субъекта Федерации и территорий, входящих в состав субъекта Федерации:

- осуществляет выборочную экспертную оценку качества медицинской помощи населению и экспертизы временной нетрудоспособности в подведомственных ЛПУ;

- организует контроль выполнения нормативных и инструктивно-методических документов по экспертизе временной нетрудоспособности;

- принимает решение и дает заключение в сложных и конфликтных ситуациях, возникающих при проведении экспертной оценки лечебно-диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности (по представлению клинико-экспертной комиссии ЛПУ), в случаях исков и претензий территориальных исполнительных органов Фонда социального страхования, медицинских страховых организаций, жалоб граждан.

Главный внештатный специалист по клинико-экспертной работе Минздравсоцразвития России, органа управления здравоохранением субъекта Федерации и территории, входящей в состав субъекта Федерации:



- анализирует состояние и качество оказания медицинской помощи, экспертизы временной нетрудоспособности в административной территории, готовит предложения и аналитические записки по данному вопросу для рассмотрения на клиничко-экспертной комиссии и коллегии органа управления здравоохранением;

- изучает причины заболеваемости, в том числе с временной утратой трудоспособности, и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке программ по их снижению;

- контролирует организацию и эффективность работы учреждения здравоохранения по комплексной реабилитации больных и инвалидов;

- организует контроль качества медицинской помощи и совершенствование экспертизы временной нетрудоспособности;

- контролирует заполнение нормативно-правовых и инструктивных документов по экспертизе временной нетрудоспособности;

- взаимодействует с соответствующими органами социальной защиты, территориальными исполнительными органами Фонда социального страхования, Фонда медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, профсоюзными организациями;

- организует систематическое повышение квалификации врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

- рассматривает самостоятельно или готовит для рассмотрения КЭК наиболее сложные вопросы, встречающиеся в практике ЛПУ;

- при необходимости рассматривает совместно с другими главными специалистами жалобы населения по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности и качества оказания медицинской помощи;

- определяет потребность ЛПУ административной территории в бланках листов нетрудоспособности и в установленные сроки представляет в Федеральный фонд социального страхования заявки на бланки листов нетрудоспособности, согласованные с территориальным исполнительным органом Фонда социального обеспечения.

Главные специалисты по другим специализированным профилям анализируют состояние и качество экспертизы временной нетрудоспособности по каждой специализированной службе.

Удостоверяет временную нетрудоспособность и подтверждает временное освобождение от работы (учебы) - *листок нетрудоспособности*, в отдельных случаях справки установленной формы, выдаваемые гражданам при заболеваниях и травмах на период медицинской реабилитации, при необходимости ухода за больным членом семьи,

здоровым ребенком до 3 лет, на период карантина, при отпуске по беременности и родам, при протезировании в условиях протезно-ортопедического стационара.

Листок нетрудоспособности, или больничный лист, является основным документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность. Он дает право не выходить на работу, на отпуск и на получение денежного пособия из средств социального страхования.

Листок нетрудоспособности выдается:

1. Гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам, в том числе гражданам государств - членов СНГ (формы справок утверждаются Минсоцздравом), лицам без гражданства, беженцам и вынужденным переселенцам, работающим на предприятиях, в организациях и учреждениях Российской Федерации независимо от форм собственности.

2. Гражданам, у которых нетрудоспособность или отпуск по беременности и родам наступили в течение месячного срока после увольнения с работы по уважительным причинам.

3. Гражданам, признанным безработными и стоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения.

4. Бывшим военнослужащим, уволенным со срочной службы из Вооруженных сил Российской Федерации при наступлении нетрудоспособности в течение 1 мес. после увольнения.

Не подлежат социальному страхованию и не имеют права на получение больничного листа следующие категории граждан:

- 1) военнослужащие всех категорий, в том числе сотрудники ФСБ и МВД;
- 2) лица, работающие по договору подряда, поручения и т.д.;
- 3) лица, выполняющие кратковременные и случайные работы для частных нанимателей;
- 4) учащиеся всех категорий (школьники, студенты и т.д.), а также аспиранты и клинические ординаторы;
- 5) неработающие, уволенные с работы и не состоящие на учете в территориальных органах труда и занятости населения;
- 6) лица, находящиеся под арестом или на принудительном лечении по определению суда.

Согласно действующему законодательству по социальному страхованию листок нетрудоспособности, а следовательно, и пособие по временной нетрудоспособности не выдаются на время нетрудоспособности, которое приходится на период отпуска без сохранения содержания; на время проведения периодических медицинских осмотров рабочих и служащих определенных профессий; обследования в условиях стационара при призыве на военную службу; нахождения под арестом и проведения судебно-медицинской экспертизы. Больничный лист не выдается трудоспособным лицам на период обследования в амбулаторно-поликлинических условиях или в стационаре; рабочим и служащим, умышленно причинившим вред своему здоровью с целью уклонения от работы или других обязанностей либо притворившимся больными (симулянтам), а также лицам, временная нетрудоспособность которых наступила вследствие травм, полученных при совершении ими преступлений.

Листки нетрудоспособности (справки) имеют право выдавать лечащие врачи государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения на основании лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности. Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой в учреждениях здравоохранения, для получения указанной лицензии должны иметь удостоверение (свидетельство) об окончании курса повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности.

В отдельных случаях по решению местных органов управления здравоохранением выдача листков нетрудоспособности (справок) гражданам может быть разрешена медицинскому работнику со средним медицинским образованием.

Не имеют права на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, медицинские работники станций (отделений) скорой медицинской помощи, переливания крови, учреждения судебно-медицинской экспертизы, бальнеогрязелечебниц и городских курортных водогрязелечебниц, домов отдыха, туристических баз, учреждений санэпиднадзора.

Выдача и продление документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность, осуществляются врачом после личного осмотра и подтверждаются записью в медицинской документации, обосновывающей временное освобождение от работы.

Документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, выдается и закрывается, как правило, в одном ЛПУ, при показаниях может быть продлен в другом ЛПУ.

Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается (продлевается) лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения администрации ЛПУ, с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства.

Документы, подтверждающие временную утрату трудоспособности российских граждан в период их пребывания за границей, по возвращении подлежат замене на листки нетрудоспособности лечащим врачом с утверждением администрацией ЛПУ.

Листки нетрудоспособности выдаются лечащим врачом при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента.

Лицевая сторона бланка листка нетрудоспособности заполняется лечащим врачом (в отдельных случаях - средним медицинским работником), обратная сторона - администрацией предприятия (учреждения, организации), где работает пациент.

Записи в листке нетрудоспособности (справке) производятся аккуратно синими, фиолетовыми или черными чернилами, на русском языке. Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью «исправленному верить», подписью лечащего врача и печатью ЛПУ (на бланке допускается не более двух исправлений).

В корешке листка нетрудоспособности записываются: фамилия, имя, отчество пациента (полностью), возраст, домашний адрес, место работы, фамилия лечащего врача, дата выдачи листка нетрудоспособности, подпись пациента, получившего листок нетрудоспособности. В зависимости от того, выдается листок нетрудоспособности (справка) впервые или является продолжением, на бланке подчеркивается соответствующее указание.

На бланке листка нетрудоспособности записывается:

- название ЛПУ, его адрес (для частнопрактикующего врача - фамилия, имя, отчество, номер лицензии);

- фамилия, имя, отчество, пол, возраст пациента;

- полное наименование места работы пациента (для бывших военнослужащих в этой графе записывается: «уволен из Вооруженных Сил Российской Федерации по окончании срочной службы», для граждан, признанных безработными, - «состоит на учете в территориальных органах труда и занятости населения»).

Графы «диагноз» и «заключительный диагноз» не заполняются. В графе «причина нетрудоспособности» записываются соответствующий вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту, карантин, уход за больным, уход за ребенком, санаторно-курортное лечение, дородовый или послеродовый отпуск) и дополнительные сведения, приведенные на бланке в скобках.

В графе «режим» отмечается вид предписанного лечебно-охранительного режима: стационарный, амбулаторный, домашний, постельный, санаторный. В графе «отметка о нарушении режима» ставится дата нарушения и его вид (несоблюдение предписанного лечебно-охранительного режима, несвоевременная явка на прием к врачу, алкогольное опьянение, самовольный уход из ЛПУ, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача, отказ от направления или несвоевременная явка на медико-социальную экспертизу и др.).

Если при очередном посещении пациент признан нетрудоспособным, продление листка нетрудоспособности (справки) осуществляется со дня явки на прием к врачу; если пациент признан нетрудоспособным, в графе «приступить к работе» отмечается «явился (дата) трудоспособным». При отказе от направления на медико-социальную экспертизу, кроме отметки о нарушении режима, в графе «приступить к работе» записывается: «от освидетельствования медико-социальной экспертизы отказался».

В разделе «освобождение от работы» арабскими цифрами записывают, с какого числа, месяца и года, прописью - по какое число и месяц включительно пациент освобождается от работы. Разборчиво указывают должность врача, его фамилию и ставят подпись. При коллегиальном продлении указывают фамилии членов клинико-экспертной комиссии (не менее трех) и ставят подпись.

В графе «приступить к работе» отмечается дата восстановления трудоспособности следующим днем после осмотра и признания пациента трудоспособным.

В случае сохраняющейся нетрудоспособности в листке нетрудоспособности подчеркивается «продолжение», записываются дата и номер нового листка. В новом листке подчеркивается «продолжение листка №...» и указывается номер первичного листка.

Другие случаи завершения листка нетрудоспособности: «дата смерти», «дата регистрации документа медико-социальной экспертной комиссией при установлении группы инвалидности».

Листок нетрудоспособности не может быть закрыт по просьбе пациента или по требованию администрации с места его работы.

При утере листка нетрудоспособности дубликат выдается лечащим врачом при наличии справки с места работы о том, что пособие по данному листку нетрудоспособности не выплачено. В верхнем правом углу бланка записывается «дубликат», в разделе «освобождение от работы» одной строкой записывается весь период нетрудоспособности, заверяется лечащим врачом и заместителем руководителя ЛПУ по клинико-экспертной работе. Одновременно делается соответствующая запись в медицинской документации и проставляется номер выданного листка нетрудоспособности.

Печать ЛПУ (для иногородних граждан - круглая гербовая) или частнопрактикующего врача ставится в правых верхнем и нижнем углах бланка при выписке на работу или продлении листка нетрудоспособности. При продолжении лечения в другом ЛПУ соответствующая запись в листке нетрудоспособности заверяется подписью лечащего врача, заместителя руководителя по клинико-экспертной работе (в сложных и конфликтных случаях - тремя членами клинико-экспертной комиссии), печатью учреждения, выдавшего листок нетрудоспособности.

Номера бланков листов нетрудоспособности, дата их выдачи, дата продления или выписки на работу записываются в амбулаторной карте (истории болезни).

При стационарном лечении в графе «находился в стационаре» указывается время лечения в больнице, режим - «стационарный», который после выписки из стационара в случае продолжающейся временной нетрудоспособности может быть изменен на «амбулаторный (постельный, санаторный)».

В случае длительного стационарного лечения и необходимости представления листка нетрудоспособности к оплате в нем в графах «освобождение от работы» и «находился в стационаре» проставляются соответствующие сроки лечения, в графе «приступить к работе» записывается «продолжает болеть». При выписке пациента из стационара ему выдается новый листок нетрудоспособности, являющийся продолжением ранее выданного, при этом в графе «находился в стационаре» записывается общая длительность стационарного лечения, а в графе «освобождение от работы» - сроки за минусом дней, указанных в ранее выданном листке, и с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства или амбулаторного долечивания.

При санаторно-курортном лечении отмечается вид нетрудоспособности - «санаторно-курортное лечение», дата начала и окончания путевки, ее номер и место нахождения санатория; в графе «режим» - «санаторный»; в графе «освобождение от работы» проставляются дни, недостающие для лечения в санатории, и время проезда туда и обратно.

При направлении на лечение в реабилитационное отделение санатория из больничного учреждения в графе «приступить к работе» записываются «долечивание в санатории» и дата начала путевки. В графе «выдано продолжение листка» указывается номер нового бланка, который выдается в стационаре на период долечивания, отмечается причина нетрудоспособности - «заболевание», режим - «санаторный», в графе «освобождение от работы» - дата начала путевки. В правом верхнем углу ставится печать больницы.

Дальнейшее оформление листка нетрудоспособности осуществляется врачами реабилитационного отделения: в графе «находился в стационаре» указывают сроки пребывания в санатории, в графе «освобождение от работы» - по какое число находился в санатории, в графе «приступить к работе» - «продолжить лечение по месту жительства». Подписи лечащего врача и заведующего реабилитационным отделением заверяются печатью санатория.

При лечении в реабилитационном центре листок нетрудоспособности оформляется так же, как при лечении в амбулаторно-поликлиническом или стационарном ЛПУ.

В листке нетрудоспособности, выданном по уходу за больным или при карантине, подчеркивается данный вид нетрудоспособности и записывается возраст лица, за которым осуществляется уход.

При карантине указывается - «карантин», режим - «домашний», срок освобождения от работы в зависимости от вида инфекции и длительности инкубационного периода.

При протезировании в условиях протезно-ортопедического предприятия указывается вид нетрудоспособности - «протезирование», в графе «находился в стационаре» отмечаются сроки пребывания в протезно-ортопедическом стационаре, в графе «освобождение от работы» записываются сроки протезирования с учетом дней, необходимых для проезда.

В листке нетрудоспособности, выдаваемом суммарно на дородовой и послеродовой отпуск, независимо от сроков обращения в женскую консультацию в графе «диагноз» указывается срок беременности на момент обращения, в графе «заключительный диагноз» - предполагаемая дата родов, в графе «вид нетрудоспособности» - «отпуск по беременности и родам», в графе «режим» - «амбулаторный + стационарный», в графе «освобождение от работы» одной строкой записывается суммарная продолжительность отпуска.

Листок нетрудоспособности подписывается лечащим врачом, заведующим женской консультацией (для не посещавших женскую консультацию и иногородних - заведующим отделением родильного дома). При отсутствии в ЛПУ указанных должностных лиц листок нетрудоспособности подписывает единолично лечащий врач или фельдшер-акушерка.

В правом верхнем углу листка нетрудоспособности ставится печать женской консультации, в правом нижнем - печать родильного дома.

При патологических родах и многоплодной беременности выдается новый больничный лист на дополнительные дни послеродового периода,

При направлении на медико-социальную экспертизу в соответствующей графе указывается дата направления, листок нетрудоспособности подписывают лечащий врач и члены клинико-экспертной комиссии.

В случае признания больного инвалидом независимо от группы инвалидности лечебное учреждение закрывает листок нетрудоспособности датой регистрации посылного листа (ф. 38) медикосоциальной экспертной комиссией. В графе «приступить к работе» записывается дата регистрации документов медико-социальной экспертной комиссии.

В случае признания пациента трудоспособным засчитываются все дни освидетельствования комиссией и со следующего дня его выписывают на работу.

При решении медико-социальной экспертной комиссией о необходимости долечивания листок нетрудоспособности продлевается в обычном порядке.

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности осуществляется по учетно-отчетной форме 036/у «Книга регистрации листков нетрудоспособности».

Несчастливым случаем на производстве следует считать воздействие на работающего опасного производственного фактора при выполнении трудовых обязанностей или заданий руководителей работ. К несчастным случаям на производстве приравнивается утрата трудоспособности:

- 1) при выполнении донорских функций;
- 2) при выполнении государственных или общественных обязанностей, а также при выполнении специальных заданий общественных организаций, даже если эти задания не были связаны с основной работой;
- 3) при выполнении долга гражданина РФ по спасению человеческой жизни, по охране государственной собственности, а также по охране государственного правопорядка;
- 4) по пути на работу и с работы (не на транспорте предприятия);
- 5) в командировке.

Травмы на производстве расследуются, учитываются и оформляются актом установленной формы. Администрация предприятия в случае производственной травмы обязана незамедлительно создать комиссию по расследованию в составе руководителей соответствующего подразделения, службы охраны труда и техники безопасности предприятия, общественного инспектора по охране труда или другого представителя профсоюзного комитета. Расследование случая производственного травматизма должно производиться в течение 24 ч с момента происшествия.

Несчастливые случаи в пути на работу или с работы расследуются в течение 3 сут с момента их установления.

При несчастном случае (на производстве и в быту) листок нетрудоспособности выдается со дня обращения к врачу за помощью.

Пособие по временной нетрудоспособности вследствие несчастного случая на производстве выплачивается в размере 100% заработной платы.

В случае травмы в быту листок нетрудоспособности оплачивается с 6-го дня нетрудоспособности на общих основаниях.

При заболеваниях и травмах лечащий врач выдает листок нетрудоспособности единолично и одновременно на срок до 10 календарных дней и продлевает его единолично на срок до 30 календарных дней с учетом утвержденных Минздравом России ориентировочных сроков временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.



Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне ЛПУ, имеют право выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, на срок не более 30 дней.

В особых условиях (в отдаленных районах сельской местности, Крайнего Севера и т.д.) по решению местных органов управления здравоохранением выдача листков нетрудоспособности может быть разрешена лечащему врачу до полного восстановления трудоспособности или направления на медико-социальную экспертизу.

Средний медицинский работник единолично выдает больничный лист на срок до 10 дней, в исключительных случаях, после консультации с врачом ближайшего ЛПУ, - на срок до 30 дней.

При временной утрате трудоспособности более 30 дней вопрос дальнейшего лечения и продления листка нетрудоспособности решает клинико-экспертная комиссия, назначаемая руководителем медицинского учреждения.

При продлении листка нетрудоспособности свыше 30 дней частнопрактикующими врачами пациента направляют для консультации и решения вопроса о дальнейшем лечении на клинико-экспертную комиссию учреждения здравоохранения.

По решению клинико-экспертной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлен до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 мес, в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) - не более 12 мес с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью в конце рабочего дня, листок нетрудоспособности при их согласии выдается со следующего календарного дня.

Гражданам, направленным здравпунктом в ЛПУ и признанными нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в здравпункт.

Нетрудоспособным гражданам, направленным на консультацию (обследование, лечение) в ЛПУ за пределы административного района, листок нетрудоспособности выдается (продлевается) на число дней, необходимых для лечения (консультации, обследования) и проезда, с разрешения администрации ЛПУ.

Если заболевание или травма, ставшая причиной временной нетрудоспособности, явилась следствием алкогольного, наркотического, ненаркотического опьянения, листок нетрудоспособности выдается с соответствующей отметкой, отметка о факте опьянения делается не только в листке нетрудоспособности, но и в истории болезни (амбулаторной карте).

При временной нетрудоспособности женщины, находящейся в отпуске по уходу за ребенком, или лица, осуществляющего уход за ребенком, работающих на условиях неполного рабочего дня или на дому, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

Гражданам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается со дня поступления на экспертизу.

При амбулаторном лечении на период проведения инвазивных методов обследования и лечения (эндоскопические исследования с биопсией, химиотерапия по интермиттирующему методу, гемодиализ и т.д.) листок нетрудоспособности по решению клинико-экспертной комиссии может выдаваться прерывисто, на дни явки в ЛПУ. В этих случаях в листке нетрудоспособности указываются дни проведения процедур, и пациента освобождают от работы только на эти дни.

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания, отпуска по беременности и родам, частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком листок нетрудоспособности выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся нетрудоспособности.

Гражданам, самостоятельно обращающимся за консультативной помощью, проходящим обследование в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры и суда, выдается справка.

Заболевшим студентам и учащимся средних учебных заведений для освобождения от учебы выдается справка установленной формы (095/у).

В определенных случаях на учащихся распространяется социальное страхование. В период производственной практики или при совмещении учебы с работой в некоторых случаях (что должно быть оговорено соответствующим контрактом) учащиеся имеют право на получение листка нетрудоспособности. Если в этот период у учащегося возникает временная нетрудоспособность, ему выдается листок нетрудоспособности, который оплачивается до восстановления трудоспособности.

Студенты, обучающиеся без отрыва от производства, имеют право на пособие по временной нетрудоспособности на общих основаниях. В случае наступления временной нетрудоспособности в период временной приостановки работы, во время военного учебного сбора или дополнительного отпуска, предоставленного в связи с обучением в учебных заведениях, пособие и больничный лист выдаются с того дня, когда работающий по окончании указанного периода должен приступить к работе.

Временная нетрудоспособность может продолжаться до выздоровления или выявления признаков **стойкой нетрудоспособности**.

ЛПУ не решает вопрос об установлении инвалидности, это функция медико-социальной экспертной комиссии. Однако лечащий врач первым выявляет признаки стойкой нетрудоспособности и в этом случае должен представить больного в КЭК для направления на медико-социальную экспертную комиссию и установления инвалидности.

На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите:

- при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 мес;

- при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 мес (в отдельных случаях - травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез - до 12 мес) для решения вопроса о продолжении лечения или установления инвалидности;

- работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

Листок нетрудоспособности для **санаторно-курортного** (амбулаторно-курортного) лечения, в том числе в пансионатах с лечением, санаториях «Мать и дитя», в туберкулезных санаториях выдается на число дней, недостающих к очередному и дополнительному отпускам, и время проезда. При суммарном очередном отпуске за 2-3 года вычитается вся его продолжительность. В случае использования очередного и дополнительного отпусков до отъезда в санаторий и предоставлении администрацией отпуска без сохранения содержания на число дней, равное очередному и дополнительному отпускам, листок нетрудоспособности выдается на срок лечения и проезда за вычетом дней основного и дополнительного отпусков.

Листок нетрудоспособности выдается ЛПУ до отъезда в санаторий по представлении путевки (курсовки) и справки администрации о длительности очередного и дополнительного отпусков. Больным туберкулезом больничный лист выдается после фтизиохирургического лечения.

При направлении в центр реабилитации больных непосредственно из больничных учреждений листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом на весь срок долечивания или реабилитации.

При направлении больных в санаторий из больничных учреждений после инфаркта миокарда, аорто-коронарного шунтирования, оперативного вмешательства по поводу аневризмы сердца, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, удаления желчного пузыря листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом санатория на весь период долечивания.

Участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, лицам, получившим или перенесшим лучевую болезнь и другие заболевания, связанные с радиационным воздействием, инвалидам, у которых установлена причинная связь заболевания с последствиями радиационного воздействия, эвакуированным (в том числе выехавшим добровольно) из зоны отчуждения, работающим в зоне отчуждения, а также участникам ликвидации последствий аварии на производственном объединении «Маяк», лицам, занятым на работах по проведению защитных мероприятий и реабилитации радиоактивно загрязненных территорий вдоль реки Теча, эвакуированным, а также выехавшим добровольно из населенных пунктов, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, листок нетрудоспособности для санитарно-курортного лечения выдается при наличии медицинских показаний на весь срок путевки и дни проезда без вычета очередного и дополнительного отпусков.

Работающим воинам-интернационалистам, инвалидам Великой Отечественной войны, а также инвалидам из числа военнослужащих, направленным врачебно-отборочной комиссией в центры восстановительной терапии воинов-интернационалистов по разнарядке Минсоцздрава и Фонда социального страхования России, листок нетрудоспособности выдается на весь срок путевки и дни проезда.

При направлении на санаторно-курортное лечение в санатории здравоохранения «Мать и дитя» ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет при наличии медицинского заключения о необходимости индивидуального ухода за ним листок нетрудоспособности выдается одному из родителей (опекуну) на весь период санаторного лечения ребенка с учетом времени проезда.

Гражданам, направленным в клиники реабилитации научно-исследовательских институтов курортологии и физиотерапии, листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом ЛПУ на основании заключения клинико-экспертной комиссии на время лечения и проезда и при показаниях продлевается врачом клиники института.

Выдачу листка нетрудоспособности по уходу за больным врач ЛПУ производит в случаях, когда отсутствие ухода грозит опасностью для жизни здоровья заболевшего; невозможно поместить его в больницу; среди членов семьи нет другого неработающего лица, который может ухаживать за больным.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдается лечащим врачом одному из членов семьи (опекуну), непосредственно осуществляющему уход. Членами семьи считаются все родственники, проживающие одной семьей с заболевшим.

Листок нетрудоспособности выдается по уходу:

- за взрослым членом семьи и больным подростком старше 15 лет, получающими лечение в амбулаторно-поликлинических условиях сроком до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии - до 7 дней;

- за ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания;

- за ребенком старше 7 лет на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока;

- за ребенком до 7 лет при стационарном лечении на весь срок лечения, старше 7 лет - после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода;

- за детьми до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита, страдающими тяжелыми заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, ожогами, - на весь период пребывания в стационаре;

- в случае болезни матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, листок нетрудоспособности выдается лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком, учреждением, в котором лечится мать, сроком до 5 дней, по решению клинико-экспертной комиссии - до 10 дней, а в исключительных случаях - на период, в течение которого она не может осуществлять уход, но не более 70 дней;

- за ребенком, проживающим в зоне отселения и в зоне проживания с правом на отселение, эвакуированным и переселенным из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, а также за детьми первого и последующих поколений граждан - участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, на производственном объединении «Маяк», занятых на работах по проведению защитных мероприятий и реабилитации радиоактивно загрязненных территорий вдоль реки Теча, родившимся после радиоактивного облучения одного из родителей, - на весь период болезни (включая время болезни ребенка в период пребывания с ним в санаторно-курортном учреждении);

- при одновременном заболевании двух детей и более по уходу за ними выдается листок нетрудоспособности;

- при разновременном заболевании двух детей листок нетрудоспособности по уходу за другим ребенком выдается после закрытия первого документа без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по первому листку нетрудоспособности;

- при заболевании ребенка в период, не требующий освобождения матери от работы (очередной или дополнительный отпуск, отпуск по беременности и родам, отпуск без сохранения содержания, выходные или праздничные дни и др.), листок нетрудоспособности по уходу выдается со дня, когда она должна приступить к работе, без учета дней от начала заболевания ребенка.

Листок нетрудоспособности не выдается по уходу:

- за хронически больными в период ремиссии;

- в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания;
- в период отпуска по беременности и родам;
- в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком;
- за инвалидом I группы.

При временном отстранении от работы лиц, **контактировавших с инфекционными больными**, или вследствие бактерионосительства листки нетрудоспособности выдаются в ЛПУ врачом-эпидемиологом или врачом-инфекционистом, а при отсутствии таковых - лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

**При карантине** листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет или за гражданином, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается на основании справки эпидемиолога ЛПУ, наблюдающим его, одному из работающих членов семьи на весь период карантина. Выплата пособия на период карантина осуществляется в соответствии с нормами законодательства по социальному страхованию.

Работникам предприятия общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при гельминтозе листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

Листок нетрудоспособности **при протезировании** выдается только в том случае, если больной госпитализируется в стационар протезно-ортопедического предприятия. Листок нетрудоспособности выдает врач стационара совместно с главным врачом медицинского протезно-ортопедического предприятия. При госпитализации в стационар протезно-ортопедического предприятия листок нетрудоспособности выдается на весь период пребывания в стационаре и время проезда к месту лечения и обратно.

Гражданам, которых обслуживают в амбулаторно-поликлинических условиях протезно-ортопедического предприятия, листок нетрудоспособности не выдается.

Воинам-интернационалистам, направленным в установленном порядке на протезирование, листок нетрудоспособности выдается на весь период протезирования с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.

Согласно действующему законодательству **беременной женщине** предоставляется до- и послеродовой отпуск с выдачей листка нетрудоспособности и его оплатой в размере 100% среднемесячной заработной платы независимо от стажа работы.

По беременности и родам листок нетрудоспособности выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии - врачом, ведущим общий прием. Листок нетрудоспособности выдают с 30 нед. беременности единовременно

продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов). При многоплодной беременности дородовый и послеродовый отпуск удлиняется, и листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается с 28 нед беременности, при этом общая продолжительность дородового и послеродового отпуска составляет 180 дней.

При осложненных родах женщинам, в том числе иногородним, листок нетрудоспособности выдается дополнительно на 16 календарных дней ЛПУ, где произошли роды. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпуска составляет 156 календарных дней. Осложненными считаются роды:

1) сопровождающиеся нефропатией, преэклампсией, эклампсией и в том случае, если указанные состояния предшествовали родам;

2) сопровождающиеся акушерскими операциями - кесаревым сечением и другими чревосечениями во время родов, классическим и комбинированным поворотом на ножку, наложением акушерских щипцов, извлечением плода с помощью вакуум-экстрактора, плодоразрушающими операциями, ручным отделением последа, инструментальным обследованием полости матки;

3) сопровождающиеся значительной потерей крови, потребовавшей переливания крови или кровезаменителей, вызвавшей вторичную анемию и сопутствующие ей заболевания;

4) сопровождающиеся разрывом шейки матки III степени, разрывом промежности III степени, расхождением лобкового симфиза;

5) с послеродовыми заболеваниями, тяжелой формой эндометрита, тромбозом, воспалением тазовой брюшины и клетчатки, септическими заболеваниями, гнойным маститом;

6) у женщин, имеющих органические заболевания сердца, стеноз митрального отверстия, все врожденные пороки независимо от степени нарушения гемодинамики, недостаточность митрального клапана с явлениями нарушения кровообращения, активный ревматический процесс во время беременности и родов, состояние после операции на сердце, стойкие формы гипертонической болезни, стойкий гипотонический синдром во время беременности, анемию при беременности, лейкозы, тромбоцитопеническую пурпуру, геморрагический васкулит, диффузный токсический зоб, сахарный диабет, инфекционный гепатит;

7) преждевременные роды.

Преждевременными родами считаются роды, наступившие между 28-й и 38-й неделями беременности.

При родах, наступивших до 30 нед беременности, и рождении живого ребенка листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается ЛПУ на 156 календарных дней, а в случае рождения мертвого ребенка или его смерти в течение первых 7 дней после рождения - на 86 календарных дней.

Листок нетрудоспособности на дородовой отпуск продолжительностью 90 календарных дней выдается женщинам, проживающим (работающим) в зоне отселения до их переселения в другие районы и проживающим в зоне с правом на отселение и в зоне с льготным социально-экономическим статусом, а также женщинам, проживающим в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча. Общая продолжительность отпуска по беременности и родам составляет 160 дней. Женщинам, проживающим в других зонах, подвергшихся радиоактивному загрязнению, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в общем порядке.

При наступлении беременности в период нахождения женщины в частично оплачиваемом отпуске или дополнительном отпуске без сохранения содержания заработной платы по уходу за ребенком листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

При усыновлении новорожденного ребенка непосредственно из родильного дома женщина получает листок нетрудоспособности, который выдает стационар по месту рождения ребенка на 70 календарных дней со дня его рождения.

При подсадке эмбриона листок нетрудоспособности выдается оперирующим врачом с момента госпитализации женщины до установления факта беременности. При установлении факта беременности листок нетрудоспособности продлевается по показаниям, при отрицании объективными методами обследования - закрывается.

При операции прерывания беременности листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но не менее 3 дней (в том числе при мини-аборте). В случаях операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям и при самопроизвольном аборте листок нетрудоспособности оплачивается на общих основаниях. В этих случаях одновременно с направлением на прерывание беременности, выданным акушером-гинекологом, необходимо заключение специалиста о заболевании, препятствующем продолжению беременности. При операции искусственного прерывания беременности по желанию женщины пособие по временной нетрудоспособности выплачивается только первые 3 дня; если в дальнейшем у женщины возникают осложнения, связанные с этой операцией, то выплата денежного пособия будет продолжена с 11-го дня до окончания временной нетрудоспособности.

**Бланки листов нетрудоспособности и справок установленной формы (095/у) подлежат строгому учету и отчетности.**



Ответственность за получение, хранение и распределение бланков, а также за учет и отчетность по ним в ЛПУ несут руководители и главные (старшие) бухгалтеры. Бланки листов нетрудоспособности и справок учитываются, хранятся в несгораемых шкафах специальных помещений, печатаемых в нерабочее время.

Обеспечение бланками листов нетрудоспособности осуществляется за счет Фонда социального страхования Российской Федерации.

Органы управления здравоохранением и ЛПУ ведут точный количественный учет прихода, наличия и расхода бланков. Для этих целей ведется «Книга учета бланков листов нетрудоспособности». Записи в книге производятся в хронологическом порядке.

Использование бланков листов нетрудоспособности внутри ЛПУ фиксируется в книге регистрации распределения бланков: записываются дата выдачи бланков, фамилия, имя, отчество и должность получателя бланков, число, серия, номера получаемых бланков; отмечается дата возврата корешков данной партии бланков, а также фамилия, имя, отчество, должность и подпись лица, возвращающего их; фиксируются фамилия, имя, отчество, должность и подпись лица, ответственного в ЛПУ за хранение бланков листов нетрудоспособности, при их выдаче и возврате корешков бланков.

Книги учета и распределения бланков в обязательном порядке нумеруют, прошнуровывают. На последней странице этой книги имеются запись о наименовании учреждения, числе страниц и печать учреждения.

Все документы о получении и расходовании бланков документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, нумеруются в хронологическом порядке, сброшюровываются и хранятся в папках.

Учет справок в связи с болезнью (095/у) студентов, учащихся техникумов, профессионально-технических училищ, школ ведется отдельно.

Медицинские работники ЛПУ получают бланки листов нетрудоспособности под расписку от лиц, ответственных за их хранение и распределение, уполномоченных главным врачом, отчитываются о расходовании документов, сдавая корешки ранее полученных бланков. За сохранность полученных бланков медицинские работники несут личную ответственность.

Учет бланков листов нетрудоспособности, выдаваемых врачами (фельдшерами), производится в журналах регистрации (форма 036/у).

Испорченные бланки документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, хранятся в отдельной папке с описью, в которой указываются фамилия, имя, отчество врача, дата сдачи, номера и серии испорченных бланков. Уничтожение испорченных бланков производится по акту комиссией, созданной по приказу руководителя учреждения в конце календарного года, корешки испорченных и использованных бланков хранятся в течение 3 лет, после чего ликвидируются.

В случае потери пациентом листка нетрудоспособности выдается дубликат, для получения которого пациент должен представить в ЛПУ, выдавшее листок нетрудоспособности, подтверждение администрации и главного бухгалтера с места работы о невыплате пособия по утерянному бланку.

ЛПУ обязаны представлять в вышестоящие органы управления здравоохранением отчеты-заявки о фактическом расходовании бланков листков нетрудоспособности 1 раз в квартал, 5-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом. Отчет составляется главным бухгалтером на основании записей в книге учета бланков листков нетрудоспособности.

Органы управления здравоохранением на основании анализа отчетов-заявок учреждений здравоохранения и частнопрактикующих врачей ежегодно представляют в Фонд социального страхования Российской Федерации поквартальную заявку на бланки листков нетрудоспособности на следующий год до 01.02. текущего года. Заявка подписывается руководителем органа управления здравоохранением или его заместителем согласовывается с территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации. До введения в действие законодательства Российской Федерации, определяющего порядок взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения, частнопрактикующие врачи обеспечиваются бланками листков нетрудоспособности на общих основаниях и бесплатно, их стоимость не должна включаться в счет за оказываемые медицинские услуги.

## **11.2. Экспертиза стойкой нетрудоспособности**

**Стойкая нетрудоспособность** - это длительная либо постоянная нетрудоспособность или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием (травмой, анатомическим дефектом), приведшим к значительному нарушению функций организма. В зависимости от степени утраты трудоспособности устанавливается инвалидность.

Установление стойкой нетрудоспособности - сложный и ответственный акт, в котором принимают участие органы здравоохранения (лечащие врачи, клинико-экспертные комиссии) и органы социальной защиты населения. Определение стойкой нетрудоспособности и группы инвалидности - не одномоментный акт, а длительный процесс, базирующийся на изучении динамики заболевания и начинающийся в ЛПУ. Врачи выявляют признаки стойкой нетрудоспособности, а органы социальной защиты населения устанавливают ее законодательно. В связи с этим на врачах ЛПУ независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности и формы собственности лежит особая ответственность. Они должны быть грамотными в вопросах экспертизы стойкой нетрудоспособности, уметь своевременно выявлять признаки инвалидности и оперативно направлять на медико-социальную экспертную комиссию, правильно и информативно заполнять документы, направляемые на комиссию.

Стойкая нетрудоспособность, или инвалидность, является юридической категорией, так как инвалид приобретает определенные права: право ограничить или полностью

прекратить профессиональную деятельность, право на пенсионное или на полное государственное обеспечение (дома-интернаты), право направления на переобучение, льготы при оплате коммунальных услуг, проезда на общественном транспорте и др.

Правильная оценка трудоспособности определяется комплексным методом, включающим всестороннее клиническое обследование больных с определением функций органов и систем, а также изучение характера и условий труда, влияющих на организм больного.

Пациентов направляет на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК) ЛПУ.

Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеют лечащие врачи амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности с утверждением направления клинико-экспертной комиссией учреждения (форма направления утверждается Минсоцздравом России).

Установлен определенный порядок направления больных на медико-социальную экспертизу.

Лечащий врач проводит тщательное клиническое, лабораторное, инструментальное, рентгенологическое обследование больного, при необходимости привлекая различных специалистов, заведующего отделением. Лечащий врач также определяет условия, характер и тяжесть труда, наличие профессиональных вредностей, уточняет, как больной справляется с работой, и трудовую установку больного.

Заведующий отделением совместно с лечащим врачом, сопоставляя данные о функциональных нарушениях вследствие патологического процесса с условиями труда больного, определяет трудоспособность. Это заключение фиксируется в амбулаторной карте. При показаниях для направления на медико-социальную экспертизу больного направляют на КЭК, которая и выносит соответствующее решение.

На медико-социальную экспертизу направляются больные, у которых болезненные явления стали устойчивыми, несмотря на применение различных методов лечения (амбулаторного, стационарного, специализированного санаторно-курортного и т.д.), и полностью или частично препятствуют профессиональному труду, т.е. лица, имеющие признаки инвалидности. При этом временная нетрудоспособность, как указывалось выше, не должна превышать 4 мес.

На медико-социальную экспертизу направляются лица, не имеющие признаков стойкой нетрудоспособности, в случаях, когда временная нетрудоспособность продолжается 10 мес (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез - 12 мес). На медико-социальную экспертизу направляются и работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации при ухудшении клинического и трудового прогноза.

В «Направлении на МСЭК» указывают число выданных листков нетрудоспособности, их начало и окончание, а также причину временной нетрудоспособности.

Лечащий врач, описывая объективный статус больного, представляет данные о функциональном состоянии наиболее пораженных органов и систем организма. В «Направлении на МСЭК» также записываются заключения консультантов. Обязательны заключения терапевта, невропатолога, хирурга, офтальмолога, а для женщин - гинеколога.

Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу должен быть сформулирован в соответствии с МКБ-10. Полный клинический диагноз должен содержать определение нозологической формы, характера и степени функциональных нарушений, стадии болезни, течения с указанием частоты, длительности и тяжести обострений. Помимо основного диагноза, в «Направлении на МСЭК» должны быть отражены все сопутствующие заболевания.

Кроме этого «Направления на МСЭК», требуется правильно оформленный листок нетрудоспособности. В листке нетрудоспособности указывается дата направления на экспертизу (заполняется КЭК, подписывается ее председателем и заверяется круглой печатью ЛПУ).

Больной направляется на экспертизу с открытым листком нетрудоспособности. Врачи-эксперты медико-социальной экспертной комиссии оформляют «Акт освидетельствования во МСЭК», который содержит паспортные и профессиональные данные, результаты экспертного обследования, включающие жалобы больного, клико-трудовой анамнез, данные экспертов - терапевта, невропатолога и хирурга (или других специалистов в зависимости от заболевания), результаты дополнительных исследований, диагноз экспертной комиссии и подробное экспертное решение. Заключение комиссии об определении инвалидности, продолжении временной нетрудоспособности фиксируется в листке нетрудоспособности с указанием даты освидетельствования, подписывается председателем и заверяется печатью медико-социальной экспертной комиссии.

При установлении инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой регистрации направления на МСЭК. В этом случае лечащий врач в графе листка нетрудоспособности «приступить к работе» пишет «с такого-то числа признан инвалидом такой-то группы». Со дня освидетельствования начисляют пенсию по инвалидности.

Лицам, не признанными инвалидами, листок нетрудоспособности продлевается ЛПУ до восстановления трудоспособности или повторного направления на медико-социальную экспертизу.

Медико-социальная экспертная комиссия имеет право вернуть больного в ЛПУ как недостаточно обследованного, в этих случаях на время освидетельствования листок нетрудоспособности продлевается.

При отказе больного от направления на медико-социальную экспертизу или несвоевременной явке на экспертизу по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа или дня регистрации документов медико-социальной экспертной комиссией. Отказ или неявка указывается в листке нетрудоспособности. В графе листка нетрудоспособности «отметка о нарушении режима» указывается «отказ от направления на МСЭК» или «неявка на МСЭК» и ставится дата отказа или неявки.

МСЭК проводят освидетельствования больных по месту жительства. Освидетельствованию подлежат:

1) рабочие, служащие и другие граждане, на которых распространяется государственное социальное страхование;

2) учащиеся высших, средних специализированных учебных заведений, курсов по подготовке кадров, аспиранты, клинические ординаторы;

3) граждане, у которых нарушение трудоспособности возникло в связи с выполнением государственных обязанностей или долга гражданина по спасению человеческой жизни, по охране государственной собственности и государственного правопорядка;

4) рабочие, служащие, прекратившие работу, бывшие военнослужащие, члены семей, потерявшие кормильца, при наличии у них прав на назначение пенсии;

5) инвалиды с детства;

6) члены семьи неработающих пенсионеров для установления надбавки к пенсии;

7) рабочие, служащие, получившие увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой, для установления степени утраты трудоспособности в целях определения размера возмещения предприятиями причиненного ущерба; степень утраты трудоспособности определяется в процентном отношении;

8) колхозники, фермеры и члены их семей;

9) инвалиды для переосвидетельствования;

10) инвалиды с детства I и II групп и другие лица, не имеющие права на пенсию и обращающиеся за назначением пособия, право на получение которого обусловлено инвалидностью;

11) лица, направляемые в дома инвалидов и интернаты. Кроме того, экспертные комиссии проводят освидетельствование инвалидов по направлению органов социальной защиты населения с целью определения медицинских показаний для получения автотранспорта и противопоказаний к его вождению. В этом случае, а также при освидетельствовании лиц с целью помещения в дом инвалидов необходимы

соответствующие документы с точным указанием причины и цели направления на медико-социальную экспертизу.

При направлении на экспертизу рабочих и служащих, прекративших работу или неработавших, бывших военнослужащих, членов их семей, а также членов колхозов, фермеров и членов их семей требуется справка из районного отдела социальной защиты населения, военкомата, сельского правления о получении права на пенсию при установлении инвалидности.

Гражданин по своей инициативе или по своему усмотрению не может обратиться в комиссию для проведения медико-социальной экспертизы, он может быть направлен для этой цели только ЛПУ.

Для экспертизы стойкой нетрудоспособности в нашей стране создана разветвленная **сеть медико-социальных экспертных комиссий**, находящаяся в ведении органов социальной защиты населения.

Структура и деятельность комиссий определяются специальными законодательными и нормативными актами (Типовыми положениями, Инструкцией по определению групп инвалидности, Списком профессиональных заболеваний и Инструкцией по применению списка профессиональных заболеваний и др.).

Основные функции медико-социальной экспертной комиссии сводятся к установлению инвалидности и определению ее причин и группы. В каждом конкретном случае инвалидность может быть установлена по общему заболеванию, профессиональному заболеванию, трудовому увечью, инвалидности с детства; для военнослужащих причиной инвалидности могут быть ранение, контузия, увечье, полученные при защите Родины или при исполнении иных обязанностей военной службы, либо заболевание, связанное с пребыванием на фронте, или увечье, полученное в результате несчастного случая, не связанного с пребыванием на фронте, а в специально предусмотренных законодательством случаях - заболевание, полученное при исполнении обязанностей военной службы. Законодательством Российской Федерации могут быть установлены и другие причины инвалидности.

Значительное место в деятельности экспертной комиссии занимают мероприятия по восстановлению трудоспособности, профилактике инвалидности и использованию остаточной трудоспособности инвалидов. Комиссия дает трудовые рекомендации, разрабатывает мероприятия по восстановлению трудоспособности инвалидов. Существенную роль в профилактике инвалидности играет право комиссии на санкционирование долечивания и продления временной нетрудоспособности, что часто позволяет совместными усилиями лечащих врачей и экспертов добиться полного восстановления трудоспособности. Рекомендации экспертной комиссии по медико-социальной реабилитации инвалидов, которым инвалидность установлена временно, на срок, необходимый для восстановительного лечения, получения новой специальности, адаптации к новым условиям труда и жизни, также способствуют восстановлению трудоспособности.

Экспертные комиссии создаются по территориальному признаку. Основными органами медико-социальной экспертизы являются первичные комиссии, которые осуществляют первичное освидетельствование больных и повторное инвалидов. Первичные районные, городские и межрайонные экспертные комиссии организуются на базе ЛПУ. Кроме первичных, создаются республиканские, краевые, областные, а в Москве и Санкт-Петербурге - центральные городские медико-социальные экспертные комиссии.

Комиссии подразделяют на комиссии общего профиля и специализированные.

В состав экспертной комиссии общего профиля входят 3 врача (терапевт, хирург, невропатолог), представители управления (отдела) социальной защиты населения, представитель профсоюзной организации и медицинский регистратор.

Для проведения медико-социальной экспертизы больных туберкулезом, психическими, онкологическими, сердечно-сосудистыми, глазными, профессиональными заболеваниями, пациентов с последствиями травм созданы специализированные комиссии, которые организуются на базе специализированных ЛПУ - противотуберкулезных, онкологических, кардиологических диспансеров, а также крупных больниц и поликлиник. Специализированные экспертные комиссии состоят из двух врачей соответствующей специальности (один из них председатель) и врача смежной профессии.

Председателем комиссии (и общего профиля, и специализированной) назначается наиболее опытный и сведущий в вопросах медико-социальной экспертизы врач, который несет ответственность за работу комиссии, юридическую и клинико-экспертную обоснованность принимаемых решений.

Медико-социальная экспертная комиссия принимает решение на основе коллегиального обсуждения данных медицинского освидетельствования больного с учетом его профессии и производственной характеристики с места работы. Ни один член комиссии не имеет права единолично осуществлять медико-социальную экспертизу и выносить экспертное решение. В связи с этим основным методом работы комиссии являются заседания, которые проводятся согласно календарному плану на основной базе.

Освидетельствование больных и инвалидов в основном проводится в помещениях комиссии, но в необходимых случаях может быть и на дому и в крупных ЛПУ, обслуживающих район.

Кроме того, в целях повышения оперативности и качества медико-социальной экспертизы, лучшего знания экспертами условий производственной деятельности больных и инвалидов, квалифицированных трудовых рекомендаций проводятся выездные заседания непосредственно на производстве, в крупных ЛПУ, обслуживающих район.

По окончании обследования и освидетельствования больного членами комиссии выносится коллегиальное экспертное решение о трудоспособности, группе и причине инвалидности, трудовых рекомендациях, а в отдельных случаях о сроке фактического наступления инвалидности.

На основании экспертного решения комиссии рабочие, служащие, колхозники, фермеры и учащиеся по состоянию здоровья освобождаются от профессиональной работы или обучения. Это заключение оформляется в виде «Справки МСЭК», которая выдается инвалиду. В справке отмечают группу и причину инвалидности, трудовые рекомендации и срок очередного переосвидетельствования. Помимо справок, в 3-дневный срок комиссии направляют соответствующим предприятиям, учреждениям, организациям извещение установленной формы о принятом решении. В соответствии с заключением комиссии назначается пенсия инвалидам определенных групп, предоставляются облегченные условия для работы и определяются другие виды льгот. Без трудовой рекомендации медико-социальной экспертизы руководители предприятий и учреждений не имеют права предоставлять работу инвалидам.

В необходимых случаях комиссия выносит экспертное заключение о предоставлении инвалидам мото- и велоколясок или автомобилей с ручным управлением, обеспечении протезами и ортопедическими изделиями; устанавливает показания к направлению инвалидов I и II групп трудоспособного возраста в стационарные учреждения.

Если освидетельствованный больной не согласен с вынесенным решением, он в течение 1 мес может подать письменное заявление об этом председателю экспертной комиссии, проводившей экспертизу, или руководителю районного отдела социальной защиты населения. В 3-дневный срок вся документация на данного больного должна быть передана для рассмотрения в экспертную комиссию субъекта Федерации или территории, входящей в субъект Федерации, или центральную городскую комиссию (Москва, Санкт-Петербург).

Высшими органами по медико-социальной экспертизе являются республиканские, краевые, областные и центральные городские (в Москве, Санкт-Петербурге) медико-социальные экспертные комиссии. Функциями этих комиссий являются методическое руководство деятельностью общих и специализированных первичных комиссий, проверка обоснованности экспертных решений этих комиссий, анализ экспертных ошибок и обобщение опыта работы. Решения, принимаемые высшими экспертными органами по обжалованию заключений городских, межрайонных, районных и специализированных комиссий, а также в порядке контроля за правильностью экспертных решений этих комиссий, являются окончательными.

В состав высших медико-социальных экспертных комиссий входят 4 врача: терапевт, хирург, невропатолог и врач организатор-методист. Председателем комиссии является главный эксперт республики, края, области или города (Москва, Санкт-Петербург).

Решения высших экспертных комиссий (в том числе при освидетельствовании в сложных случаях, в порядке контроля или обжалования и в других случаях)



принимаются большинством голосов членов комиссии. При равенстве голосов мнение председателя комиссии является решающим. Член комиссии, не согласный с принятым решением, излагает в письменном виде свое особое мнение, которое приобщается к делу.

Высшие экспертные комиссии организуются при Министерстве и отделах социальной защиты населения.

Нормы числа освидетельствованных для высших комиссий не предусмотрены, поэтому они обязаны обеспечить безотказный прием больных для обжалования решений первичных комиссий.

В России в зависимости от степени утраты трудоспособности устанавливаются **инвалидность I, II или III группы.**

Наиболее тяжелая инвалидность - инвалидность I группы. Инвалидность I группы устанавливается при полной постоянной или длительной потере трудоспособности лицам, нуждающимся в повседневном систематическом постороннем уходе (помощи, надзоре). Как правило, это больные с практически необратимыми процессами (конечная стадия онкологических заболеваний, полный паралич вследствие перенесенного нарушения мозгового кровообращения и т.д.). Инвалидность I группы устанавливается также лицам, которые имеют стойкие и резко выраженные функциональные нарушения и нуждаются в постоянном постороннем уходе или помощи, но еще могут быть привлечены и приспособлены к отдельным видам трудовой деятельности в особо организованных индивидуальных условиях (специальные цехи, работа на дому и др.). К этой категории относятся слепые, больные с тяжелыми анатомическими дефектами (высокая ампутация нижних конечностей), психически больные. Установление инвалидности I группы не вызывает затруднений у врачей-экспертов, поскольку показания к ее установлению достаточно четкие.

Инвалиды II группы составляют основную массу стойко нетрудоспособных.

Инвалидность II группы устанавливается лицам с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности вследствие нарушений функции организма, но не нуждающихся в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре). Инвалидность II группы устанавливается:

а) лицам со стойкими нарушениями функций, когда профессиональный труд полностью недоступен;

б) лицам, которым труд противопоказан, поскольку под влиянием трудовых процессов может наступить ухудшение течения заболевания. Ведущее значение при экспертизе имеет клинический прогноз. К этой группе относят больных после повторного инфаркта миокарда, гипертонической болезнью с частыми кризами и т.д.;

в) лицам, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями (тяжелая форма язвенной болезни с выраженным упадком питания и кратковременными ремиссиями; эпилепсия с частыми припадками), которым труд не противопоказан, но требуется создание особых облегченных условий (работа на дому, в специальных цехах с сокращенным рабочим днем, дополнительными перерывами в работе). В некоторых случаях условия для работы могут быть созданы на самом предприятии, где инвалид работал до заболевания (в основном для лиц интеллектуального труда). Например, к ведущему конструктору приезжают на дом консультировать чертежи или врач с большим опытом продолжает работать консультантом.

Инвалидность III группы устанавливается:

а) лицам, которые по состоянию здоровья не могут трудиться в соответствии с прежней профессией и нуждаются в переводе на работу более низкой квалификации. Например, перевод фрезеровщика 5-6 разряда с гипертонической болезнью II стадии на работу по раздаче инструментов;

б) лицам, которым необходимы значительные ограничения по профессии, что приводит к резкому сокращению объема производственной деятельности. Например, перевод ткачихи-многостаночницы на обслуживание 3-4 станков;

в) лицам с низкой квалификацией или ранее не работавшим ввиду значительного ограничения возможностей трудоустройства из-за сужения круга доступных работ. Например, перевод разнорабочего, страдающего пояснично-крестцовым радикулитом, на должность вахтера;

г) лицам, имеющим выраженные анатомические дефекты и деформации (согласно «Перечню выраженных анатомических дефектов», где содержится подробное описание каждого анатомического дефекта, дающего основание для установления инвалидности III группы, с указанием характера и степени морфологических нарушений). Установление инвалидности III группы по этому критерию основывается только на наличии анатомического дефекта, предусмотренного перечнем, независимо от выполняемой работы. Выраженный анатомический дефект надо отличать от дефектов, которые приводят к снижению трудоспособности. Если дефект или деформация не предусмотрены перечнем, вопрос о группе инвалидности решается в соответствии с общими принципами экспертизы, т.е. с учетом способности выполнять работу по своей профессии. Так, пианист, потерявший палец, становится нетрудоспособным, и ему установят инвалидность III группы по критерию «а» на период, пока он приобретает новую профессию. Врачу-терапевту, потерявшему палец, инвалидность не будет установлена.

В целях динамического наблюдения за течением патологического процесса и состоянием трудоспособности проводятся систематические переосвидетельствования инвалидов. Инвалидность I группы устанавливают сроком на 2 года, а II и III группы - на 1 год. Переосвидетельствование ранее указанного срока возможно только в случае появившейся необходимости пересмотра группы инвалидности из-за ухудшения состояния больного.

Довольно часто инвалидность устанавливается без указания срока освидетельствования. Это, как правило, делается при тяжелых заболеваниях без перспективы улучшения клинического и трудового прогноза.

Заболевания и состояния, дающие право на установление инвалидности бессрочно, утверждены законодательно в «Перечне заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается без указания срока освидетельствования».

Инвалидность устанавливается бессрочно лицам, достигшим пенсионного возраста - мужчинам старше 60 лет, женщинам старше 55 лет, а также инвалидам, у которых срок переосвидетельствования наступит после достижения этого возраста. Без срока освидетельствования инвалидность устанавливается - мужчинам старше 55 лет и женщинам старше 50 лет, непрерывно признаваемым последние 5 лет перед достижением этого возраста инвалидами I группы; инвалидам I и II групп, которым за последние 15 лет группа инвалидности не изменялась или была установлена более высокая группа; инвалидам Великой Отечественной войны I и II групп и лицам, получившим инвалидность I и II группы при защите СССР до Великой Отечественной войны, независимо от возраста и времени наступления инвалидности; инвалидам Великой Отечественной войны III группы и лицам, получившим инвалидность III группы при защите СССР до Великой Отечественной войны в случае, если им в последние 5 лет подряд устанавливалась какая-либо группа инвалидности; инвалидам Великой Отечественной войны III группы, женщинам по достижении 50 лет, мужчинам 55 лет.

Инвалидность классифицируется не только по степени утраты или ограничения трудоспособности, но и в зависимости от причин, т.е. социально-биологических условий, приведших к ней, которые должны быть юридически обоснованы и представлены в соответствующих документах. Это: инвалидность вследствие общего заболевания; инвалидность в связи с трудовым увечьем; инвалидность вследствие профессионального заболевания; инвалидность с детства; инвалидность до начала трудовой деятельности; инвалидность у бывших военнослужащих.

Законодательство РФ устанавливает размер пенсий, характер и объем других видов социальной помощи в зависимости от группы инвалидности и с учетом ее причин.

## РАЗДЕЛ 12. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Медицинское страхование является частью системы социального страхования, которое рассматривается как гарантированная государством система мер материального обеспечения трудящихся и членов их семей в старости, при болезни, потере трудоспособности, для поддержки материнства и детства, а также для охраны здоровья членов общества.

Обязательное медицинское страхование, закон о котором принят в июне 1991 г., вошло в систему социального страхования России в начале 1993 г. Большинство работодателей всех форм собственности уплачивают на социальное страхование взнос 39,0% оплаты труда. Основная часть средств социального страхования приходится на пенсионное страхование - 28% фонда оплаты труда большинства предприятий (более 70% средств социального страхования), кроме того, трудящиеся в обязательном порядке вносят в пенсионный фонд 1% заработной платы. По сравнению с пенсионным страхованием средства ОМС весьма незначительны и составляют 3,6% фонда оплаты труда и менее 10% средств социального страхования.

В отличие от ОМС как части системы социального страхования, финансируемой за счет целевого налогообложения, добровольное медицинское страхование является важным видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом «О страховании», принятым в 1992 г.

Под добровольным медицинским страхованием в узком смысле слова понимают страхование, обеспечивающее оплату в основном дополнительных медицинских услуг (табл. 47).

<sup>1</sup> В разделе использованы материалы, подготовленные Е.Н. Савельевой из учебного пособия под ред. Ю.П. Лисицына (1998) «Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения».

**Таблица 47.** Сравнительный анализ основных отличительных особенностей добровольного медицинского страхования и ОМС

<b>Добровольное медицинское страхование</b>	<b>ОМС</b>
<b>Коммерческое</b>	<b>Социальное (некоммерческое)</b>
Часть страхования как финансово-коммерческой деятельности, относящаяся к личному страхованию	Часть системы социального страхования
Регламентируется Законом «О страховании» и Законом «О медицинском страховании»	Регламентируется Законом «О медицинском страховании граждан в РФ» и законами по вопросам социального страхования
Правила страхования определяются страховыми организациями	Правила страхования определяются государственными структурами
Индивидуальные или групповые	Всеобщее или массовое

Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности	Осуществляется государственными (или контролируруемыми государством) организациями
Страхователи юридические и физические лица	Страхователи - работодатели, государство, органы местной исполнительной власти
Источник средств: личные доходы граждан, прибыль предпринимателей (1% себестоимости)	Источник средств: взносы работодателей, включаемые в себестоимость продукции, государственный бюджет
Программа (перечень услуг) определяется договором страховщика и страхователя	Программа (гарантированный минимум услуг) определяется Минсоцздравом РФ, утверждается местными (территориальными) органами власти
Тарифы устанавливаются договором	Тарифы устанавливаются соглашением сторон при ведущей роли органов государства
Система контроля качества устанавливается договором	Система контроля качества определяется соглашением сторон при ведущей роли органов государства
Доходы могут быть использованы в любой коммерческой и некоммерческой деятельности	Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности - медицинского страхования

Следует напомнить, что возрождение системы социального страхования и медицинского страхования как его части, существовавших до 1919 г., началось в связи с новой экономической политикой (НЭП).

Появление в период НЭПа различных форм собственности средств производства потребовало новых подходов к социальному страхованию.

Постановлениями СНК 1921 - 1923 гг. были определены страховые взносы работодателей различных форм собственности по отдельным видам социального страхования. Размер страхового взноса по всем, кроме безработицы, видам страхования зависел от опасности и вредности производства. В 1922 г., например, этот взнос составлял от 21 до 28,5% оплаты труда, в которую включались все виды выплат. Целевой взнос на больничное (медицинское) страхование составлял в этот период в зависимости от вредности производства от 5,5 до 7% фонда оплаты труда. Для государственных учреждений взнос был меньше, он составлял на все виды социального страхования 12% фонда оплаты труда, а на медицинское страхование - 3%.

Установленные законом взносы на лечебную помощь передавались непосредственно органам здравоохранения: 10% Наркомздраву и 90% непосредственно губернским и местным органам для улучшения медицинской помощи застрахованным.

По расчетам страховые взносы могли обеспечить в 1925 г. около 1/4 средств, необходимых для медицинского обслуживания застрахованных, а реально они давали лишь 1/8 средств, так как удавалось получить лишь 35-40% запланированных сумм.

Таким образом, в период НЭПа в России обязательное медицинское страхование было реальным дополнительным источником финансирования здравоохранения при сохранении государственного финансирования, как основного.

После окончания НЭПа отдельные элементы медицинского страхования продолжали существовать в советской системе социального страхования, за счет страховых средств частично финансировались санаторно-курортное лечение, отдельные виды профилактический и оздоровительной работы на промышленных предприятиях, но система медицинского страхования в том виде, как она была создана после 1991 г., отсутствовала.

В настоящее время созданы необходимые правовые основы для введения медицинского страхования в России. Они включают следующие важнейшие документы:

- Конституция (основной закон) Российской Федерации;
- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28.06.91;
- Закон «О внесении изменений и дополнений в закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 02.04.93;
- Закон «О страховании» от 27.11.92;
- Постановление Правительства РФ «О мерах по выполнению Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 23.01.92 № 41;
- Постановление Правительства РФ «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР» «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 11.10.93 № 1018.

Помимо названных основных правовых документов, существует ряд законов, постановлений законодательных органов и Правительства Российской Федерации, нормативных документов фондов отраслевого и территориального значения, имеющих большое значение для введения медицинского страхования. Среди них Федеральный закон «О тарифах страховых взносов в Пенсионный Фонд РФ»; фонд социального страхования РФ; Государственный фонд занятости населения РФ и фонды ОМС.

В Конституции Российской Федерации, принятой на референдуме 12.12.93, ст. 41, посвященная правам граждан в области охраны здоровья, содержит упоминание о страховых взносах: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, *страховых взносов, других поступлений*».

Как следует из текста статьи, медицинское страхование является одним из источников финансирования бесплатной для населения медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения России.

Более конкретно источники финансирования здравоохранения представлены в «*Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан*». Ст. 10 этого документа - «*Финансирование охраны здоровья граждан*» в числе источников называет «*средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации*».

Медицинское страхование занимает второе место среди источников финансирования здравоохранения, в связи с чем систему здравоохранения России в настоящее время часто называют **бюджетно-страховой системой**.

Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», принятый 28.06.91, состоит из 5 разделов и содержит 28 статей.

В медицинском страховании существуют 4 субъекта: гражданин (застрахованный), страхователь, страховая медицинская организация (страховщик), медицинское учреждение (исполнитель медицинских услуг) (рис. 16).

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не могут быть учредителями страховых медицинских организаций, а при акционерной форме собственности не могут иметь более 10% акций. Эта антимонопольная мера обеспечивает независимость субъектов страхования.

Постановлениями правительства Российской Федерации утвержден ряд нормативных документов, необходимых для введения медицинского страхования:



**Рис. 16.** Субъекты медицинского страхования

- положение о страховых медицинских организациях;
- положение о порядке выдачи лицензий на право заниматься медицинским страхованием;
- базовая программа ОМС граждан Российской Федерации;
- программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи;
- типовой договор обязательного медицинского страхования;
- типовой договор добровольного медицинского страхования;
- страховой медицинский полис ОМС;
- страховой медицинский полис добровольного медицинского страхования и др.

К настоящему времени вышли из печати несколько томов документов, отражающих правовые и нормативные основы ОМС в 1992-2005 гг.

Для того чтобы медицинское страхование действительно было гарантированным источником финансирования здравоохранения, необходимо иметь платежеспособных страхователей. Страхователь - один из субъектов медицинского страхования, уплачивающий взнос на ОМС и/или добровольное медицинское страхование. В соответствии со ст. 2 Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» страхователями для неработающего населения при обязательном медицинском страховании являются органы исполнительной власти - правительства субъектов Федерации, органы управления республик, краев, областей», местная администрация; а



для работающего населения - работодатели: предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, лица свободных профессий.

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или/и работодатели предприятия, представляющие интересы граждан.

В соответствии с Постановлением правительства России от 05.08.92 взнос работодателей на ОМС работников включается в себестоимость продукции, товаров, услуг, а добровольное медицинское страхование может осуществляться только за счет прибыли, а с января 1996 г. в счет 1% себестоимости продукции, товаров, услуг. Из этого следует, что взнос на ОМС, как и на другие виды социального страхования, является обязательным целевым налогом.

Взнос на ОМС устанавливается органами государственной власти в процентах фонда оплаты труда, а страховые тарифы на добровольное медицинское страхование определяются договором субъектов страхования на основании расчетов в соответствии со страховым риском.

Взнос, необходимый для оплаты медицинских услуг, включенных в программу ОМС, зависит от стоимости этих услуг в учреждениях здравоохранения и от численности и состава населения и состояния его здоровья. Расчеты по отдельным территориям России показали, что взнос на ОМС должен составлять от 7 до 18% фонда оплаты труда, в среднем по стране 10-11%. Однако взносы, установленные с 1993 г., составили на ОМС - 3,6% фонда оплаты труда, на временную нетрудоспособность (фонд социального страхования) - 5,4%, в фонд занятости - 2%, в пенсионный фонд - до 28%, на все виды социального страхования - 39% фонда оплаты труда. Кроме того, сами работники платили в пенсионный фонд 1% заработка, позднее был установлен взнос в фонд занятости в размере 1,5% фонда оплаты труда.

Таким образом, хотя правовая основа для отчисления средств на ОМС создана, реальной экономической базы для этого вида страхования пока нет, взнос 3,6% фонда оплаты труда недостаточен для решения проблем ОМС и может быть использован только на первом этапе создания системы медицинского страхования.

24.02.93 Правительством принят ряд документов, позволяющих приступить к созданию организационной системы ОМС. Были утверждены положения о Федеральном и территориальных фондах ОМС. В соответствии с принятыми документами создана система ОМС, включающая Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды и их филиалы и отделения.

Федеральный фонд является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, самостоятельным юридическим лицом и подотчетен парламенту и Правительству.

Руководство деятельностью **Федерального фонда** ОМС осуществляет правление, в которое входят представители Минздрава РФ, других государственных и общественных организаций, субъектов медицинского страхования. Председатель правления избирается (обычно это министр или его заместитель).

Исполнительный директор Федерального фонда ОМС назначается Правительством РФ, формирует исполнительную дирекцию, которая осуществляет все руководство деятельностью фонда в период между заседаниями правления, решает все вопросы, кроме входящих в исключительное ведение правления. Отчеты фонда представляются правительству России.

Территориальные фонды ОМС организуются субъектами Российской Федерации в соответствии с Положением о территориальном фонде ОМС. Задачи фонда аналогичны задачам Федерального фонда - быть распределительно-финансовым и контрольным органом, т.е. получать в соответствии с законом страховые средства, распределять их на оказание медицинской помощи, контролировать их использование ЛПУ по договорам.

Руководство деятельностью **территориального фонда** осуществляет правление, состоящее из представителей государственных и общественных организаций, субъектов медицинского страхования. Председатель правления избирается. В перерывах между заседаниями правления работой фонда руководит исполнительная дирекция, формирует ее исполнительный директор, назначаемый главой администрации региона.

Для выполнения своих задач территориальные фонды ОМС могут организовывать филиалы в городах и районах, работающие в соответствии с положением, утвержденным исполнительным директором территориального фонда.

В течение переходного периода, если на территориях нет страховых медицинских организаций, имеющих лицензию на проведение ОМС, территориальные фонды и их филиалы могут выполнять функции страховщика при проведении ОМС.

Территориальные фонды ОМС становятся его основными организаторами. В настоящее время действует уже более 1200 территориальных фондов и их филиалов (отделений), тогда как число страховых организаций сократилось до 350.

Таким образом, в России, как и в других странах, государство берет под свой контроль организацию ОМС, как часть социального страхования населения.

Важнейшим вопросом организации ОМС является обеспечение определенного порядка уплаты страховых взносов.

Платежи на ОМС неработающего населения производятся органами исполнительной власти с учетом территориальных программ ОМС в пределах бюджетов здравоохранения.

Страховые взносы на медицинское страхование работающего населения определяются как установленный процент (в настоящее время 3,6%) фонда оплаты труда, начисленного по всем основаниям, из этих средств установленная часть перечисляется в Федеральный фонд ОМС и определенная часть (3,4%) - в территориальные фонды ОМС. Взносы уплачиваются всеми плательщиками ежемесячно. Учет взносов и контроль за их поступлением осуществляются совместно органами Государственной налоговой службы и фондами ОМС.

В современной модели медицинского страхования в России добровольное медицинское страхование является дополнительным. В дополнение к равному для всех всеобщему ОМС добровольное страхование обеспечивает части граждан возможность получения некоторых медицинских и иных услуг, не вошедших в программы ОМС.

Помимо фондов, страхование ведут и **страховые медицинские организации**, которые создаются в основном в двух формах: товарищества с ограниченной ответственностью и акционерные общества. Они организуют не только добровольное медицинское страхование, но и ОМС.

Деятельность страховых компаний, занимающихся добровольным медицинским страхованием, в основном ориентирована на получение прибыли, хотя их деятельность может приносить немалую пользу развитию здравоохранения в условиях рыночных отношений. Одним из негативных моментов в работе коммерческих страховых организаций является отбор выгодных контингентов застрахованных и богатых страхователей.

В медицинском страховании взаимодействуют 4 относительно самостоятельных субъекта: страховщик, страхователь, исполнитель медицинских услуг, застрахованный.

Ради последнего застрахованного гражданина и осуществляется медицинское страхование как часть государственной социальной политики.

Каждый субъект медицинского страхования имеет свои интересы. Интересы различных субъектов страхования совпадают далеко не полностью.

В системе медицинского страхования граждане России имеют право:

- на ОМС и добровольное медицинское страхование;
- на выбор медицинской страховой организации;
- на выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и добровольного медицинского страхования;
- на получение медицинской помощи на всей территории России, в том числе за пределами постоянного места жительства;

- на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;

- на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;

- на возврат части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Эти права имеют и иностранные граждане, постоянно проживающие в стране.

Права и обязанности страхователя определены законом. Страхователь имеет право:

- на участие во всех видах медицинского страхования;

- на выбор страховой организации;

- на осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;

- на возврат части взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора.

Кроме того, предприятие-страхователь имеет право:

- на привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников, а в настоящее время и на осуществление добровольного медицинского страхования в пределах 1,5% себестоимости продукции, товаров, услуг; страхователь обязан заключать договор ОМС со страховщиком страховой медицинской организации;

- вносить страховые взносы в порядке, установленном законом и договором добровольного медицинского страхования;

- принимать меры по устранению факторов, неблагоприятно воздействующих на здоровье граждан, предоставлять страховой медицинской организации информацию о состоянии здоровья контингента, подлежащего страхованию.

В соответствии с законом страховые медицинские организации имеют право выбирать медицинские учреждения для оказания помощи и услуг по договорам медицинского страхования; участвовать в аккредитации медицинских учреждений; устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию; принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги; предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению и/или медицинскому работнику на материальное

возмещение физического и/или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховые медицинские организации обязаны: заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинских услуг по ОМС и добровольному медицинскому страхованию, выдавать страхователю (при групповом страховании) или застрахованному страховые медицинские полисы; осуществлять возвратность части взносов при добровольном страховании, если это предусмотрено договором; контролировать объем, сроки, качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора; защищать интересы застрахованных.

Медицинская помощь в системе медицинского страхования оказывается учреждениями любой формы собственности. Они являются самостоятельными хозяйствующими субъектами, заключают договоры со страховыми медицинскими организациями и работают в соответствии с ними. Договором определяются права и обязанности учреждения. Кроме того, все учреждения должны получить лицензию на осуществление определенных видов деятельности и услуг.

Для работы в условиях медицинского страхования медицинские учреждения должны пройти лицензирование и аккредитацию.

**Лицензирование** - это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам ОМС и добровольного медицинского страхования. Лицензированию подлежат все медицинские учреждения независимо от формы собственности.

Лицензирование проводят лицензионные комиссии, создаваемые при органах государственного управления из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений, общественных организаций (объединений).

Территориальная лицензионная комиссия образуется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением о лицензировании медицинских учреждений и предприятий в системе медицинского страхования граждан Российской Федерации и нормативными документами органов управления здравоохранением территорий.

Не менее чем за 1 мес до лицензирования медицинское учреждение представляет комиссии необходимые документы, а также данные, позволяющие оценить материально-техническую базу учреждения, его оснащение, квалификацию персонала.

Лицензионная комиссия в течение 1 мес изучает деятельность медицинского учреждения. По заявлению учреждения лицензированию могут подвергаться учреждение в целом, его отдельные подразделения или виды деятельности. Рабочая группа экспертов может рекомендовать выдать лицензию (не более чем на 5 лет), отказать в лицензировании и дать рекомендации по дальнейшей деятельности учреждения, условно лицензировать отдельные виды деятельности. Окончательное решение о выдаче

лицензии принимается на заседании лицензионной комиссии, при положительном решении медицинское учреждение получает лицензию в 10-дневный срок. По истечении срока действия лицензии процедура лицензирования повторяется в установленном порядке.

При проведении лицензирования медицинские учреждения имеют право получать всю необходимую информацию о проведении лицензирования, оспаривать решение территориальной лицензионной комиссии в республиканской комиссии, решение которой является окончательным; проходить повторное лицензирование, по согласованию с комиссией увеличивать сроки лицензирования, приглашать на процедуру лицензирования независимых экспертов с правом совещательного голоса. Медицинское учреждение при проведении лицензирования обязано в установленные сроки подавать заявку и необходимые документы на проведение лицензирования; нести административную ответственность за достоверность сведений в документах, представленных для лицензирования; создавать условия для проведения экспертизы; обеспечить представительство учреждения на заседании лицензионной комиссии.

При несогласии с решением лицензионной комиссии медицинское учреждение вправе обратиться в республиканскую лицензионную комиссию в течение 15 дней.

В перечень обязательных документов лицензионной комиссии входит программа проведения экспертизы по лицензированию ЛПУ. С этой программой может заранее ознакомиться ЛПУ.

Для проведения лицензирования медицинское учреждение подает заявление установленной формы, в котором указывает виды медицинской помощи, на которые оно хочет получить лицензию. К заявлению прилагаются копия устава или положения учреждения, копия ордера или договора об аренде помещения, заключение государственного санитарного надзора, заключение государственного пожарного надзора, отчет о состоянии техники безопасности, заключение об эксплуатации здания, финансовый отчет за последний год, годовой отчет учреждения за три последних года. При проведении лицензирования проводится опрос сотрудников по специальной анкете, анализируются кадровый состав персонала и его квалификация, качество работы. По специальным анкетам оценивается удовлетворенность населения медицинскими услугами. В качестве основных показателей деятельности рекомендовано использовать полноту выполнения заявленных видов деятельности, обеспеченность кадрами ЛПУ, их квалификационную характеристику, оснащенность медицинского учреждения и удовлетворенность населения медицинской помощью.

Получение лицензии позволяет медицинскому учреждению заключать договор со страховой медицинской организацией на оказание медицинской помощи по программам ОМС и получать от них соответствующую оплату медицинских услуг, оказанных застрахованным.

Лицензирование медицинских учреждений должна дополнять их **аккредитация**. Аккредитация - определение соответствия медицинских учреждений профессиональным стандартам. Аккредитации, как и лицензированию, по закону подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Аккредитацию медицинских учреждений проводят аккредитационные комиссии, создаваемые из представителей органов и учреждений здравоохранения, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых медицинских организаций. Аккредитованному медицинскому учреждению органами исполнительной власти выдается сертификат.

Так как определенные виды деятельности лицензионных и аккредитационных комиссий совпадают, то администрация отдельных территорий может принять решение о создании совместных лицензионно-аккредитационных комиссий. Аккредитационные комиссии на федеральном уровне не создаются, поэтому споры разрешаются третейским судом аккредитационных комиссий других территорий.

Деятельность органов и учреждений ОМС происходит в соответствии с программами медицинского страхования, которые во многом определяют деятельность медицинских учреждений.

В соответствии с законом основой программ является базовая программа медицинского страхования, которую разрабатывает Минздрав РФ и утверждает правительство РФ.

Объем оказания медицинской помощи, предусматриваемый территориальными программами, не может быть меньше установленного в базовой программе.

Основы составления базовой программы ОМС отражены в приложении к Постановлению Правительства от 23.01.92. В соответствии с этим постановлением базовая программа ОМС граждан Российской Федерации определяет объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам Российской Федерации в рамках программы ОМС. На основе базовой программы составляются территориальные программы ОМС. Медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программы ОМС. В соответствии с базовой программой гражданам Российской Федерации гарантируются обеспечение первичной медико-санитарной помощью, включая скорую медицинскую помощь, диагностику и лечение в амбулаторных условиях (включая неотложную и доврачебную помощь); осуществление профилактики заболеваний; стационарная помощь в большинстве случаев.

Подробный перечень мероприятий, включенных в базовую программу ОМС, разрабатывается с учетом реальных социально-экономических условий Министерством здравоохранения, Министерством экономики и финансов, Федеральным фондом ОМС с участием профсоюзов. В соответствии с Постановлением правительства Министерством здравоохранения России 10.09.92 был составлен и направлен территориальным органам

перечень заболеваний, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий для разработки и составления территориальных программ ОМС.

В программе были представлены минимальные объемы медицинской помощи, которые должны быть гарантированы населению России (расчетные нормативы, на которые целесообразно ориентироваться при составлении территориальных программ

ОМС), и расчеты стоимости медицинской помощи в ценах середины 1992 г. (которые в дальнейшем должны были использоваться с учетом индексации).

Этот вариант базовой программы был заменен новой в соответствии с Программой Государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью (утвержденной Постановлением Правительства РФ от 11.09.98). В эту программу вошла новая базовая программа ОМС и программа субсидирования средств из государственного бюджета.

Программой государственных гарантий гражданам РФ бесплатно предоставляется:

- скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью граждан или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

- амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому;

- стационарная помощь:

- при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии;

- при патологии беременности, родах и абортах;

- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих стационарного режима.

Условия и порядок предоставления медицинской помощи по программе определяются Минсоцздравом РФ по согласованию с Федеральным фондом ОМС.

Основной реально действующей программой ОМС должна стать территориальная программа, составленная с учетом базовой федеральной программы и дополнительных местных финансовых и материальных ресурсов здравоохранения.



Программы ОМС должны соответствовать объему и качеству медицинской помощи, которая может быть гарантирована населению, а также материальным и финансовым возможностям общества в сфере здравоохранения.

Важнейшими вопросами работы в условиях медицинского страхования являются заключение договоров, цены на медицинские услуги, контроль их качества, взаиморасчеты и защита прав субъектов медицинского страхования.

Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) - это соглашение, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программы медицинского страхования.

Взаимоотношения субъектов страхования определяются условиями договора. В договоре должны быть отражены наименования сторон, численность застрахованных, виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), стоимость работ и порядок расчетов, порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств, ответственность сторон. При необходимости в договор могут включаться другие условия, не противоречащие закону. Договор между медицинским учреждением и страховой медицинской организацией заключается только при наличии лицензии. В соответствии с лицензией страховая медицинская организация имеет право на заключение с медицинским учреждением договора на оказание медицинских услуг застрахованным в рамках ОМС и/или добровольного медицинского страхования, а медицинское учреждение, имея лицензию, получает право на заключение договора со страховой организацией, оказание услуг в соответствии с договором и их оплату. Выдавая государственную лицензию, государство гарантирует защиту прав субъекта страхования в соответствии с законом.

Важнейшей проблемой медицинского страхования остаются тарифы на медицинские услуги. В соответствии с законом в разработке тарифов на медицинские услуги принимают участие фонды ОМС, страховые медицинские организации, органы государственного управления, профессиональные медицинские ассоциации. Тарифы устанавливаются соглашением. Нормативно-методические документы по этому вопросу носят межведомственный характер.

Тарифы на медицинские и иные услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, учреждением, организацией или лицом, предоставляющим медицинские услуги.

Из-за сложной экономической ситуации и правового нигилизма исполнителей **средства на ОМС** как работающего, так и неработающего населения поступают не полностью и с большими задержками. В среднем на 1 неработающего гражданина средства ОМС составляли примерно 50 руб., на работающего - 150 руб. При этом следует учесть, что потребность в медицинской помощи неработающего населения выше, чем работающего, в 1,5-2 раза, а сбор средств ОМС на работающее население в

2-3 раза ниже расчетных величин, соответствующих стоимости медицинского обслуживания с учетом инфляции. Некоторые территории вообще не перечисляли средства ОМС на неработающее население. В последние годы удалось увеличить сбор средств ОМС даже на неработающее население (более 50% от положенных - до 60-65%) и средств на работающих (более 50%).

В зависимости от местных условий действует более 20 вариантов или моделей сбора средств ОМС, из них 3 основные: страховая; смешанная; «фондовая».

Страховая модель наиболее соответствует закону в редакции 1991 г. Страховщиками являются только страховые медицинские организации различных форм собственности. Они получают финансовые средства от территориальных фондов ОМС по договору и непосредственно организуют работу с застрахованным населением и медицинскими учреждениями.

При смешанной модели в качестве страховщиков выступают и страховые медицинские организации как в страховой модели, так и филиалы территориальных фондов ОМС.

При «фондовой» модели страховые медицинские организации не осуществляют ОМС, а функции страховщика в ОМС выполняют территориальный фонд ОМС и его филиалы.

Наиболее эффективной признана смешанная модель, при которой до медицинских учреждений доходило более 98,0% средств ОМС.

В настоящее время решается проблема передачи обязанностей сбора взносов на ОМС налоговыми органами и создания единого социального фонда из средств ОМС и фонда социального страхования.

## **РАЗДЕЛ 13.**

# **ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИКИ, ФИНАНСИРОВАНИЯ, МАРКЕТИНГА И УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

### **13.1. Экономика здравоохранения. Основные понятия и категории**

**ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** - это отраслевая экономическая наука.

Экономика здравоохранения изучает условия и факторы, обеспечивающие максимальное удовлетворение потребностей населения в товарах и услугах, необходимых для сохранения, укрепления, восстановления здоровья, при минимальных затратах. Экономисты изучают влияние здоровья населения на экономическое развитие страны, регионов, производство и т.д., а также экономический эффект лечебно-профилактического обслуживания, профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, ликвидации заболеваний, снижения нетрудоспособности и смертности, новых методов, технологий, организационных мероприятий, программ и т.д.

Различают медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

**Медицинская эффективность** - это степень достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, т.е. основных видов медицинской деятельности. ВОЗ рассматривает медицинскую эффективность как один из аспектов качества медицинского обслуживания наряду с адекватностью, экономичностью и научно-техническим уровнем.

**Социальная эффективность** имеет более широкий смысл, хотя она тесно и непосредственно связана с медицинской эффективностью. Социальная эффективность характеризуется динамикой общественного здоровья. Критериями социальной эффективности являются показатели общественного здоровья.

<sup>1</sup> В разделе использованы материалы Е.Н. Савельевой и Ю.П. Лисицына из учебного руководства под ред. Ю.П. Лисицына «Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения» (1998).

**Экономическая эффективность** определяется соотношением эффекта (результата) и затрат. Анализ экономической эффективности необходим для управления здравоохранением в условиях ограниченных ресурсов, когда требуется достижение максимального результата при минимальных затратах.

В определенных случаях медицинские мероприятия могут быть экономически невыгодны, но их проведение оправдано высоким медицинским и социальным эффектом. Примером таких мер может служить применение аппарата «искусственная почка».

Общество, государство вкладывают в здравоохранение, в осуществление профилактики, диагностики, лечения и реабилитации определенные средства. Больших затрат требуют содержание и обслуживание нетрудоспособных граждан, общество несет экономические потери в связи с заболеваемостью, травматизмом, временной нетрудоспособностью по состоянию здоровья, в связи с уходом за больными и карантинном, стойкой нетрудоспособностью (инвалидностью), преждевременной смертью. Эти экономические потери можно оценить в денежных единицах.

Вкладываются средства в социальные и медицинские мероприятия с целью добиться улучшения здоровья населения, предотвратить экономический ущерб при экономической эффективности здравоохранения. Результат (экономический эффект) проводимых мероприятий отражен в понятии **предотвращенный экономический ущерб**. Предотвращенный экономический ущерб - это разница между экономическим ущербом до и после проведения мероприятий, направленных на улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости, травматизма, нетрудоспособности, предотвращение преждевременной смерти и т.д.

Для расчета экономической эффективности в системе здравоохранения используются формулы:

Экономическая эффективность = Результат/Затраты

Экономическая эффективность=Предотвращенный экономический ущерб (результат, эффект)/Затраты.

Затраты - выраженная в денежных единицах стоимость мероприятий по улучшению здоровья населения.

**Предотвращенный экономический ущерб (результат, эффект)= Экономический ущерб (до проведения мероприятий) - Экономический ущерб (после проведения мероприятий).**

Так как основа экономики здравоохранения - рациональное использование ограниченных ресурсов, получение максимального результата (эффекта) при минимальных затратах, в центре внимания остается анализ экономической эффективности системы здравоохранения в целом, деятельности отдельных ее отраслей и подотраслей, учреждений, подразделений, специалистов, а также комплексных программ и мероприятий в сфере здравоохранения.

В экономике здравоохранения используются общеэкономические понятия цена, прибыль, рентабельность и др. К числу основных категорий экономики относятся также стоимость, о которой будет сказано при характеристике ценообразования.

Материальные потребности общества, т.е. материальные потребности его составляющих, безграничны, а экономические ресурсы, т.е. средства для производства товаров и услуг, ограничены.

В области здравоохранения это означает, что потребности людей в товарах и услугах для сохранения и укрепления здоровья, для профилактики, диагностики, лечения и реабилитации достаточно велики и продолжают расти, а финансовые и материально-технические ресурсы для их удовлетворения недостаточны.

В соответствии с развернутым определением **рыночная экономика** - совокупность хозяйственных отношений в обществе, регулируемых рыночным механизмом. В рыночной экономике координация хозяйственной жизни и управление ею осуществляются через систему рынков, цен, прибылей и убытков в условиях конкуренции. Эта система сама определяет, что производить (спрос), как производить (предложение), для кого производить (для тех, кто располагает большим доходом). В результате достигаются эффективное использование ограниченных ресурсов, оптимальные структурные пропорции и объем производства товаров и услуг, выбирается такой способ производства, который обеспечивает минимизацию издержек и максимальные прибыли. Вмешательство государства в экономическую жизнь, в ее регулирование и контроль либо вообще отсутствует, либо чрезвычайно мало. Однако чистой рыночной экономики, где автоматически достигается эффективное решение основных экономических проблем, в принципе не существует. К этой модели приближается экономика свободной конкуренции и в определенной мере современная либеральная рыночная экономика. В реально существующей рыночной экономике возникает ряд отклонений от абстрактной модели.

Кроме того, ряд проблем «чистая» рыночная экономика в принципе решить не может. Это комплекс социальных проблем (образование, культура, здравоохранение, содержание безработных, поддержка малоимущих и т.п.), охрана природы, развитие фундаментальных наук. Для координации хозяйственной жизни и управления ею используются не только механизмы рынка, но и государственное регулирование через налоги и правительственные расходы (расходная часть бюджета), денежно-кредитная политика, регулирование доходов, социальная, антимонопольная и внешнеэкономическая политика. Эти проблемы наиболее эффективно решаются в странах с социальной (социально-ориентированной) рыночной экономикой. Однако вмешательство государства в экономическую жизнь возможно лишь до определенного предела, за которым экономика перестает быть рыночной. Правительство в условиях рыночной экономики устанавливает правила экономического поведения организаций и отдельных людей, но в собственно экономическую их деятельность не вмешивается, не нарушает звенья рыночного механизма, предоставляя ему возможность в основном определять цены и направления использования ресурсов.

## **13.2. Финансирование здравоохранения**

Государство с помощью законов определяет источники финансирования здравоохранения в зависимости от потребностей общества, типа и реальных возможностей экономики страны. По расчетам специалистов расходы на здравоохранение составляют от 3 до 15% валового национального продукта, или валового внутреннего продукта. Специалисты ВОЗ считают, что для решения основных проблем здравоохранения затраты общества должны быть не менее 6,0% валового

внутреннего продукта, а для удовлетворения потребностей населения в современном медицинском обслуживании с высоким уровнем качества - не менее 12%. Однако уровень затрат общества на охрану здоровья не решает автоматически всех проблем. Для этого необходимо тратить средства с максимальной эффективностью. Высокоразвитые страны с социальной рыночной экономикой, имеющие государственную (страховую и бюджетную) систему здравоохранения, добились больших успехов в обеспечении доступности медицинского обслуживания для населения, тратя при этом на нужды здравоохранения в среднем 6-8% валового внутреннего продукта. Расходы на здравоохранение в нашей стране составляют примерно 4,0% валового внутреннего продукта.

В настоящее время правовые основы финансирования здравоохранения определены Конституцией Российской Федерации, Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

В соответствии с Конституцией 1993 г. (ст. 41) в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в соответствии с этой статьей должна оказываться гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Источники финансирования охраны здоровья указаны в ст. 10 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан; это:

1. Средства бюджетов всех уровней.
2. Средства, направляемые на ОМС и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
3. Средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан.
4. Средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений.
5. Доходы от ценных бумаг.
6. Кредиты банков и других кредиторов.
7. Безвозмездные и/или благотворительные взносы и пожертвования.
8. Иные источники, не запрещенные законом.

В этой же статье указаны источники средств непосредственно для финансирования органов и учреждений системы здравоохранения. Это:

- средства республиканского (Российской Федерации) бюджета, бюджетов республик в составе Российской Федерации и местных бюджетов;

- средства государственных и общественных организаций, объединений, предприятий и других хозяйствующих субъектов;

- личные средства граждан;

- безвозмездные и/или благотворительные взносы и пожертвования;

- доходы от ценных бумаг;

- кредиты банков и других кредиторов;

- иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Как видно, они составляют часть средств, идущих на охрану и улучшение здоровья населения. Это, по существу, отраслевые ассигнования на деятельность органов и учреждений здравоохранения.

Из этих источников формируются финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения и государственной системы ОМС. Финансовые средства используются:

- для финансирования мероприятий по разработке и реализации целевых программ, утвержденных Советами Министров Российской Федерации и республик в составе РФ, органами государственного управления краев, областей, местной администрацией;

- для обеспечения профессиональной подготовки кадров;

- для финансирования научных исследований;

- для развития материально-технической базы учреждений здравоохранения;

- для субсидирования конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по

ОМС;

- для оплаты особо дорогостоящих видов медицинской помощи;

- для финансирования медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь при социально-значимых заболеваниях;

- для оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях в зонах стихийных бедствий, катастроф и других целей в области охраны здоровья населения.

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет отчислений страхователей на ОМС. Эти средства находятся в государственной собственности и используются для оплаты медицинских услуг в соответствии с программами ОМС.

Так как здравоохранение находится в сфере совместного ведения Российской Федерации и субъектов в ее составе, то субъекты Федерации несут более 2/3 всех расходов на текущие нужды здравоохранения и могут в соответствии с законами РФ и своими правовыми документами использовать различные, в том числе местные, источники финансирования для решения проблем здравоохранения.

По данным Всемирного банка, в среднем в мире тратится на здравоохранение 8% внутреннего валового продукта, причем в странах с развитой рыночной экономикой - 9,5%, в развивающихся странах - 2,5%.

В последние годы ассигнования на здравоохранение значительно увеличились, и, как отмечалось, из всех источников к 2007 г. они составят около 900,0 млрд руб., при этом основная часть расходов уже в 2006 г. увеличится до 665 млрд, чуть более 1% ВВП или 30% - ФМС. Особенно увеличиваются расходы на социальную поддержку, в том числе бесплатную лекарственную помощь 50 млн человек или 208 млрд руб.

Уже к концу XX века ассигнования на здравоохранения в большинстве стран мира существенно увеличились в сравнении с 1990 г. В целом из всех источников (общественных, государственных, частных и др.) они в США, например, достигли 14% от размера ВВП, или 4500 долл. на душу населения, в Германии - более 15% ВВП, или около 3000 долларов. В целом в экономически развитых странах на человека приходится не менее 1000 долларов на здравоохранение.

В 1995 г. расходы на здравоохранение в России составили более 4,0% внутреннего валового продукта.

В сентябре 1998 г. Постановлением Правительства (?1096) утверждена программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, в которую вошла базовая программа ОМС. Программа гарантий, кроме средств ОМС, определяет средства бюджета и других источников для обеспечения бесплатной медицинской, скорой, стационарной и амбулаторно-поликлинической помощью. В 1998-1999 гг. расходы бюджета на здравоохранение несколько повысились (до 70 млрд руб. и более), но не превышали 4% внутреннего валового продукта.

С 2001 г. средства на здравоохранение распределялись так: 60% бюджетные из федерального и территориальных бюджетов отдельных стран и регионах.



3% - средства ОМС и 10% добровольного страхования, частные средства.

**Таблица 48.** Расходы на здравоохранение в нах мира в 1995 г.<sup>1</sup>

Страна, регион	Общие расходы на здравоохранение в долларах по обменному курсу		Расходы на здравоохранение в % внутреннего валового продукта	
	млн	надушу населения	всего	государственный сектор
Африка к югу от Сахары	11684	22	4,23	1,85
Индия	17 488	21	6	1,2
Китай	12 819	11	3,51	2,05
Страны Азии и островные государства	36 817	61	4,5	1,71
Республика Корея (Южная)	15 634	365	6,61	2,71
Гонконг	3988	687	5,69	1,11
Латинская Америка и Карибский бассейн	43 825	103	3,96	2,37
Бразилия	218 887	146	4,2	2,76
Ближний Восток и Северная Африка	44 131	97	3,53	2,03
Бывшие социалистические страны Европы	49 942	144	3,55	2,53
Польша	3206	84	5,07	4,07
Украина	6804	131	3,3	2,3
Венгрия	1957	185	5,95	5,02
Россия	23 527	159	3,02	2,02
Югославия	4518	264	5,11	4,11
Страны с развитой рыночной экономикой	1 483 283	1958	9,29	5,67
Великобритания	59 623	1039	6,11	5,19
Франция	105 467	1869	9,4	6,97
Канада	51594	1945	9,05	6,7
США	691 211	2765	12,71	5,19
Германия	120 072	1511	8,73	6,34
Финляндия	10 200	2046	7,82	6,52
Норвегия	7782	1835	7,35	7,04
Швеция	20 055	2343	8,79	7,85
Япония	189 930	1538	6,45	4,81
Швейцария	16 916	2520	7,52	5,15

Кричагин В.П. Экономика здравоохранения, 1996, 1, с. 11.

Продолжение табл. 48

Страна, регион	Общие расходы на здравоохранение в долларах по обменному курсу		Расходы на здравоохранение в % внутреннего валового продукта	
	млн	на душу населения	всего	государственный сектор
Бывшие социалистические страны Европы и страны с развитой экономикой	1 532 340	1340	8,7	5,4
Экономически развивающиеся страны	170 115	41	4,7	2,3
Весь мир	1 702 455	323	8	4,9

### 13.3. Категории стоимости и ценообразования в здравоохранении

Стоимость определяется как количество общественно необходимого труда, затраченного на производство товара (услуги) и овеществленного в этом товаре.

Денежное выражение стоимости товара - цена. Цены и ценообразование составляют ценовой механизм, который чрезвычайно важен для управления экономикой. Цена есть денежное выражение стоимости предмета, объекта, товара (услуги). Для покупателя цена - это количество денег, которые приходится платить за товар (услугу).

В ценообразовании наиболее распространено определение цены по затратам производителя (издержкам). Эта модель ценообразования используется и в здравоохранении современной России.

Формула расчета цен по этой модели имеет следующий вид: Цена = Себестоимость продукции (товаров, услуг) + Нормативная или расчетная прибыль + Надбавки (скидки) к цене.

В себестоимость обычно включают различные виды затрат. В сложившейся экономической практике затраты сводят к двум обобщающим позициям: материальные и приравненные к ним затраты и зарплата с начислениями на социальное страхование и накладными расходами (командировки, оплата труда вспомогательного

персонала, расходы по содержанию и оснащению помещений и др.). Состав затрат, включаемых в себестоимость и относимых к прибыли, устанавливается правительством в нормативных документах. Это необходимо, в частности, для функционирования налоговой системы.

Когда цена прогнозируется (до продажи), прибыль еще не известна, так как товар не реализован. В связи с этим для определения нормативно-расчетной прибыли используется категория **рентабельности**, или относительной прибыли. Основные категории рыночных отношений указаны на рис. 17.

При расчете цен чаще пользуются величиной рентабельности в виде отношения прибыли к себестоимости.

В отечественной экономике рентабельность выражают в процентах.

Рентабельность, равная 10%, считается приемлемой, 20% - удовлетворительной, 30% - высокой.

Цены могут быть предельными, равновесными, свободными, фиксированными, прейскурантными.

При оплате медицинских услуг и для финансирования учреждений здравоохранения в современной России используются бюджетные оценки медицинских работ, прейскурантные (тарифные) цены на платные медицинские услуги, тарифы на медицинские услуги по программам ОМС, договорные цены. Наиболее близки к свободным, рыночным ценам договорные цены в коммерческой медицине и в добровольном медицинском страховании.

До перехода на рыночные отношения финансирование учреждений здравоохранения из государственного бюджета осуществлялось по смете расходов. Смета представляла собой финансовый план учреждения, где были зафиксированы расходы учреждения по утвержденным статьям. Расходы по статьям сметы определялись на основании жестких нормативов, средства использовались исключительно по назначению, неиспользованные в течение года деньги возвращались в бюджет.



**Рис. 17.** Основные понятия экономики, используемые в здравоохранении

Первоначально в смете было 18 статей, затем отдельные статьи были исключены, и смета медицинских учреждений включала следующие статьи:

Статья 1. Заработная плата.

Статья 2. Начисления на заработную плату (на социальное страхование работающих).

Статья 3. Канцелярские и хозяйственные расходы. Статья 4. Командировки и служебные разъезды. Статья 8. Стипендии. Статья 9. Расходы на питание.

Статья 10. Приобретение медикаментов и перевязочных средств. Статья 12. Приобретение оборудования и инвентаря. Статья 14. Приобретение мягкого инвентаря и оборудования. Статья 15. Капитальные вложения, капитальное строительство. Статья 16. Капитальный ремонт зданий и сооружений. Статья 18. Прочие расходы.

При таком порядке действует распределительная система, финансирование осуществляется не по потребности, а по остаточному принципу. Государство, являясь единственным покупателем и не имея достаточных средств, само назначало и регулировало условную цену работ, товаров и услуг в здравоохранении, обеспечивая населению по возможности бесплатную, доступную, квалифицированную медицинскую помощь в условиях жесткой экономии, устанавливая низкую оплату труда и низкие цены на все товары, необходимые системе здравоохранения.

Истинно рыночной является **свободная цена**, устанавливаемая и регулируемая спросом и предложением. При переходе к рыночной экономике подходы к ценообразованию меняются и используются различные виды цен. В настоящее время в здравоохранении России используется так называемая затратная модель ценообразования. Зарубежный аналог этого метода носит название «издержки плюс прибыль».

Сформированная с учетом затрат ресурсов (рабочей силы, лекарств, материалов, оборудования и т.д.) цена согласно финансовому законодательству разбивается на не облагаемую налогом прибыль (себестоимость) и облагаемую налогом прибыль (собственно прибыль).

При расчете себестоимости медицинских услуг учитывают структуру затрат, входивших в сохраняющуюся, но сокращенную смету медицинских учреждений, использующих бюджетные цены.

Одним из видов цен на медицинские услуги являются **бюджетные**. Они использовались в здравоохранении и в условиях нового хозяйственного механизма для обоснования финансирования медицинских учреждений, работающих на принципах коллективного (бригадного) или арендного подряда, для взаиморасчетов между медицинскими учреждениями, для взаиморасчетов между подразделениями внутри одного медицинского учреждения.

Величина бюджетных цен не зависела от реальных издержек медицинского учреждения. Они разрабатывались, исходя из расходов по смете:

**Цена единицы продукции = Сумма расходов по смете / Сумма единиц продукции**

За единицу продукции могли приниматься отдельные медицинские услуги, законченный случай лечения, койко-день, пролеченный больной, прикрепленный к поликлинике пациент и т.д.

Классическая формула ценообразования по затратной модели при расчете бюджетных цен не использовалась, себестоимость и прибыль не выделялись.

В настоящее время в условиях бюджетно-страховой системы здравоохранения бюджетные цены продолжают использовать при прямом государственном, бюджетном финансировании работ, выполняемых медицинскими учреждениями.

Так как возможности бюджета по финансированию здравоохранения из-за экономических трудностей, переживаемых страной, уменьшились, то бюджетные цены, основанные на смете медицинских учреждений, сейчас включают только часть прежних статей, заработную плату и начисления на заработную плату. При наличии возможностей в бюджетные цены, по которым оплачивается работа медицинских учреждений, включаются расходы на питание больных, приобретение медикаментов и перевязочных средств, а также частично хозяйственные расходы. Критическая ситуация в экономике не позволяла регулярно финансировать оплату медицинских услуг по бюджетным ценам, включавшим даже только две статьи сметы, непосредственно связанные с оплатой труда работников медицинских учреждений. Недостаточность бюджетного финансирования при отсутствии реального рынка медицинских услуг лишала некоторые медицинские учреждения возможности не только развития, но и выживания, а пациентов - доступной и квалифицированной медицинской помощи. Это приводило к росту платных медицинских услуг в системе здравоохранения России при отсутствии достаточных доходов у населения, к социальной и экономической незащищенности пациентов и ухудшению экономического положения учреждений здравоохранения, к снижению доступности и качества медицинской помощи.

Цены на **платные медицинские услуги** населению в нашей стране привлекли к себе внимание в середине 80-х годов в связи с введением нового хозяйственного механизма и ухудшением бюджетного финансирования здравоохранения из-за экономического спада в начале реформ. В этот период разрабатывались государственные цены на платные медицинские услуги. Они оформлялись территориальными преysкурантами, реже преysкурантами отдельных учреждений.

Цены рассчитывались по классической формуле и представляли собой сумму себестоимости (типичные фактические затраты на производство медицинских услуг, рассчитанные на основе утвержденных трудовых и материальных норм и нормативов) и прибыли в размере отраслевого или территориального коэффициента (процент себестоимости услуги). По разным территориям этот коэффициент колебался от 15 до 30%.

Аналогично формируются цены на платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

**Прейскурантные цены**, т.е. с указанием прејскуранта (списка) цен на медицинские услуги не освобождают исполнителей медицинских услуг (медицинские учреждения) от проведения собственных расчетов. Такие расчеты и их сопоставление с **прејскурантными ценами** необходимы для коррекции деятельности медицинских учреждений при несоответствии цен учреждения, учитывающих реальные затраты, прејскурантным государственным ценам. Конкретному медицинскому учреждению, как правило, выгоднее работать по собственным ценам за платные медицинские услуги. Это возможно при условии утверждения цен территориальными органами управления. Для управления здравоохранением важно использовать единую методику расчета цен, при этом цены отдельных учреждений могут различаться, как различаются сами учреждения, их ресурсы и используемые методы.

**Договорные цены** на медицинские услуги являются третьей группой цен, используемых в здравоохранении России. Эти цены утверждаются прямым договором исполнителя медицинских работ (медицинского учреждения) и юридического лица (предприятия, организации, фирмы и т.д.) - заказчика работ. Договорные цены наиболее близки к свободным, они учитывают спрос и предложение, информацию о ценах конкурентов. Эти цены устанавливаются на дополнительные виды работ и стимулируют развитие новых видов обслуживания, создают новые экономические возможности для тех, кто хочет и умеет работать. Предоставляемая государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения возможность оказывать дополнительные платные медицинские услуги по договорным ценам в ряде случаев позволяет поправить их экономическое положение и сохранить для населения необходимое медицинское обслуживание.

Договорные цены включают полные затраты на медицинские услуги и сопутствующие работы, а также прибыль в размере, соответствующем интересам договаривающихся сторон. Договорные цены на медицинские услуги являются на рынке медицинских услуг прообразом равновесных цен, которые определяются соотношением спроса и предложения.

В настоящее время сфера использования договорных цен - добровольное медицинское страхование и частная медицина.

Тарифы на медицинские услуги в ОМС условно можно считать четвертым видом цен в системе современного здравоохранения Российской Федерации. Подробнее вопросы формирования и использования тарифов на медицинские услуги в ОМС рассмотрены в разделе, посвященном медицинскому страхованию.

#### **13.4. Рыночные отношения и маркетинг в здравоохранении**

Рынок - это особая экономическая категория, сфера обмена, в которой совершается процесс товарного обращения, превращения товара (услуг) в деньги и обратного

превращения денег в товар (услугу). Кроме того, рынок рассматривается как совокупность взаимосвязанных актов купли-продажи массы товаров и услуг, произведенных в разных областях экономики. Рынок не следует путать с торговлей. Поскольку формирующаяся в России экономика должна быть рыночной, для успешного решения в новых условиях проблем здравоохранения необходимо изучение рыночных механизмов в здравоохранении, рыночных отношений здравоохранения с другими отраслями экономики.

**Маркетинг** - предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением товаров (услуг) от производителя к потребителю (пользователю) или социальный процесс, посредством которого прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос на товары, услуги, идеи и т.д.

Основное содержание маркетинга - изучение спроса на товары и услуги, т.е. его удовлетворение. Изучение спроса на товары и услуги системы здравоохранения рассматривается как начальный этап предпринимательской деятельности, а в рыночной экономике медицинские учреждения различных форм собственности выступают как предприниматели.

Маркетинг не только предполагает учет условий рынка, но и является инструментом формирования спроса, что для здравоохранения особенно важно, так как умелое использование возможностей маркетинга может способствовать формированию здорового образа жизни, охране здоровья.

**Медицинский маркетинг** определяют как процесс, посредством которого управляется и реализуется рынок медицинской помощи (медицинских услуг). Маркетинг в здравоохранении (или маркетинг здравоохранения) - более широкое понятие, частью которого является медицинский маркетинг. В сферу маркетинга здравоохранения входят все виды товаров и услуг, информация, идеи, события, специалисты, учреждения, организации и т.д., имеющие отношение к сохранению и укреплению здоровья населения. **Маркетинг здравоохранения** относят к социальному маркетингу, а все виды товаров и услуг, связанные со здоровьем, - к социальным (общественным) товарам.

Маркетинг в современной экономике основан на научных исследованиях. При проведении маркетинговых исследований изучаются основные элементы маркетинга, к которым относятся: нужды, мотивы, потребности, запросы, спрос, товары, услуги, обмен, сделки потребителя, покупателя, продавца, производителя, рынок.

В приведенном рис. 18 представлены основные элементы маркетинга.

**Нужда** - это ощущаемая человеком нехватка чего-либо. Нужды являются исходными составляющими природы человека. Нужды могут подразделяться на биогенные, психогенные, социальные. Нужды человека во многом определяют состояние здоровья. Нужды здорового и больного различны. Нужда, достигшая высокой интенсивности, становится мотивом поведения человека.

**Мотив (или побуждение)** - это нужда, ставшая столь настоятельной, что заставляет человека искать пути и способы ее удовлетворения. Нужды и мотивы формируют потребности.

**Потребность** - это нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем и личностью человека. Потребность - осознанная нужда, требующая действия. Существуют определенные потребности, связанные со здоровьем, в частности, потребности в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации, в здоровом образе жизни, в медицинском обслуживании и медицинской информации. Определенные потребности медицинских работников связаны с их профессиональной деятельностью. Удовлетворение потребностей, связанных со здоровьем, осуществляется системой здравоохранения. Для функционирования системы здравоохранения необходимы изучение существующих и потенциальных потребностей, возможностей их удовлетворения, формирование и удовлетворение рациональных потребностей в сфере здравоохранения.



**Рис. 18.** Основные элементы маркетинга.

Потребности людей практически безграничны, имеют тенденцию к росту в процессе социального развития, а ресурсы для удовлетворения потребностей ограничены. Это, по мнению экономистов, является основной причиной всех проблем в мире, в том числе и проблем здравоохранения. Как правило, люди удовлетворяют приоритетные потребности в соответствии со своими финансовыми возможностями. Однако удовлетворение потребностей, связанных с сохранением и укреплением здоровья, не только личное дело, но забота общества и государства, создающие такие системы здравоохранения, которые позволяют удовлетворить основные потребности всех граждан в охране здоровья.



**Запрос** - это потребность, подкрепленная покупательной способностью. Для частнопредпринимательской системы здравоохранения речь идет о платежеспособности человека или группы людей, а для общественных систем здравоохранения, государственной системы и страховой медицины это покупательная способность общества, которая отражена в источниках финансирования здравоохранения. На основе запросов формируется платежеспособный спрос на товары и услуги, в том числе и в сфере здравоохранения.

**Товар (или услуга)** - предмет или деятельность (работа), которая может удовлетворить ту или иную потребность и предлагается рынку с целью привлечения внимания, использования и приобретения.

Совокупность товаров (услуг), способных удовлетворить ту или иную потребность, называют товарным ассортиментом.

Человечеству известны 4 способа получения желаемого объекта: самообеспечение, попрошайничество, отъем, обмен.

Маркетинг задействован тогда, когда люди решают удовлетворить свои запросы с помощью обмена.

**Обмен** - получение какого-либо желаемого объекта (товара, услуги) с предоставлением чего-либо взамен. Обмен - основное понятие маркетинга. Без обмена нет рынка (рис. 19).



**Рис. 19.** Основные виды товаров и услуг в здравоохранении

Потенциальную возможность обмена создают 5 условий:

- обменивающихся сторон должно быть как минимум две;
- каждая сторона должна обладать тем, что представляет интерес для другой стороны;
- каждая сторона должна быть способна осуществлять коммуникацию и доставку своего товара или выполнять услугу;
- каждая сторона должна быть свободна в принятии или отклонении предложения другой стороны;
- каждая сторона должна быть уверена в целесообразности и желательности иметь дело с другой стороной.

Состоится ли потенциально возможный обмен, зависит от соглашения между сторонами о его условиях. Обмен с соблюдением определенных условий позволяет заключить сделку.

**Сделка** - это обмен ценностями на договорной основе между субъектами рыночных отношений, выступающих в качестве производителя и потребителя, продавца и покупателя. Сделка является основной единицей измерения в сфере маркетинга. По числу и финансовому объему совершенных сделок судят о его эффективности. Сделки совершаются с соблюдением нескольких условий, к которым относятся:

- существование по меньшей мере двух ценностно значимых объектов;
- согласование условий осуществления обмена;
- согласование времени осуществления обмена;
- согласование места проведения обмена.

Условия сделки поддерживаются и охраняются государством.

Предметом сделок могут быть различные товары и услуги, существуют коммерческие и некоммерческие сделки.

Коммерческие сделки предусматривают возмездный обмен, куплю-продажу товаров и услуг (финансово-коммерческая сделка) либо обмен на другой товар (бартерная сделка).

К некоммерческим сделкам относятся дарение и безвозмездная (благотворительная) помощь.

Кроме названных выше видов сделок, существуют сделки на срок (фьючерсные), внешнеторговые (экспортные и импортные) сделки.

**Рынок**, который на практике рассматривается как совокупность существующих и потенциальных продавцов и покупателей, может строиться на децентрализованной и централизованной основе. Самообеспечение иногда рассматривают как его третью разновидность, но оно рынком не является, так как не предоставляет возможности удовлетворения потребностей путем обмена. Децентрализованный рынок (рынок без купца) строится как обмен между множеством производителей (продавцов) и потребителей (покупателей) товаров и услуг. Централизованный рынок строится как централизованный обмен с участием купца (посредника, дилера, страховщика). Рынок предоставляет возможность обмена ценностями (товарами или услугами).

К товарам в здравоохранении относятся предметы медицинского назначения (все, что необходимо для профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, включая оборудование, медицинскую технику, лекарственные средства, перевязочные материалы, приборы, реактивы, предметы хозяйственного назначения и т.д.). Кроме того, в роли товара выступают медицинская информация и медицинские услуги. Последние являются столь специфической формой товара, что обычно принято говорить о товарах и услугах, выделяя услуги как самостоятельную ценность.

**Услуга** - деятельность, необходимая потребителю, представляющая для него определенную ценность. В монографии А.А. Лебедева, посвященной маркетингу в здравоохранении (1996), дается следующее определение услуги: «Услуга - любое мероприятие или выгода, которые одна сторона может предложить другой и которые в основном неосязаемы и не приводят к завладению чем-либо».

Услугам присущи 4 характеристики: неосязаемость, неотделяемость от источника, непостоянство качества, несохраняемость.

Стоимостная значимость услуги существует в момент ее оказания. Услуга оказывается конкретному потребителю и направлена на решение его проблем, в медицинской практике - проблем, связанных со здоровьем.

Партнерами во взаимоотношениях, возникающих при оказании услуг, являются пациенты и представители системы здравоохранения. При оказании услуг партнерами могут выступать не только люди, но и коллективные субъекты (учреждения, институты, сообщества, кооперативы и т.д.), которые оказывают друг другу услуги через собственных представителей, конкретных лиц, владеющих определенными социальными и профессиональными навыками.

Анализ услуг в здравоохранении требует рассмотрения двух сторон (партнеров). Одна сторона выступает как потребитель услуги, другая - как ее исполнитель (создатель). Медицинская услуга должна быть предоставлена потребителю таким образом, чтобы была достигнута цель - сохранить, поддержать, повысить уровень здоровья конкретного человека или группы людей.

**Медицинское обслуживание** - процесс производства и предоставления медицинских услуг. Медицинское обслуживание формирует определенные отношения между его субъектами. Отношения обслуживания характеризуются работой на потребителя, удовлетворением его запросов. Эти отношения регулируются медицинской этикой и правом.

Медицинское обслуживание требует материального и финансового обеспечения, ресурсов. Услуги должны оплачиваться по ценам, соответствующим их ресурсному обеспечению, качеству и затратам труда, а также специфике рыночных отношений в здравоохранении и источникам финансирования. Перечисленные характеристики отличают понятие «медицинские услуги» от понятия «медицинская помощь». Само понятие «помощь» имеет принципиально иную специфику. Помощь может быть основана не на рыночных отношениях, а на отношениях дружбы, сочувствия, сострадания, симпатии. Помощь оказывается кому-либо по мере сил и возможностей без расчета на воздаяние, поэтому для государственной системы здравоохранения использовали термин «медицинская помощь». Она оказывалась бесплатно по мере сил и возможностей государства медицинскими учреждениями, находившимися в его собственности, работниками, являвшимися его служащими, труд которых оплачивался в соответствии с возможностями государства, неадекватно реальным затратам. В рыночной экономике термин «помощь» имеет ограниченное применение, используется в сфере благотворительности, а наиболее употребительным является термин «медицинское обслуживание». Тем не менее в процессе оказания услуги морально-нравственные нормы требуют только таких отношений медицинских работников (производителей услуг) и пациентов (потребителей медицинских услуг), которые основаны на приоритете пациента, на защите его прав, на информированном сотрудничестве в интересах физического, психического и социального благополучия пациента, т.е. здоровья, рассматриваемого с широких социальных позиций. Такие отношения отражают специфику маркетинга в странах с развитой рыночной экономикой, хотя, безусловно, в этих странах также встречаются случаи нарушения не только принципов этики и деонтологии, но и законов, что становится предметом судебного рассмотрения. Судебная защита - широко распространенное в рыночной экономике явление, с которым достаточно часто сталкиваются исполнители медицинских услуг, вынужденные по суду нести материальную ответственность и выплачивать пациентам достаточно большие суммы в качестве компенсации морального и физического ущерба.

Государство стремится преодолеть стремление производителей (продавцов) к монополизации рынка с помощью принятия анти- монопольных законов, позволяющих сохранить конкуренцию, сделать товары и услуги более доступными для потребителей. В ряде случаев, особенно в сфере производства и реализации социально значимых товаров и услуг, государство прибегает к регулированию цен или устанавливает государственные цены.

Одна из разновидностей рынка - рынок продавца (монополия или олигархический рынок). Такой рынок позволяет одному или нескольким крупнейшим производителям (продавцам) однородных товаров и услуг диктовать условия сделки и цены в своих

интересах, лишая рыночные отношения их главного преимущества - свободной конкуренции для удовлетворения потребностей и развития общества.

Не меньшие искажения вносит в рыночные отношения и господство на рынке единственного платежеспособного покупателя отдельных видов товаров и услуг. Такой рынок называется рынком покупателя. Покупатель определяет уровни сделок и цены в своих интересах, что снижает эффективность производства и продажи товаров и услуг и может вызвать экономический застой и спад из-за незаинтересованности предпринимателей. Господство на рынке единственного покупателя носит название «монопсония». В условиях монопсонии невозможно сохранить нормальные рыночные механизмы.

Распределительная экономика в СССР сочетала отдельные черты монополии и монопсонии. Государство выступало в здравоохранении как единственный хозяин (собственник) почти всех учреждений здравоохранения. Монополист, одновременно государственный бюджет, являлся единственным источником финансирования (покупателем) медицинских услуг, предоставляемых населению бесплатно. В таких экономических отношениях нет стимулов для развития, совершенствования, повышения эффективности, но могут обеспечиваться минимальные потребности населения.

Для социальной сферы в рыночной экономике характерен социальный (некоммерческий) маркетинг.

Некоммерческий маркетинг осуществляется организациями и отдельными лицами, которые действуют в общественных интересах и не стремятся к получению финансовых прибылей.

Некоммерческие организации могут не получать доходов от повседневной деятельности, а опираться на периодически поступающие средства путем сборов взносов и пожертвований. Такие поступления могут быть как обязательными (как правило, регулярными), так и необязательными (нерегулярными). Примером этих организаций являются больничные кассы, фонды ОМС, общества взаимного страхования здоровья и жизни, организации поддержания здоровья, благотворительные организации и фонды, в определенной степени медицинские учреждения, связанные с общественными источниками финансирования.

Маркетинг услуг (в том числе в здравоохранении) может быть как коммерческим, так и некоммерческим, т.е. ориентироваться или не ориентироваться на прибыль. Маркетинг услуг может осуществляться правительством, государственными организациями, общественными и частными организациями.

Маркетинг в здравоохранении - социальный маркетинг. В нем население выступает как ассоциированный потребитель товаров и услуг, органы и учреждения здравоохранения различных форм собственности - как ассоциированный производитель медицинских услуг, органы исполнительной власти - как ассоциированный покупатель медицинских услуг (посредник или спонсор). Указанная концепция отражает ситуацию

сегодняшнего дня и, вероятно, самого ближайшего будущего. Неплатежеспособное население не может быть реальным покупателем всех необходимых ему товаров и услуг, и государство в экономике переходного периода во многом сохраняет свои прежние функции в социальной сфере, т.е. элементы монополии и монополии.

### **13.5. Формы собственности, новый хозяйственный механизм, предпринимательство в здравоохранении**

Собственность - система экономических и юридических отношений между людьми по поводу имущества, условий и результатов производства. В системе правоотношений можно выделить право собственности, ответственность собственника, защиту прав собственности.

По Закону «О собственности в Российской Федерации» право собственности определяется как право по своему усмотрению осуществлять владение, пользование и распоряжение имуществом. Владение означает фактическое обладание имуществом, без чего невозможно реализовать все другие права собственности, пользование - это потребление имущества в соответствии с теми свойствами, которыми оно обладает. Распоряжение означает определение юридической судьбы имущества, которое можно продать, обменять, подарить, отдать в залог, аренду и т.д. Ответственность собственника выражается в том, что он несет все издержки, связанные с содержанием собственного имущества, а также в том, что имущество собственника может быть использовано для компенсации потерь, нанесенных собственником третьему лицу. Защита прав собственности предполагает наличие норм права, исключающих нарушение прав собственности со стороны какого-либо иного субъекта права. Наряду с правом собственности существует право полного хозяйственного ведения, когда собственник передает свои полномочия другому субъекту. Государственные предприятия и многие учреждения функционируют на правах полного хозяйственного ведения, носителем которого является руководитель соответствующего предприятия (учреждения), переданного государством в полное хозяйственное ведение. Если деятельность этого предприятия (учреждения) финансируется за счет собственника, то возникает право оперативного управления. Учреждения в Российской Федерации в основном обладают правом оперативного управления. Это относится и к государственным (муниципальным) медицинским учреждениям. Отношениям собственности в основном посвящена часть вторая Гражданского кодекса Российской Федерации.

Современные формы рыночного хозяйствования основываются на разделении не столько собственности, сколько правомочий собственника между экономическими субъектами. Предприниматель, являясь главным действующим лицом на рынке, может не быть собственником применяемого им имущества.

К основным видам собственности в России относятся;

- государственная собственность;

- собственность граждан;
- муниципальная собственность;
- общая (коллективная) собственность;
- собственность общественных объединений (организаций);
- частная собственность;
- собственность юридического лица.

В здравоохранении приходится иметь дело с различными формами собственности. В ст. 41 Конституции Российской Федерации говорится о трех формах собственности в здравоохранении: государственной, муниципальной, частной. В основах законодательства РФ «Об охране здоровья граждан Российской Федерации» содержатся ст. 12 - «Государственная система здравоохранения», ст. 13 - «Муниципальная система здравоохранения», ст. 14 - «Частная система здравоохранения».

**Государственная собственность** - имущество, право на которое находится у органов государственной власти. К государственной собственности относятся федеральная собственность и собственность субъектов в составе Российской Федерации. Государственная система здравоохранения включает:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации;
- министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации;
- органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга;
- Российскую академию медицинских наук;
- находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения ЛПУ, научно-исследовательские, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят ЛПУ, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями Российской Федерации помимо Минздравсоцразвития РФ и министерств здравоохранения республик в составе РФ. Предприятия, учреждения и организации

государственной системы здравоохранения являются юридическими лицами. Их имущество соответственно можно отнести к собственности юридического лица, переданной ему в оперативное управление или полное хозяйственное ведение, что должно быть отражено в соответствующем договоре и уставе учреждения или предприятия в системе государственного здравоохранения. К государственной собственности относятся учреждения ОМС.

**Муниципальная собственность** - имущество, право собственности на которое принадлежит органам местного самоуправления. В Российской Федерации к муниципальной собственности относится имущество, находящееся в собственности органов власти районов, городов и территориальных образований в их составе, а также средства их бюджетов. Муниципальная собственность здравоохранения включает: муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности ЛПУ и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические организации и предприятия, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения. Они так же, как и государственные, являются юридическими лицами, их собственность - собственность юридического лица, переданная ему собственником в ответственное управление или полное хозяйственное ведение по соответствующему договору, что должно быть отражено в уставе предприятия или учреждения. Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

**Частная собственность** - имущество, право собственности на которое регулируется частным правом. Частной может быть собственность как физических лиц - граждан, так и юридических лиц, если юридическое лицо не является субъектом государственной или муниципальной собственности. К частной системе здравоохранения относятся:

- ЛПУ и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности;

- лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью;

- ЛПУ, аптечные, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями, организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Экономические преобразования в государственной системе здравоохранения нашей страны начались с введения нового хозяйственного механизма. Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении было одобрено Комиссией по совершенствованию хозяйственного механизма при Совете Министров СССР 23.06.89. Этому предшествовали экономические эксперименты в здравоохранении, направленные на введение элементов предпринимательства, хозрасчета, экономических методов управления. **Новый хозяйственный механизм (НХМ)** в здравоохранении



разрабатывался на основании широкомасштабного эксперимента, проводившегося в четырех регионах страны. К этому эксперименту в дальнейшем добровольно, по собственной инициативе, присоединились другие территории и отдельные медицинские учреждения.

Для полного использования нового хозяйственного механизма, представляющего собой специфическую форму хозяйственного расчета, было необходимо его введение не менее чем на территории области. Наибольшего успеха в эксперименте удалось добиться Кемеровской области, опыт которой и дальнейшем был использован другими территориями.

В положении о новом хозяйственном механизме в здравоохранении сказано: «Основными целями перевода учреждений здравоохранения на новые условия хозяйствования является более полное удовлетворение потребностей населения в квалифицированной медицинской помощи, обеспечение бесплатности, гарантированности и доступности ее всем слоям населения, эффективное использование кадровых, материальных, финансовых ресурсов и научного потенциала общества, направленных на улучшение здоровья населения». Введение нового хозяйственного механизма в 1989 г. происходило в условиях единой государственной системы здравоохранения с финансированием из государственного бюджета. В этот период страна уже приступала к рыночным преобразованиям в экономике, шире стали использоваться экономические методы управления. В 1987 г. был принят правительственный документ под названием «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года», в котором один из 6 разделов был посвящен совершенствованию управления здравоохранением с использованием экономических методов. Введение нового хозяйственного механизма в здравоохранении было связано с хозрасчетом во всех сферах хозяйствования. Полный хозяйственный расчет, основанный на самоокупаемости и самофинансировании, в здравоохранении был невозможен, единственным реальным источником финансирования в 1989 г. оставался государственный бюджет. Однако необходимость повышения эффективности использования ограниченных ресурсов здравоохранения, включения здравоохранения в комплексное реформирование экономики требовали введения тех элементов хозрасчета, которые были возможны и желательны для решения проблем здравоохранения в новых условиях.

Специфическая форма хозяйственного расчета в государственном здравоохранении СССР и получила название **новый хозяйственный механизм (НХМ) в здравоохранении**.

Основными направлениями НХМ в здравоохранении стали распределение средств по подушевому нормативу, а не на отрасль и ее службы, учреждения; оплата труда с учетом его количества и качества; разрешение платных услуг; предоставление экономической самостоятельности руководителям учреждений. НХМ предусматривал:

- изменение управления здравоохранением (децентрализация, приоритет экономических методов, элементы научного подхода к управлению - менеджмента);

- новая структура управления (создание территориальных медицинских объединений, расширение прав руководителей медицинских учреждений и усиление роли трудовых коллективов в управлении учреждениями - создание советов трудовых коллективов);

- изменение порядка финансирования здравоохранения (выделение средств из бюджета на одного жителя по дифференцированным подушевым нормативам, разрешение использовать в государственных учреждениях здравоохранения дополнительные источники финансирования, оказание платных услуг сверх гарантированных, работы по договорам с предприятиями и т.д.);

- расчет цен на услуги в учреждениях здравоохранения и введение взаиморасчетов внутри учреждения между подразделениями и между учреждениями в соответствии с выполненной работой;

- новые формы организации труда в медицинских учреждениях, бригадный метод, бригадный и арендный подряд, аренда, медицинские кооперативы, дневные стационары при больницах и поликлиниках, стационары на дому и т.д.;

- введение моделей хозрасчета, соответствующих новым формам организации труда: 1-я модель хозрасчета - бригадная форма организации труда, 2-я модель хозрасчета - подрядные формы организации труда (бригадный и арендный подряд), 3-я модель хозрасчета - аренда, 4-я модель хозрасчета - медицинские кооперативы и другие формы частного предпринимательства в здравоохранении;

- попытка создания системы оплаты труда в соответствии с объемом и качеством выполненной работы, введение экономических методов стимулирования интенсивности и качества;

- введение системы внутриведомственного контроля качества медицинского обслуживания на основе разработки медико-экономических стандартов (диагностически связанных, диагностически родственных или клинико-статистических групп) с использованием экспертных оценок различного уровня (ступеней контроля качества медицинского обслуживания).

Являясь *специфической формой хозяйственного расчета* в государственной системе здравоохранения, НХМ должен был повысить эффективность использования ресурсов и качество медицинского обслуживания путем интенсификации труда и увеличения заинтересованности работников учреждений здравоохранения в его результатах. Это достигалось созданием различных вариантов (моделей) хозяйственного расчета - формирования и распределения хозяйственного дохода.

На основе использования всех разрешенных нормативными документами источников финансирования в соответствии со спецификой организации труда

формировался **единый финансовый фонд**, который распределялся в зависимости от принятой коллективом модели хозяйственного расчета. Основным источником финансирования учреждения здравоохранения являлись средства бюджета, выделяемые по долговременным экономическим нормативам, устанавливаемым на 5 лет с распределением по годам. Поликлиникам бюджетные средства выделялись по дифференцированным подушевым нормативам, а другим учреждениям поступали как оплата в соответствии с объемом и качеством выполненной работы или по смете расходов. Дополнительные средства зарабатывались коллективом путем оказания сверхнормативных услуг по договорам с различными государственными, кооперативными и общественными предприятиями, учреждениями и организациями, оказания сверхнормативных услуг населению на платной основе, выполнения заказов органов управления. Ресурсы на их выполнение поступали как часть взысканных сумм за причиненный ущерб здоровью населения в связи с нарушением санитарно-гигиенических и противоэпидемических норм и правил, средства, полученные по удовлетворенным искам медицинских учреждений к предприятиям и организациям, часть средств, сэкономленных в результате снижения временной нетрудоспособности, добровольные взносы предприятий, учреждений, организаций, благотворительных фондов, кооперативов, граждан, иными путями, не запрещенными законом и разрешенными органами управления здравоохранением.

Средства, полученные из всех источников, и составляли **единый фонд финансовых средств учреждения здравоохранения**. Средства

этого фонда должны были использоваться для возмещения затрат и создания фонда экономического стимулирования. Поощрялась экономия - снижение затрат, сэкономленные средства направлялись в фонд материального стимулирования. Не допускалась экономия за счет питания, медикаментов, перевязочных средств. Полученные от такой экономии средства должны были изыматься. Учреждения здравоохранения по решению трудового коллектива могли применять один из способов распределения средств единого финансового фонда - модель хозрасчета.

**1-я модель хозрасчета** соответствовала, как правило, бригадной форме организации труда. При этой модели учреждением здравоохранения выплачивалась заработная плата работникам, возмещались материальные и приравненные к ним затраты, производились расчеты со сторонними организациями, выплачивались проценты за кредит. Оставшиеся после этих расчетов средства поступали в распоряжение трудового коллектива. Из них по установленному нормативу формировался фонд производственного и социального развития и как остаток образовался фонд материального поощрения. В фонд материального поощрения, кроме того, могли перечисляться неиспользованные средства фонда заработной платы, а также средства, переданные на эти цели другими предприятиями и организациями за счет своих фондов оплаты труда.

**2-я модель хозрасчета** обычно соответствовала подрядным формам организации труда. Из общей суммы поступлений формировался единый фонд финансовых средств учреждения, из которого возмещались материальные и приравненные к ним затраты,

осуществлялся расчет со сторонними организациями, выплачивались проценты за кредит. Из оставшихся средств по установленному нормативу в процентах общей суммы поступлений формировался фонд производственного и социального развития и как остаток - единый фонд оплаты труда.

**3-я модель хозрасчета** соответствует арендной форме организации труда. Эта модель отличается от предыдущей тем, что в первую очередь при возмещении затрат осуществлялась оплата арендованного имущества, а оставшиеся средства (после возмещения затрат, уплаты налогов и процентов по кредитам) находились в распоряжении трудового коллектива, который по своему усмотрению формировал фонды производственного и социального развития, резервный фонд и фонд оплаты труда.

**4-я модель хозрасчета** соответствует полному хозяйственному расчету, включающему самокупаемость и самофинансирование, полную самостоятельность предпринимателя, действующего в соответствии с законами и нормативными документами. Все необходимые фонды формировались в этом случае в зависимости от целей и задач предприятия, условий его деятельности, потребностей и устава по решению предпринимателя, согласованному с коллективом. Как правило, там работали частные медицинские учреждения и кооперативы.

Новый хозяйственный механизм в здравоохранении позволил сформировать механизмы деятельности медицинских учреждений, необходимые для более глубоких экономических преобразований, введения медицинского страхования, формирования частной (приватной) системы здравоохранения, наряду с государственной и муниципальной. Главными элементами нового хозяйственного механизма, необходимыми для последующих преобразований, были ценообразование, взаиморасчеты, контроль качества медицинского обслуживания, заинтересованность в экономии ресурсов - повышении экономической эффективности.

Ниже в описанном виде НХМ не применяется, но он важен в развитии здравоохранения страны.

### **13.6. Приватизация в здравоохранении**

В постановлении по этому вопросу в 1993 г. было сказано о необходимости разработки и принятия законов по приватизации особо социально значимых объектов, в том числе в здравоохранении. В 1991 г. некоторым учреждениям здравоохранения удалось получить разрешение на аренду с правом выкупа по Закону «Об аренде», существовавшему в СССР. В последующем эти учреждения стали акционерными предприятиями, работающими по Закону «О предприятиях и предпринимательской деятельности». В действующем плане государственной программы приватизации государственных и муниципальных предприятий и учреждений также не было специального раздела о приватизации в здравоохранении, хотя имеется ряд ограничений на приватизацию санитарно-эпидемиологических учреждений и учреждений социальной защиты. Была разрешена приватизация аптечных учреждений и предприятий

медицинской промышленности. На территориальном уровне в особых случаях в порядке исключения принимались решения о приватизации отдельных медицинских учреждений.

Переход от государственной формы собственности к негосударственной называется разгосударствлением.

Приватизацией называется переход к частной или максимально приближенной к частной, например, к акционерной форме собственности.

Основными способами приватизации являются: аукционная продажа, конкурсная продажа, прямая продажа, выкуп арендованного имущества.

В качестве источников средств при приватизации государственного имущества могут быть использованы:

- личные сбережения граждан;
- собственные средства юридических лиц (предприятий, учреждений, организаций различных форм собственности, общественных объединений и т.д.);
- заемные средства (кредиты банков и других кредиторов);
- иностранные инвестиции.

На первом этапе приватизации в качестве источника средств для приватизации государственной собственности использовались приватизационные чеки.

Способ приватизации определялся соответствующим учреждением по управлению имуществом в зависимости от численности работающих и стоимости основных фондов. Мелкие предприятия с численностью работающих до 200 человек и стоимостью основных фондов на 01.01.92 менее 1 млн руб. подлежали продаже на аукционе или по конкурсу. Предприятия, имеющие более 1000 работников и основные фонды стоимостью свыше 50 млн руб., преобразовывались в акционерные общества. Остальные предприятия могли быть приватизированы любым из установленных способов.

Наибольшее распространение получила приватизация государственной собственности путем ее **акционирования**. Акционирование - это преобразование государственных и муниципальных предприятий в акционерные общества. Такая приватизация осуществлялась в соответствии с законом, принятым еще в 1992 г. в несколько этапов.

На 1-м этапе приватизации на предприятии (другом объекте собственности) создавалась комиссия по приватизации при участии членов коллектива с оформлением соответствующих протоколов собраний и других документов, предусмотренных при создании комиссии.

На 2-м этапе комиссия подготавливала предприятие к приватизации путем акционирования.

На 3-м этапе проводилось собрание и учреждалось акционерное общество с оформлением соответствующих документов.

На 4-м этапе осуществлялось распределение акций, оформление их передачи в собственность акционеров.

Учредителем акционерного общества выступал соответствующий комитет по управлению имуществом. Комиссия по приватизации создавалась комитетом и определяла размер уставного фонда акционерного общества на основе оценки объекта приватизации. С момента регистрации акционерного общества прежнее государственное или муниципальное предприятие считалось преобразованным, а его имущество - переданным на баланс акционерного общества.

Было разработано несколько **вариантов приватизации** предприятий государственной собственности путем акционирования.

По **1-му варианту** 25% акций передавалось безвозмездно коллективу приватизированного предприятия, каждому акционеру на сумму не более 20 минимальных размеров месячного заработка. Эти акции распределялись между работниками в порядке, принятом общим собранием, они являлись привилегированными, не давали права голоса, но по ним получали дивиденды. Еще 10% акций могли быть проданы коллективу со скидкой 30% их стоимости, причем приобретение акций одним человеком было возможно не более чем на 6 минимальных размеров месячного заработка. Акции покупали в рассрочку на 3 года, первый взнос не мог быть менее 15%. Кроме того, должностным лицам из администрации приватизируемого предприятия предоставлялась возможность приобрести 5% акций, но не более чем на сумму, соответствующую 2 тыс. размеров минимальной заработной платы на каждого. Остальные акции поступали в свободную продажу, 10% выручки поступали на личные приватизационные счета работников предприятий и могли быть использованы для покупки акций своего или любого другого предприятия.

По **2-му варианту** акционирования членам трудового коллектива предоставлялось право приобретения 51% обыкновенных, голосующих акций по цене в 1,7 раза выше их номинальной стоимости. Таким образом, в собственность коллектива переходил контрольный пакет акций. Остальные акции продавались.

По **3-му варианту** группа работников с согласия трудового коллектива брала на себя ответственность за выполнение плана приватизации и недопущение банкротства предприятия и заключала соответствующий договор на 1 год с фондом имущества, внося залог в размере 200 минимальных размеров заработной платы на каждого. По истечении срока договора и соблюдении его условий члены группы могли приобрести 20% уставного капитала в виде обыкновенных акций по номинальной стоимости. Всем работникам продавались акции на сумму 20% уставного капитала, но не более 20 размеров

минимального месячного заработка на одного работника, со скидкой 30% номинальной стоимости, оплатой в рассрочку на 3 года при первом взносе не менее 15%. Этот вариант мог применяться на предприятиях с численностью работников более 200 человек и стоимостью основных фондов от 1 млн до 50 млн.руб. на 01.01.92.

2-й и 3-й варианты акционирования допускались только тогда, когда за них проголосовали не менее 2/3 работников предприятия, так как эти варианты давали некоторые преимущества администрации предприятия при проведении приватизации, хотя и связаны с определенным риском.

Приватизация должна была создать условия для активизации предпринимательской деятельности и повышения эффективности производства различных товаров и услуг на основе конкуренции.

Предпринимательство или предпринимательская деятельность - инициативная самостоятельная деятельность граждан и их объединений, направленная на получение прибыли. Определенные элементы предпринимательской деятельности могут быть связаны и с некоммерческой деятельностью, преследующей социально значимые цели, в том числе и в здравоохранении. Предпринимательская деятельность может осуществляться предприятиями и организациями различных форм собственности в зависимости от их организационно-правовой формы. В России определенные виды и элементы предпринимательской деятельности осуществляются государственными, муниципальными, индивидуальными, семейными, частными предприятиями, товариществами (с ограниченной ответственностью, полными, смешанными), акционерными обществами открытого и закрытого типов, объединениями предприятий.

Предпринимательская деятельность без привлечения наемного труда регистрируется как индивидуальная трудовая деятельность, а с привлечением наемного труда - как предприятие. Осуществление предпринимательской деятельности без регистрации запрещается. Статус предпринимателя приобретается путем государственной регистрации. Предпринимательская деятельность может осуществляться собственником или субъектом, управляющим его имуществом на правах хозяйственного ведения с установлением пределов такого ведения собственником имущества. Отношения субъекта, управляющего имуществом, и собственника имущества регламентируются договором (контрактом).

Предпринимательство является наиболее действенным стимулом к высокопроизводительному труду, повышению эффективности, удовлетворению общественных потребностей. Предпринимательская деятельность принципиально возможна в медицинских учреждениях любых форм собственности. От того, сможет ли руководитель медицинского учреждения работать, как современный предприниматель, используя лучшие элементы предпринимательской деятельности для достижения целей своего учреждения в интересах здравоохранения в целом, зависят выживание и перспективы развития как самого учреждения, так и отрасли.

Предпринимательство тесно связано с менеджментом, хотя это далеко не одно и то же. Менеджер - управляющий. Если предприниматель - собственник, сам управляет своим предприятием (или иной собственностью), осуществляя производство товаров и услуг, он работает как менеджер. Если руководитель предприятия (учреждения) - менеджер и работает по контракту, заключенному с собственником (государством, организацией или частным лицом), осуществляя управление от имени собственника на правах полного или ограниченного хозяйственного ведения, он действует в определенной степени как предприниматель.

### **13.7. Экономические методы управления и менеджмента в здравоохранении**

Менеджер (англ. *manage* - управлять) - лицо, организующее конкретную работу определенного числа сотрудников в условиях рыночного хозяйства на основе современных методов управления. В XIX веке собственник - предприниматель, как правило, сам занимался управлением. В современной рыночной экономике менеджер в основном является наемным управляющим. Продвижение по

служебной лестнице современного менеджера, в отличие от классического предпринимателя - собственника, зависит не от доли капитала, вложенного в акции, а от личной предприимчивости и компетенции. Под словом «менеджмент» понимают несколько различающихся понятий: это и когорта современных управляющих (совокупность менеджеров), и наука управления, и деятельность по управлению. Нам представляется целесообразным рассматривать менеджмент с позиции экономики, в соответствии с определением, данным в словаре «Рыночная экономика» (1993).

**Менеджмент** - система управления предприятием (учреждением, организацией), ориентированная на удовлетворение общественных потребностей посредством производства товаров и услуг в условиях рыночного хозяйствования.

Цель менеджмента - достижение высокой эффективности производства, качества продукции и услуг при постоянном расширении и обновлении их номенклатуры.

В широком смысле слова менеджмент означает стиль хозяйственной деятельности, поведение с использованием материальных и духовных ресурсов как внутри предприятия, так и в сфере маркетинга. Усложнение экономики ставит перед менеджерами все более сложные задачи, предъявляет высокие требования не только к их квалификации, но и к личности. Авторы книги «Раскрепощенный менеджер» английские консультанты по управлению Майкл Вудкок и Девис Френсис считают, что управление в настоящем и ближайшем будущем требует от менеджера следующих навыков и личных качеств:

- способность управлять собой;
- разумные личные ценности;



- четкие личные цели;
- постоянное личное самоусовершенствование;
- навык решать проблемы;
- изобретательность и способность к инновациям;
- высокая способность влиять на окружающих;
- знание современных управленческих подходов;
- способность руководить;
- умение обучать и развивать подчиненных;
- способность формировать и развивать эффективные рабочие группы.

Отсутствие перечисленных качеств, а тем более наличие противоположных рассматриваются как 11 потенциальных ограничений для успешной деятельности в качестве менеджера. Такими ограничениями являются:

- неумение управлять собой;
- размытые личные ценности;
- смутные личные цели;
- остановленное саморазвитие;
- недостаточность навыка решать проблемы;
- недостаток творческого подхода;
- неумение влиять на людей;
- недостаточное понимание особенностей управленческого труда;
- слабые навыки руководства;
- неумение обучать;
- низкая способность к формированию коллектива. Обучение менеджеров позволяет преодолевать перечисленные ограничения и развивать эффективное управление.

**Управление** - это наука, искусство, профессия и деятельность. Управление как вид деятельности в той или иной мере осуществляется каждым человеком, принимающим решения и реализующим их в отношении себя лично, своей семьи, образования, работы, отдыха и т.д. Для менеджера управление является профессиональной деятельностью. Существуют различные определения управления как вида деятельности. Нам представляется наиболее удачным определение управления с позиций системного и ситуационного подхода.

Управление - это целенаправленный поступательный процесс, обеспечивающий эффективное функционирование системы и ее развитие в определенных условиях при имеющихся ресурсах.

Исходя из этого определения, научное управление на основе системного и ситуационного анализа начинается с определения цели и критериев, позволяющих оценить ее достижение - результат управления, эффективность функционирования системы, являющейся объектом управления (например, системы здравоохранения) и эффективность самого процесса управления. Управление включает анализ объекта управления как системы: составляющих ее подсистемы, элементов их связей и взаимодействия, а также результатов этого взаимодействия - системных качеств, которыми обладает только система в целом и которых нет у отдельно взятых подсистем и их элементов. Ситуационный анализ позволяет проанализировать ситуацию, в которой функционирует и развивается объект управления (система): выявить приоритетные проблемы, ранжировать их по важности для достижения цели, оценить внутренние и внешние ресурсы.

Процесс управления имеет определенную технологию современного менеджмента, основанную на определении целей. В современном менеджменте цели выражают в виде моделей, конечных результатов, допускают и идеальные представления, мечту достижения результатов и т.п. Система или механизм управления основывается также на определении отправных принципов, методов и функций (рис. 20).

В народном хозяйстве, в том числе и в здравоохранении, в нашей стране до перехода на рыночные отношения ведущим методом управления был административно-распорядительный, приказной. Гораздо меньшее значение имел социально-психологический и математико-экономический механизмы. Современное управление (менеджмент) требует обратных соотношений - акцента на экономически-математические и социально-психологические методы (рис. 21).

## Механизмы управления

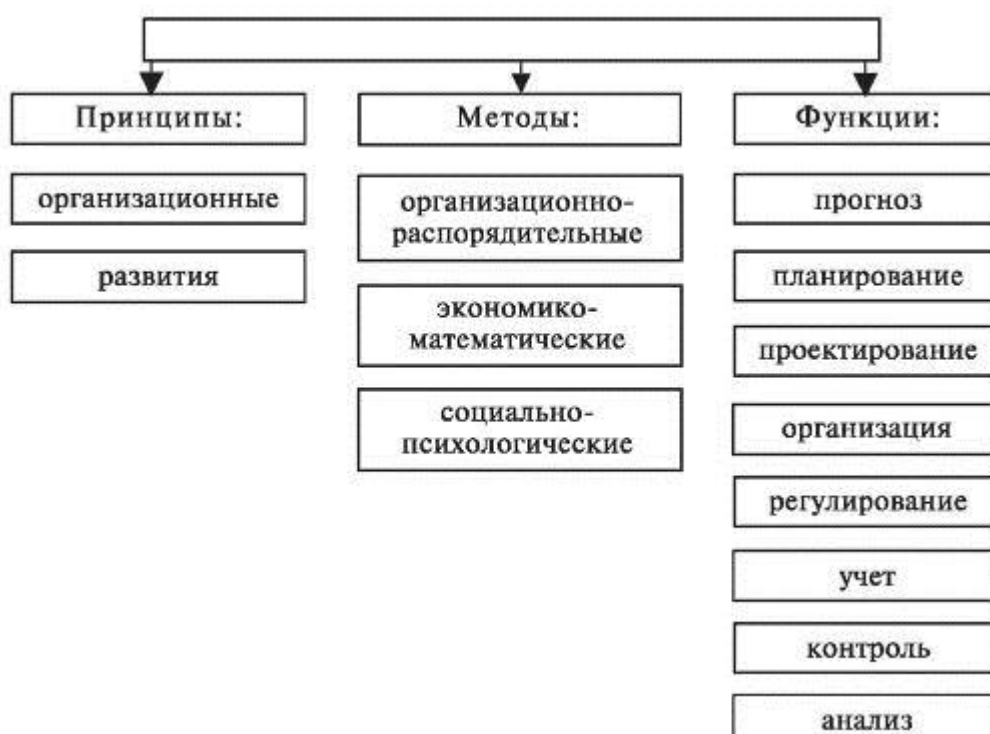


Рис. 20. Механизмы воздействия субъекта на объект управления.



Рис. 21. Методы управления.

Объектом управления является система здравоохранения. Система - единство, состоящее из взаимосвязанных частей, каждая из которых приносит что-то конкретное в уникальные характеристики целого. Система здравоохранения считается открытой системой, потому что она динамично взаимодействует с внешней средой. Здравоохранение представляет собой социотехническую систему, является организацией, которая состоит из людей и технологических компонентов.

Управление здравоохранением - это менеджмент, объектом которого является сложная социотехническая открытая динамическая система. Специфика объекта делает управление им чрезвычайно сложным. К основным особенностям управления здравоохранением относят:

- особую ответственность принимаемых решений, от которых зависят жизнь и здоровье людей;
- трудность, а иногда и невозможность предсказания отдаленных последствий принимаемых решений;
- трудность, а иногда и невозможность исправления неверных решений.

Управление здравоохранением в современной России особенно сложно, так как осуществляется в переходный период, в условиях, когда старая система преобразуется постепенно, со сбоями. Для решения этих проблем здравоохранения необходимы ресурсы. В связи с этим особое значение в управлении здравоохранением приобретают экономические методы, экономический анализ ресурсов, затрат, результатов деятельности, прогнозирование и оценка экономической эффективности решения, чтобы сосредоточить силы и средства на решении наиболее важных, перспективных проблем наименее затратным путем.

Экономические методы управления - необходимое условие для обеспечения доступности и высокого качества медицинской помощи, услуг и товаров здравоохранения. Основные понятия экономического анализа: стоимость, цена, себестоимость, рентабельность, прибыль, затраты, результат, эффект, эффективность, ущерб, предотвращенный ущерб рассмотрены в начале настоящего раздела. Важнейшим элементом использования экономических методов в управлении является материальное стимулирование производительного и высококачественного труда. Решение этой задачи особенно сложно в связи с дефицитом финансовых ресурсов в системе здравоохранения.

В основе деятельности профессиональных управляющих-менеджеров лежат разработка, принятие и реализация принятых управленческих решений, оценка их эффективности. Эта работа осуществляется менеджерами непрерывно. Авторы учебных пособий по менеджменту в здравоохранении, в частности А.А. Модестов и др., обобщая данные литературы, выделяют следующие функции управления:

- планирование;
- распорядительство;
- мотивация;
- руководство;
- координация;

- контроль;
- коммуникация;
- исследование;
- оценка;
- принятие решений;
- подбор персонала;
- представительство и ведение переговоров;
- заключение сделок.

Менеджмент включает 6 основных комплексов мероприятий: постановка целей и задач, определение способов достижения целей, обучение и подготовка кадров, реализация управленческих решений, проверка результатов их выполнения, корректировка управляющих воздействий.

Основные функции управления связывают с 3 уровнями управления в здравоохранении.

**Стратегический уровень** - основные функции управления: прогноз, планирование.

**Тактический уровень** - проектирование, организация.

**Оперативный уровень** - регулирование, учет, контроль, анализ (рис. 22).

Указанные уровни управления имеют место в деятельности менеджеров любого уровня (отрасли, службы, учреждения), вместе с тем возможно дифференцировать эти условия в зависимости от масштаба объектов управления.

В здравоохранении России, где вопросы охраны здоровья относятся к совместному ведению Российской Федерации и ее субъектов, можно считать, что стратегический уровень управления соответствует управлению здравоохранением Российской Федерации и субъектов РФ, тактический - территориальному и муниципальному уровню, оперативный - уровню учреждений и предприятий здравоохранения и их подразделений, отдельных специалистов.



**Рис. 22.** Уровни проблем управления.

Руководителями (менеджерами) высшего звена называют руководителей, отвечающих за решения для организации в целом или для значительной части этой организации (например, здравоохранения РФ или субъекта РФ).

Руководители деятельностью персонала, не являющегося менеджерами, называются линейными руководителями или руководителями (менеджерами) низшего звена (например, заведующие кабинетами или отделениями в медицинских учреждениях).

Для современного менеджмента характерны децентрализация, сосредоточение большей ответственности на низших уровнях управления и прежде всего на рабочих местах. В связи с этим знание основ технологии управления становится необходимым не только профессиональным менеджерам, но и рядовым сотрудникам.

Технология управления представляет собой систему операций и процедур, выполняемых в определенной последовательности. Последовательность действий, приводящих к цели, называют алгоритмом (программой) управления. Эту последовательность можно связать с главными функциями управления - планированием, организацией, руководством и контролем. Цикл управления имеет 3 основные части: информационное обеспечение, разработку и принятие управленческого решения, реализацию управленческого решения. Цикл завершается обратной связью, в результате которой получается информация о реализации принятого решения и новом состоянии объекта управления, после чего начинается новый цикл управления с использованием

системного и ситуационного анализа «нового» объекта в новой ситуации. Смысл управления заключается в достижении целей через преодоление проблем. Проблема рассматривается как препятствие в достижении цели, противоречие желаемого и действительного. Выявление, ранжирование проблем, выделение среди них приоритетных позволяет сформулировать важнейшие задачи, от решения которых зависит достижение поставленной цели, и правильно распределить ограниченные ресурсы здравоохранения. Объектом управления является система здравоохранения (или ее подсистемы, отдельные подразделения и учреждения). **Субъект управления** - менеджер (заведующий кабинетом, отделением, главный врач, руководитель управления или министерства) в процессе управления выполняет 4 основные функции: планирование, организацию, руководство, контроль.

**Планирование** включает сбор, хранение, обработку, анализ информации (первая часть управленческого цикла), разработку альтернативных решений, выбор и принятие оптимального решения (вторая часть управленческого цикла). Методы планирования: аналитический, нормативный, бюджетный, метод соотношений и пропорций, эксперимента и моделирования. Особое внимание при планировании уделяется системному и ситуационному подходу и экономическому анализу. Современное планирование называют программно-целевым, так как в его основе должны быть целевая программа, конкретные обоснованные мероприятия, обеспечивающие достижение поставленной цели с минимальными издержками.

**Организация** - это создание условий для реализации принятых управленческих решений, выполнения планов и программ, обеспечение необходимых финансовых, материально-технических, информационных и других ресурсов.

**Руководство** - это создание у выполняющих управленческие решения персонала мотивов для реализации этих решений, т.е. целей и задач организации. На этом этапе применяются организационно-распорядительные методы (приказы, рекомендации, указания, разрешения, санкционирование), экономические методы (премирование, экономическое стимулирование), социально-психологические методы, поощрение, наказание и т.д.).

**Контроль** позволяет осуществлять обратную связь, завершает цикл управления. Текущий контроль позволяет корректировать решения и их реализацию в соответствии с ситуацией.

Планирование и контроль связаны с информацией, ее сбором, хранением, обработкой, анализом. Эту работу можно и целесообразно автоматизировать.

В 70-е годы в здравоохранении России начали внедряться автоматизированные системы управления (АСУ), в настоящее время чаще используются термины «информационные» и «информационно-советующие, экспертные системы», «автоматизированные рабочие места» (АРМ). АРМ руководителей учреждений создаются на базе персональных ЭВМ, объединенных в компьютерные сети. Разработаны АРМ на

основе персональных компьютеров для большинства специалистов системы здравоохранения.

Ответственность за принятие и реализацию управленческих решений несет руководитель. Возможно авторитарное и демократическое руководство, единоличное или опирающееся на мнение большинства; последнее в современном обществе считается предпочтительным. Основные ошибки в управлении связаны с недостаточностью информации, опыта, знаний или личностными особенностями субъектов управления, определяющими недостаточность суждения. Большая часть ошибочных решений (около 70%) связана с информационным обеспечением. Информация считается важнейшим ресурсом управления, а в условиях рыночной экономики она становится дорогим товаром. В управлении информация используется для системного и ситуационного анализа, разработки и принятия управленческих решений, текущего и заключительного контроля и обратной связи. К информации предъявляются определенные требования: адекватность, достоверность, своевременность, достаточность, целенаправленность. Автоматизация информационной деятельности уменьшает риск принятия необоснованных управленческих решений, связанных с дефектами информации, а также увеличивает возможности своевременной коррекции процесса управления.

Управлению отводится особая роль в реформировании здравоохранения России. Разработан и опубликован проект «Концепция реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации» (В.И. Стародубов и др.). В соответствии с главными положениями этой концепции следует отказаться от чрезмерной децентрализации управления и финансирования здравоохранения и строить единую систему здравоохранения, повысить роль федеральных органов. В системе управления и финансирования здравоохранения должен утвердиться принцип «нового федерализма», т.е. разделения функций федеральных органов и органов управления субъектов Федерации. Предлагается формировать фонд поддержки здравоохранения субъектов Федерации из средств федерального бюджета и централизованной части взносов ОМС. Необходимо обеспечить минимум социальных гарантий в здравоохранении для жителей разных территорий путем выравнивания условий их финансирования. Для обеспечения эффективного управления сетью ЛПУ в центр деятельности органов управления в соответствии с проектом необходимо предусмотреть:

- постановку целей для управляемых объектов;
- создание механизмов и условий для достижения поставленных целей;
- мониторинг достижения поставленных целей;
- оценку деятельности ЛПУ, корректировку механизмов и условий, а в некоторых случаях и поставленных ранее целей.

Не имея возможности развивать в равной мере все направления охраны здоровья и виды медицинской помощи, органы управления здравоохранением и структуры ОМС



должны обеспечить преимущественное развитие тех, которые способны обеспечить наибольшее улучшение показателей здоровья населения на единицу ресурсов. Это предполагает четкое определение объема и структуры потребностей населения в медицинской помощи, а также формирование приоритетов развития отрасли. Предполагается ввести меры, обеспечивающие экономное использование ограниченных ресурсов здравоохранения, контроль за использованием ресурсов.

В разделе, посвященном направлениям повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения, констатируется, что, пожалуй, ни в одной стране с развитыми системами общественного здравоохранения нет таких острых проявлений низкой эффективности отрасли и структурных диспропорций.

На долю стационарной помощи приходится примерно 65% общих расходов, выделяемых на здравоохранение, против 35-50% в западных странах. Это означает, что при общем недофинансировании здравоохранения больше страдают поликлиники.

Врачи, оказывающие первичную медицинскую помощь, составляют 20-25% всех врачей, а в странах с передовыми системами - это больше половины врачей, а в Канаде - 60% (в России это участковые врачи-терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи, в западных странах - врачи общей практики).

Уровень госпитализации в России составляет примерно 21-23 на 100 жителей против 12-17 в западных странах, средняя продолжительность стационарного лечения - 14 дней против 8-13 дней в западных странах.

Частота направления пациентов участковыми врачами к специалистам составляет как минимум 30% первичных посещений, в то время как в западных странах - 4-10%.

Из-за высоких цен на лекарства в аптеках неоправданно высока потребность в дорогостоящей стационарной помощи.

Чрезмерно большое число учреждений и больничных коек сегодня практически невозможно содержать.

Предлагаются экономические и организационно-управленческие механизмы повышения структурной эффективности здравоохранения:

- повышение роли амбулаторно-поликлинической помощи;

- оптимизация объемов стационарной помощи;

- интеграция отдельных звеньев и уровней оказания медицинской помощи и подушевое финансирование интегрированной сети ЛПУ.

Для всех направлений предусмотрены экономические рычаги изменений, экономические методы реформирования здравоохранения с целью повышения его

эффективности. Большое внимание уделяется использованию экономических рычагов повышения роли амбулаторно-поликлинической помощи, выбору адекватных методов оплаты стационарной помощи, подушевому финансированию интегрированной сети ЛПУ, совершенствованию их хозяйственной практики, организационно-управленческим механизмам повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения. Как важнейший компонент реформы здравоохранения рассматриваются преобразование первичной медико-санитарной помощи, формирование и развитие института врача общей практики. По мнению авторов этой стратегии, на ее реализацию потребуется 10-15 лет. При реформировании стационарной помощи предусмотрено развитие новых форм стационарного обслуживания, механизмов реализации многоуровневой системы медицинской помощи, развитие дифференцированной по профилям нормативной базы стационарной помощи, по возрастным группам и интенсивности лечебно-диагностического процесса (койки интенсивного лечения, долечивания, реабилитации, для длительного лечения хронически больных, сестринского ухода, медико-социального назначения); уделяется внимание разделению медицинской и социальной госпитализации, реализации прав пациента на выбор больничного учреждения. В связи с новыми формами стационарной помощи предполагается изменение хозяйственно-правового статуса больниц. Авторы концепции считают перспективным применение больницами статуса некоммерческих организаций или больничного траста с целью расширения прав и повышения ответственности больниц за результаты своей деятельности, развития конкуренции между ними за получение заказа на оказание стационарной помощи.

Основные направления концепции и эксперименты по ее реализации в отдельных регионах позволяют сделать вывод о приоритетном значении экономических методов управления на различном уровне, об использовании экономического анализа для определения наименее затратных и наиболее экономически эффективных направлений развития здравоохранения.

Коррективы к управлению здравоохранением внес приказ № 122 Минздравсоцразвития России (2004), направленный на повышение качества услуг в здравоохранении, лекарственного обеспечения, полицевой учет врачебных кадров, единые стандарты медпомощи и многое другое.

### **13.8. Формы и методы расчета при обеспечении ЛПУ лекарствами и изделиями медицинского назначения**

До сих пор более половины медицинского оборудования и медикаментов поступает из-за рубежа в ценах и ассортименте, невыгодных здравоохранению РФ. Рынок отечественных лекарств и медицинских изделий упал до 40-50% потребности. Необходимо восстановить медицинскую и фармацевтическую промышленность, увеличить ее продукцию, необходимую здравоохранению страны. Принято несколько соответствующих законодательных актов и постановлений по этому поводу.

Крайне невыгодной для ЛПУ стала система расчетов за поставки лекарств и медицинского оборудования. По данным специалистов, половина расчетов осуществляется не в деньгах, а в их эквивалентах (векселя, жетоны и т.п.), в бартере, взаимозачетах и других вариантах натуроплаты. В результате такой практики цена необходимой ЛПУ продукции возрастает в 2 раза и более. Однако сразу отказаться от такой практики невозможно, так как рынок лекарств и оборудования окажется пустым. Необходимо упорядочить систему расчетов, усилить государственный контроль, организовать продажу медикаментов и оборудования через конкурсы или по так называемым запросам-котировкам.

В заключении этого раздела и в целом учебника можно отметить, что приведенные выше предложения о реорганизации здравоохранения и его экономической базы в целом соответствуют принятой в ноябре 1997 г. концепции развития здравоохранения и медицинской науки, рассчитанной до 2010 г. Они отвечают также решениям расширенной коллегии Минздрава РФ 6 марта 2001 г., посвященной рассмотрению реализации названной концепции. Коллегия в своем решении подчеркнула необходимость выработки стратегии деятельности Минздрава России, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, всех медицинских учреждений в 2001-2004 гг. и на период до 2010 г. Главной целью стратегии должно быть **«обеспечение реальной доступности медицинской помощи населению, достижение эффективного функционирования единой системы здравоохранения как неотъемлемой части государственной системы жизнеобеспечения, важнейшего фактора государственной безопасности»**. Для выполнения этой цели предусматривается развивать стратегическое планирование и прогнозирование, отраслевую стандартизацию; особенно отмечалась необходимость развития всех форм и методов медицинской профилактики, которая названа одним из приоритетных направлений деятельности органов и учреждений здравоохранения. В соответствии с концепцией развития здравоохранения и медицинской науки принято решение завершить структурную перестройку стационарной помощи, распределив сеть стационаров на больницы интенсивного лечения, больницы восстановительного лечения, больницы для лечения больных с хроническими заболеваниями, больницы медико-социальной помощи; активно создавать сеть дневных стационаров; активизировать работу по организации службы врача общей практики; развивать сеть консультативно-диагностических центров. Решение указывает на необходимость развития целевых программ здравоохранения, выполнения федеральных целевых программ «Вакцинопрофилактика», «Сахарный диабет», «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в России в 1998-2004 гг.», «Безопасное материнство», «Анти-ВИЧ (СПИД)», «Совершенствование и развитие Всероссийской службы медицины катастроф». Завершены разработка и представление в Правительство РФ проектов федеральных целевых программ - «Профилактика артериальной гипертонии», «Онкология», «О мерах по предупреждению распространения болезней, передаваемых половым путем». Подчеркнута необходимость разработки и представления в Государственную думу ряда важнейших законопроектов, таких как «О здравоохранении в Российской Федерации», «О регулировании частной медицинской деятельности», «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации, «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и др.

Не приводя других пунктов решения актуальных проблем развития здравоохранения, отметим, что все они, включая новые приказы и распоряжения, решения коллегии Минздравсоцразвития России, в том числе на приказ № 122 и др., сфокусированы на выполнении задачи - прекращение кризиса здоровья и здравоохранения, создание и эффективное развитие общественной системы здравоохранения и ее ядра - бюджетно-страховой медицины, охраны и укрепления здоровья населения.