Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УЧЕБНИК

**Третье издание,
переработанное и дополненное**

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101.65 «Лечебное дело», 060103.65 «Педиатрия», 060104.65 «Медико-профилактическое дело», 060105.65 «Стоматология» по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2011

УДК 614 (470+571) (094) (038) (083) (0.025.2) (075.8)
ББК 51к11 (2Рос) я73-1+51.1(2) я73-1+65.495 (2Рос) я73-1
Л63

Рецензенты: *А.И. Вялков*, зав. кафедрой управления здравоохранением и лекарственного менеджмента, директор НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, акад. РАМН, проф., д-р мед. наук; *В.Г. Бутова*, проф. кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ, д-р мед. наук.

Лисицын, Юрий Павлович

Л63 Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по специальности 060101.65 «Лечеб. дело», 060103.65 «Педиатрия», 060104.65 «Мед.-профилакт. дело», 060105.65 «Стоматология» по дисциплине «Обществ. здоровье и здравоохранение» / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с. : ил.

ISBN 978-5-9704-1997-7

Третье издание учебника существенно обновлено в соответствии с изменениями, произошедшими в состоянии здоровья населения и в законодательстве здравоохранения РФ за последние годы (2006–2010 гг.). В него также включены новые разделы: по доказательной медицине, управлению качеством медицинской помощи, государственно-частному партнерству, планам развития здравоохранения РФ.

Первая часть учебника содержит информацию о теоретических вопросах дисциплины, в том числе о медицинской этике, об основах медицинской статистики и теории управления. Во второй части описаны факторы, определяющие здоровье, представлены медико-демографические показатели и показатели здоровья населения. В третьей части рассмотрены вопросы состояния и деятельности системы здравоохранения в РФ и в мире, среди них: экономика и финансирование системы здравоохранения, материально-технические и кадровые ресурсы здравоохранения и др. Издание хорошо иллюстрировано, содержит таблицы, словарь терминов и контрольные вопросы.

Учебник соответствует учебной программе по дисциплине. Предназначен студентам медицинских вузов всех факультетов и специальностей.

УДК 614 (470+571) (094) (038) (083) (0.025.2) (075.8)
ББК 51к11 (2Рос) я73-1+51.1(2) я73-1+65.495 (2Рос) я73-1

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э., 2010
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2011
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2011

ISBN 978-5-9704-1997-7

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений 10
Предисловие 12

ЧАСТЬ 1. Теоретические вопросы дисциплины 13

ГЛАВА 1. Теоретические основы дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» 15
1.1. Основные понятия и определения 15
1.2. Методология изучения общественного здоровья и здравоохранения 18
1.3. Возникновение и развитие здравоохранения и социальной гигиены в России и за рубежом 20
1.4. Теоретические концепции медицины и здравоохранения . . . 29
1.5. Теоретические аспекты врачебной этики и медицинской деонтологии 42
1.5.1. Основные понятия и определения 42
1.5.2. Особенности взаимоотношений врача и пациента в современных условиях 44
1.5.3. Главные вопросы медицинской этики и деонтологии . . 45
1.5.4. Юридическая ответственность медицинских работников 48
1.6. Теоретические вопросы управления 52
1.6.1. Основные понятия и определения 52
1.6.2. Функции управления системой 54
1.6.3. Стили и методы руководства 59
Контрольные вопросы 61

ГЛАВА 2. Основы медицинской статистики и организации статистического исследования 63
2.1. Основные понятия и определения 63
2.2. Организация и этапы проведения статистического исследования 67
2.3. Типизация данных и проверка на ошибки 71
2.4. Группировка данных и составление таблиц 72
2.5. Построение статистических рядов распределения и графическое представление данных 75
2.6. Абсолютные и относительные показатели 80
2.7. Расчет обобщающих статистических показателей 83
2.8. Проведение выборочного исследования 85

2.9. Описание выборочной совокупности на основе теоретической модели распределения вероятностей 87
2.10. Проведение корреляционного анализа 95
2.11. Составление динамических рядов и метод стандартизации 97
2.12. Ошибки методики, неправильная оценка показателей и логические ошибки 100
2.13. Особенности различных клинико-статистических исследований 102
2.14. Доказательная медицина и систематические обзоры 103
Контрольные вопросы 106

ЧАСТЬ II. Общественное здоровье 107

ГЛАВА 3. Здоровье населения и факторы, его определяющие 109
3.1. Основные понятия и определения 109
3.2. История формирования понятий о здоровье и болезни человека 110
3.3. Индивидуальное и общественное здоровье населения 115
3.4. Факторы, определяющие здоровье населения 118
3.5. Факторы риска развития заболеваний 121
3.6. Образ и условия жизни населения РФ 123
3.7. Современные подходы в профилактике болезней 136
Контрольные вопросы 139

ГЛАВА 4. Медицинская демография. Медико-социальные аспекты демографических процессов 140
4.1. Основные понятия и определения 140
4.2. Численность и структура населения 141
4.3. Воспроизводство населения 149
4.3.1. Рождаемость 149
4.3.2. Смертность 154
4.3.3. Ожидаемая продолжительность жизни 160
4.3.4. Младенческая и материнская смертность 163
4.3.5. Смертность по классам причин 166
4.4. Динамика населения 172
4.4.1. Естественное движение населения 172
4.4.2. Миграционное движение населения 174
4.5. Брачность и разводимость населения 180
Контрольные вопросы 183

ГЛАВА 5. Заболеваемость 184
5.1. Основные понятия и определения 184
5.2. Международная классификация болезней 185
5.3. Заболеваемость по данным об обращаемости в ЛПУ. 187
5.4. Заболеваемость по данным медицинских осмотров 191
5.5. Дополнительные источники данных по заболеваемости 194
5.6. Заболеваемость важнейшими социально значимыми заболеваниями 195
5.7. Заболеваемость инфекционными заболеваниями 196
5.8. Заболеваемость отдельных групп населения. 197
5.9. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности . . . 201
Контрольные вопросы 202

ГЛАВА 6. Другие показатели здоровья населения 203
6.1. Инвалидность. 203
6.2. Физическое развитие 206
6.3. Группы здоровья 209
6.4. Перспективные направления оценки здоровья 210
Контрольные вопросы 212

ЧАСТЬ III. Система здравоохранения 213

ГЛАВА 7. Основные понятия и определения. 215
Контрольные вопросы 218

ГЛАВА 8. Цели, структура и функции систем здравоохранения. 219
8.1. Основные понятия и определения 219
8.2. Общие категории, используемые в теории экономики 223
8.2.1. Понятие рынка. 223
8.2.2. Рыночные отношения и конкуренция. Понятие собственности 225
8.2.3. Роль государства в рыночной экономике и плановая экономика 230
8.3. Общие вопросы финансирования медицинской помощи. 232
8.3.1. Модели государственного финансирования и организации здравоохранения 232
8.3.2. Баланс между государственным (общественным) и частным финансированием здравоохранения 237
8.4. Потребители медицинских услуг. 240
8.5. Поставщики медицинских услуг 244

8.5.1. Экономический статус медицинской организации. Предпринимательская деятельность в здравоохранении 244
8.5.2. Экономическая деятельность медицинской организации 245
8.6. Медицинское страхование 249
8.6.1. Основные понятия и определения 249
8.6.2. Обязательное медицинское страхование 251
8.6.3. Добровольное медицинское страхование 257
8.7. Рыночные отношения и государственно-частное партнерство в здравоохранении 260
8.7.1. Рыночные отношения в здравоохранении 260
8.7.2. Государственно-частное партнерство 266
8.8. Маркетинг в здравоохранении 269
Контрольные вопросы 272

ГЛАВА 9. История формирования, структура и управление системой здравоохранения РФ 273
9.1. Вехи развития и организационная структура системы здравоохранения 273
9.2. Правовые основы и принципы охраны здоровья граждан 282
9.3. Виды медицинской помощи и номенклатура сети учреждений системы здравоохранения 288
9.4. Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи 297
9.5. Управление здравоохранением 302
9.5.1. Децентрализация в здравоохранении 302
9.5.2. Планирование в здравоохранении 304
9.5.3. Регулирование в здравоохранении 304
9.5.4. Стратегическое планирование и отчетность 305
Контрольные вопросы 306

ГЛАВА 10. Ресурсы системы здравоохранения РФ 307
10.1. Финансовые ресурсы и их расходование 307
10.1.1. Объемы финансирования здравоохранения 307
10.1.2. Структура расходов на здравоохранение по функциям 310
10.1.3. Порядок аккумулирования и распределения средств на здравоохранение 312

10.1.4. Взаимозависимость между финансированием здравоохранения и показателями здоровья населения 315
10.2. Кадровые ресурсы 318
10.2.1. Структура и численность медицинских кадров 318
10.2.2. Заработная плата и квалификация медицинских кадров 321
10.2.3. Медицинская наука 323
10.3. Материально-технические ресурсы 324
10.4. Медицинское образование и наука 328
Контрольные вопросы 335

ГЛАВА 11. Организация лечебно-профилактической помощи населению РФ 336
11.1. Медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических условиях 336
11.2. Медицинская помощь в больничных условиях 347
11.3. Основные тенденции в организации медицинской помощи в больничных и амбулаторных условиях в РФ и за рубежом 351
11.4. Скорая медицинская помощь 355
11.5. Стоматологическая помощь 357
11.6. Реабилитационная медицинская помощь, санаторно-курортное лечение 358
11.7. Особенности организации медицинской помощи в сельской местности 359
11.8. Особенности организации медицинской помощи женщинам 369
11.9. Особенности организации медицинской помощи детям 374
11.10. Организация медицинской помощи работникам крупных предприятий и профессиональная заболеваемость в РФ 381
11.11. Лучшая модель организации медицинской помощи населению 388
Контрольные вопросы 390

ГЛАВА 12. Управление качеством медицинской помощи и стандарты медицинской помощи 391
12.1. Основные понятия и определения 391

12.2. Управление качеством медицинской помощи за рубежом 392
12.3. Управление качеством медицинской помощи в РФ 399
12.3.1. Планирование и обеспечение качества медицинской помощи 399
12.3.2. Законодательная база по управлению качеством медицинской помощи 403
12.3.3. Контроль качества медицинской помощи 403
12.4. Оценка качества медицинской помощи в РФ 409
12.5. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации 416
Контрольные вопросы 426

ГЛАВА 13. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защита прав потребителей в РФ 427
13.1. Основные понятия и определения 427
13.2. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и контроль в сфере защиты прав потребителей 430
13.3. Полномочия Роспотребнадзора 434
13.4. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование 440
Контрольные вопросы 442

ГЛАВА 14. Экспертиза трудоспособности в РФ 443
14.1. Основные понятия и определения 443
14.2. Экспертиза временной утраты трудоспособности 444
14.3. Экспертиза стойкой нетрудоспособности 448
Контрольные вопросы 453

ГЛАВА 15. Приоритетные национальные проекты и планы развития здравоохранения РФ 454
15.1. Программа обеспечения населения лекарственными средствами 454
15.2. Приоритетный национальный проект «Здоровье» 458
15.3. Текущие и перспективные планы развития здравоохранения РФ 463
Контрольные вопросы 466

ГЛАВА 16. Оценка эффективности и результативности в здравоохранении 467
16.1. Основные понятия и определения 467

16.2. Обоснование необходимости оценки результативности и эффективности системы здравоохранения. 468
16.3. Цели, задачи и методология оценки эффективности системы здравоохранения 470
16.4. Показатели оценки эффективности здравоохранения 471
16.5. Расчеты эффективности системы здравоохранения 473
Контрольные вопросы 478

ГЛАВА 17. Здравоохранение за рубежом 479
17.1. Всемирная организация здравоохранения 479
17.2. Уроки реформирования здравоохранения за рубежом 483
17.2.1. Что и кому обеспечивает гарантированный «пакет» медицинской помощи 483
17.2.2. Как формируют базовый, гарантированный «пакет» медицинской помощи. 485
17.2.3. Как повысить квалификацию медицинских кадров в здравоохранении. 490
17.2.4. Как достичь баланса между свободой выбора пациентами врачей и медицинских организаций и координацией медицинской помощи врачами 496
17.2.5. Как достичь баланса между децентрализацией и централизацией в управлении здравоохранением 497
17.2.6. Как достичь баланса между государственным и корпоративным регулированием 499
17.2.7. Каковы принципы национальной лекарственной политики 501
17.2.8. Как разделить ответственность за здоровье между государством, работодателями и населением 506
Контрольные вопросы 509

Словарь терминов 510

Список рекомендованной литературы 541

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПУ	— амбулаторно-поликлиническое учреждение
БМЭ	— Большая медицинская энциклопедия
ВВП	— валовой внутренний продукт
ВК	— врачебная комиссия
ВНИИ	— Всероссийский научно-исследовательский институт
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВОП	— врач общей практики
ВРП	— валовой региональный продукт
ВТМП	— высокотехнологичная медицинская помощь
ВУТ	— временная утрата трудоспособности
ВЦИОМ	— Всероссийский центр изучения общественного мнения
ГЧП	— государственно-частное партнерство
ДИ	— доверительные интервалы
ДЛО	— дополнительное лекарственное обеспечение
ДМ	— доказательная медицина
ДМС	— добровольное медицинское страхование
ДСГ	— диагностически связанные группы
ДТП	— дорожно-транспортные происшествия
ЕДВ	— ежемесячные денежные выплаты
ЕС	— Евросоюз
ЕСН	— единый социальный налог
ЖНВЛС	— жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства
ЗВУТ	— заболеваемость с временной утратой трудоспособности
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
ИМН	— изделия медицинского назначения
КДО	— консультативно-диагностические отделения
КДЦ	— консультативно-диагностические центры
КМП	— качество медицинской помощи
КР	— клинические рекомендации
КТ	— компьютерная томография
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
ЛС	— лекарственные средства
МИС	— медицинские информационные системы
МКБ	— международная классификация болезней
МО	— медицинская организация
МРТ	— магнитно-резонансная томография
МСЧ	— медико-санитарная часть
МСЭ	— медико-социальная экспертиза
МЭС	— медико-экономический стандарт
НЛП	— национальная лекарственная политика
НМО	— непрерывное медицинское образование
НСУ	— набор социальных услуг
ОКС	— общий коэффициент смертности

ОМС — обязательное медицинское страхование
ОНЛС — обеспечение населения лекарственными средствами
ООН — Организация Объединенных Наций
ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни при рождении
ОРВИ — острые респираторные вирусные инфекции
ОЭСР — Организация стран экономического сотрудничества и развития (OECD)
ПГГ — программа государственных гарантий
ПМСП — первичная медико-санитарная помощь
ПНП — приоритетный национальный проект
ППС — паритет покупательной способности
РАМН — Российская академия медицинских наук
РАН — Российская академия наук
РМЭЗ — Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения
Росстат — Российская федеральная служба государственной статистики
СМИ — средства массовой информации
СМО — страховая медицинская организация
СМП — скорая медицинская помощь
СУБД — система управления базами данных
СЭС — санитарно-эпидемиологические станции
ТПГГ — территориальная программа государственных гарантий
ТФОМС — территориальный фонд обязательного медицинского страхования
УДУ — услуги по долговременному уходу
ФАП — фельдшерско-акушерский пункт
ФЗ — федеральный закон
ФМС — Федеральная миграционная служба
ФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ФОТ — фонд оплаты труда
ФСБ — Федеральная служба безопасности
ФСС — Фонд социального страхования
ЦИК — Центральная избирательная комиссия
ЦНИИОИЗ — Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения
ЦРБ — центральная районная больница
ЭВМ — электронная вычислительная машина
ЭИБ — электронные истории болезни
DALY — disability-adjusted life year (годы жизни с поправкой на здоровье)
ISCB — International Society for Clinical Biostatistics (Международная организация клинической биостатистики)
PYLL — potential years of life lost (потерянные годы потенциальной жизни)

ПРЕДИСЛОВИЕ

Подготовка третьего издания учебника «Общественное здоровье и здравоохранение» была обусловлена серьезными переменами, произошедшими в системе здравоохранения и в состоянии здоровья населения РФ. Самая главная из них заключается в том, что в последние 5 лет благодаря реализации ПНП «Здоровье» и увеличению финансирования государственной системы здравоохранения наметилась тенденция к улучшению здоровья населения нашей страны. В 2009–2010 гг. была существенно обновлена законодательная база здравоохранения: приняты новые Федеральные законы, меняющие деятельность системы обязательного медицинского страхования, порядок финансирования системы здравоохранения и статус государственных и муниципальных учреждений. Все эти перемены, а также задачи, стоящие перед системой здравоохранения РФ, нашли отражение в учебнике.

Учебник дополнен новыми материалами о доказательной медицине, государственно-частном партнерстве, влиянии государственного финансирования здравоохранения на показатели здоровья населения, об управлении качеством медицинской помощи, а также о планах развития здравоохранения РФ. Существенно расширены главы, описывающие медико-демографические процессы и заболеваемость населения, приведены сравнительные показатели здоровья населения РФ в динамике с 1990 г. и в сравнении с развитыми странами. Разделы, описывающие состояние и деятельность системы здравоохранения РФ, также содержат сравнения со странами ОЭСР и материалы по финансированию отрасли. В главе «Здравоохранение за рубежом» представлены уроки реформирования здравоохранения в этих странах. Все это позволит читателям комплексно оценить систему здравоохранения нашей страны — ее положительные стороны, проблемы и пути их решения.

Учебник состоит из трех частей и 17 глав. В первой части (гл. 1–2) представлены теоретические вопросы дисциплины и основы медицинской статистики. Вторая часть (гл. 3–6) посвящена вопросам общественного здоровья. Третья часть (гл. 7–17) изучает состояние и деятельность системы здравоохранения РФ и в мире.

Текст учебника лаконичен, структурирован, ключевые позиции выделены, а также содержит цветные иллюстрации (67) и таблицы (34). В конце каждой главы имеются контрольные вопросы для закрепления изучаемого материала. В учебнике представлен словарь терминов и список литературы.

Учебник предназначен студентам медицинских вузов всех факультетов, преподавателям вузов, начинающим врачам, организаторам здравоохранения и экономистам.

ЧАСТЬ I
Теоретические вопросы дисциплины

ГЛАВА 1

Теоретические основы дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение»

1.1. Основные понятия[1] и определения

Раньше изучаемая дисциплина называлась «Социальная гигиена и организация здравоохранения». Однако термин[2] «социальная гигиена» неточно и неполно характеризует предмет изучения науки об общественном здоровье и здравоохранении, поскольку **гигиена** — это отрасль медицинской науки, изучающая влияние факторов среды обитания на человека и разрабатывающая оптимальные требования к условиям осуществления жизнедеятельности человека. По рекомендации совещания заведующих соответствующими кафедрами (1999) было принято решение о переименовании названия дисциплины, которая получила название «Общественное здоровье и здравоохранение».

---

[1] **Понятие** — это отображенное в мышлении единство существенных свойств, связей и отношений предметов или явлений; мысль или система мыслей, выделяющая и обобщающая предметы некоторого класса по определенным общим и в совокупности специфическим для них признакам.

[2] **Термин** — это слово-эталон. Термин передает точно определенное научное понятие (происходит от лат. *terminus* — граница). Значение термина эталонно: оно сохраняется неизменным в любых научных контекстах. Здесь и далее — *прим. автора*.

Под **общественным здоровьем населения** понимают медико-демографическую и социальную категорию (т.е. общее понятие), отражающую физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей.

Понятие **«здравоохранение»** (появилось в советское время от сокращения: «охрана здоровья») входит в понятие **«медицина»** как ее социальная функция. **Медицина** — система научных знаний и практической деятельности, целью которой являются укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека.

Охрана здоровья граждан, в соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Здравоохранение можно рассматривать несколько у́же, чем понятие «охрана здоровья» (поскольку не все виды деятельности, направленные на улучшение здоровья населения, зависят от медицинской и (или) здравоохранительной деятельности).

Здравоохранение, таким образом, можно определить как **деятельность государства и всего общества в целом, направленную на укрепление и сохранение здоровья населения, на продление жизни людей и на предоставление медицинской помощи заболевшим.** Можно использовать также определение общественного здоровья (*public health*, данное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), — это система практических знаний и умений, направленных на охрану и улучшение здоровья населения с помощью организованных общественных усилий, а также с помощью профилактической медицины, санитарии и социологии.

Здравоохранительные мероприятия осуществляются организациями системы здравоохранения. Под **системой здраво-**

охранения понимают систему организаций, учреждений, предприятий, ассоциаций, научных обществ, специалистов и иных хозяйственных субъектов (вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы), деятельность которых направлена на сохранение и укрепление здоровья граждан, оказание медицинской и лекарственной помощи, проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Как уже упоминалось, мероприятия по охране здоровья граждан могут осуществляться не только организациями системы здравоохранения, но и другими системами, например организациями системы образования (проведение занятий по медико-санитарному просвещению в школах) или крупными предприятиями, которые организуют профилактические и спортивно-оздоровительные мероприятия для своих работников. Важно, чтобы **органы Министерства здравоохранения**, которые создаются государством для управления системой здравоохранения, выступали инициаторами и координаторами этих процессов (более подробно об этом см. разделы 3.3–3.7).

Таким образом, «общественное здоровье и здравоохранение» — **это наука о стратегии и тактике системы здравоохранения, направленная на улучшение общественного здоровья населения.** В отличие от большинства медицинских и прежде всего клинических дисциплин, имеющих дело с отдельным человеком и его здоровьем, предмет «общественное здоровье и здравоохранение» изучает здоровье и его охрану (здравоохранение) населения в целом, т.е. непосредственно сталкивается с социальными проблемами и процессами. Таким образом, изучаемая наука служит мостом между медициной и общественными дисциплинами, прежде всего социологией.

Социология — это наука об обществе, системах, составляющих его, закономерностях его функционирования и развития, социальных институтах, отношениях и общностях. Основной целью социологии является анализ структуры социальных отношений в том виде, в каком они складываются в ходе социального взаимодействия.

Итак, изучаемая нами наука позволяет познать **закономерности общественного здоровья и здравоохранения**.

1.2. Методология изучения общественного здоровья и здравоохранения

Дисциплина «общественное здоровье и здравоохранение» имеет свои объект и предмет исследования, совокупность методов и подходов ее изучения, что, бесспорно, отвечает современным требованиям определения ее как самостоятельной науки и предмета преподавания.

Объект исследования — носитель проблемы, конкретная область реальности, сфера деятельности. В одной науке, однако, может быть несколько объектов исследований, которые составляют логически связанное существо и цель исследований в этой науке. Таким объектом становится всякое непознанное явление (или его часть), неизвестное ранее науке, которое предполагает исследовать эта наука. В изучаемой нами науке — это общественное здоровье и здравоохранение.

Предмет исследования — существенные свойства или отношения объекта исследования, познание которых важно для решения теоретических или практических проблем. Предмет исследования определяет границы изучения объекта в конкретном исследовании. В изучаемой дисциплине в части здоровья населения — это медико-демографические показатели и показатели здоровья населения. В части здравоохранения — это показатели, характеризующие состояние ресурсов системы здравоохранения (финансовых, кадровых, материально-технических, информационных), показатели состояния и организации медико-профилактической помощи населению, а также показатели результативности и эффективности деятельности системы на всех ее уровнях.

Методология — система наиболее общих принципов, положений и методов, составляющих основу той или иной науки или научного исследования.

Метод — совокупность приемов или операций практического или теоретического освоения действительности, подчиненных решению конкретной задачи.

Специфичным для нашего предмета являются **объекты исследований**: больные и здоровые люди, учреждения здравоохранения, медицинский персонал и пр. Методическая база предмета отличается широтой и многообразием методик и методов,

взятых из других наук и отраслей знаний, главным образом из социологии, математической статистики, эпидемиологии, социальной психологии, экономики, науки управления, информатики и, конечно, других медицинских наук. Основными методами изучения предмета являются: исторический, экспертный, статистический и другие, которые используются и в иных отраслях знаний.

Наука «общественное здоровье и здравоохранение», 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.

Не меньшее значение имеют методы **математической статистики**, особенно моделирование с расчетами на компьютерах. Статистика — основа изучения науки «общественное здоровье и здравоохранение». Медицинская статистика занимается использованием общей математической статистики на специфических, медицинских объектах.

Особое значение имеют **социологические методы**, применяемые в медицине и здравоохранении. Социологические методы основываются на анкетировании, интервьюировании и опросах. Нельзя не сказать о так называемом **системном подходе и анализе**. Этот метод 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 и здравоохранение как раз представляют собой сложные, развивающиеся, динамичные системы, тесно связанные с другими системами, отраслями, областями знаний науки и общества.

Используются также **методы организационного эксперимента**, например создание учреждений или организация определенных форм медицинской помощи на определенных территориях (так называемых пилотных) в соответствии с заданной целью. **Экономические методы также используются** в нашей дисциплине (о чем рассказывается в главе 8).

Комплекс методических приемов, применяемых при изучении и оценке общественного здоровья и здравоохранения, получил название **социально-гигиенических исследований**.

1.3. Возникновение и развитие здравоохранения и социальной гигиены в России и за рубежом

История социальной гигиены за рубежом

Причины возникновения науки «общественное здоровье и здравоохранение» и соответствующей ей учебной дисциплины связаны с появлением 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 знаний в охране и улучшении этого здоровья. Важнейшим условием развития нашей науки стало успешное исследование наиболее распространенных заболеваний населения.

Самыми 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. Борьба с инфекционными заболеваниями была основой общественных (государственных) мер или социальной политики в области медицины. Вся история врачевания, начиная с рабовладельческой эпохи, свидетельствует о неустанных попытках лечения и, что особенно важно, предотвращения массовых, инфекционных, паразитарных и особо опасных эпидемических заболеваний. 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, 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. Это открытие XIX века положило начало учению об **иммунитете** и на его основе — о **вакцинации** и дру-

гим действенным шагам в лечении и предупреждении массовых инфекционных заболеваний.

Однако только этого обстоятельства для успешной борьбы с массовыми болезнями оказалось недостаточно. Требовались эффективные меры в **массовом масштабе**, по отношению ко всему населению или его большим 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, в том числе **бактериологии** и **гигиены**. Для этого требовалась государственная структура (служба), способная управлять общественным здоровьем.

Только со становлением капиталистического общества государство получило возможность создания служб охраны здоровья населения. Немаловажным фактором возникновения потребности в становлении общественных служб здравоохранения было общественное (в ряде случаев революционное) движение трудящихся за социальные и политические права; при этом на одно из первых мест всегда выдвигалось право на охрану здоровья. Начатое с первой четверти XIX столетия так называемое чартистское движение пролетариата Англии за свои социальные права вылилось в массовые выступления трудящихся, особенно в ходе революций в Европе в 1830 г., 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.

Были и другие факторы, которые повлияли на становление общественных систем здравоохранения, и среди них развитие науки об обществе — социологии, широко использующей статистику и статистические методы при оценке здоровья, демографических процессов, деятельности медицинских служб. Трудами политологов и экономистов также были созданы получившие широкое распространение демографические и социологические учения, в том числе концепции народонаселения Томаса Роберта Мальтуса, Жозефа Артюра де Гобино и др. Исследованиями Жака Бертильона 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. В этот период под влиянием социально-экономических изменений и научно-технического прогресса сформировались основные направления медицинской науки, среди них: невропатология, офтальмология, педиатрия, оториноларингология, патологическая физиология, гистология, эмбриология человека и др. Среди новых наук появилась и экспериментальная гигиена, которая изучает влияние на организм физических, химических, биологических факторов внешней среды. На ее основе в начале XX столетия и обозначается новая наука (дисциплина) об общественном здоровье и здравоохранении, или, как она ранее называлась, **социальная гигиена**.

В самом начале XX века молодой врач Альфред Гротьян стал издавать (с 1903 г.) журнал по социальной гигиене. В 1905 г. он 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. Вслед за кафедрой А. Гротьяна стали создаваться аналогичные подразделения в Германии и других странах. Их руководители — А. Фишер, С. Нейман, Ф. Принцинг (а также их последователи) вышли за пределы существовавших направлений: гигиены, микробиологии, бактериологии, профессиональной медицины — и сосредоточили свое внимание на социальных условиях и факторах, определяющих здоровье населения, на разработке предложений и требований по государственной охране здоровья населения, в том числе организации медицинской помощи.

Современные представители социальной гигиены за рубежом Рене Занд, Карло Канаперия, а также их последователи Рене Жюль Дюбо, Марколину Гомис Кандау и другие продолжали линию по выявлению социальной обусловленности общественного здоровья, разделяли позиции реформ охраны здоровья населения, примата государственной, правительственной медицины. В их трудах, учебных курсах и выступлениях содержатся заслуживающие серьезного внимания наблюдения, обобщения, исследования общественного здоровья и социальной патологии с применением эффективных социологических, статистических, психологических, экономических и других методов.

Сегодня, несмотря на признание предмета «общественное здоровье и здравоохранение» в качестве одного из важных в системе медицинского образования, его наименование пока не унифицировано. В англоязычных странах его чаще называют общественным здоровьем (*public health*), во франкоязычных и США — социальной медициной, медицинской социологией. В восточноевропейских странах применялись разные названия — чаще (как и в СССР) «организация здравоохранения», «теория и организация здравоохранения», «социальная гигиена», «социальная гигиена и организация здравоохранения» и др.

Эту дисциплину в настоящее время преподают в абсолютном большинстве медицинских учебных заведений мира, но отдельно, в «чистом виде», кроме ряда лабораторий и кафедр, — не часто. Обычно «общественное здоровье и здравоохранение» преподается в рамках таких дисциплин, как медицинская статистика, эпидемиология, особенно эпидемиология неинфекционных заболеваний, гигиена общая и частная, история медицины и здравоохранения, медицинское право, социальное страхование и экономика.

При всех различиях учебные программы и планы по данному предмету, как правило, включают курс социологии, статистики здравоохранения, эпидемиологии неинфекционных заболеваний, информатики и электронных вычислительных машин (ЭВМ), организации работы медицинских учреждений, управления (менеджмента), страхования здоровья и некоторые другие. С 20-х годов XX века, со времени создания первых кафедр и курсов, в РФ и за рубежом издаются учебники, руководства и другие пособия по изучаемому предмету; наиболее фундаментальные выходят под названиями «Социальная медицина», «Медицинская социология», «Социология медицины».

История социальной гигиены в России

Предпосылки для ее формирования как отдельной науки сложились в России в XIX веке. Например, в Казанском университете в **60-х годах** проф. Александр Васильевич 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 Андреем Ивановичем Шингаревым, Авксентием Васильевичем Корчак-Чепурковским, Сергеем Николаевичем Игумновым, Львом Александровичем Тарасевичем и другими.

Социальная гигиена в СССР (именно такое название она получила с первых лет советской власти) начинает свою историю с организации **в 1918 г.** музея социальной гигиены народного комиссариата здравоохранения РСФСР, директором которого был известный гигиенист проф. Альфред Владиславович Мольков. Музей, а с 1920 г. — Институт социальной гигиены стал центром формирования дисциплины в новых политических условиях. Советской социальной гигиене предстояло взять все прогрессивное от своих предшественниц — общественной гигиены России, первых созданных до революции учреждений, 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 организаторы охраны здоровья населения, среди них — Николай Александрович Семашко — главный нарком здравоохранения, врач-большевик 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 и других авторитетных ученых и деятелей общественной гигиены организовал при I Московском университете **кафедру социальной гигиены** с клиникой профессиональных болезней. Тогда это была единая и для других высших медицинских учебных заведений Москвы кафедра (в том числе и для II Московского университета). 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. Здесь преподавали вопросы гигиены, эпидемиологии и др. В последующем эта кафедра дала путевку в жизнь отдельным гигиеническим дисциплинам, кафедрам, курсам, институтам — общей и коммунальной гигиены (проф. Алексей Николаевич Сысин), профессиональной гигиены (проф. Сер-

гей Ильич Каплун), гигиены воспитания, или школьной гигиены (А.В. Мольков), по существу — и истории медицины (проф. Илья Давыдович Страшун) и др.

В 1922 г. разработана первая учебная программа по социальной гигиене, вскоре были изданы первые учебники и учебные пособия: Захария Григорьевича Френкеля (1923); коллектива авторов под редакцией 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, критиковавший евгенику, мальтузианство, социал-дарвинизм и другие так называемые буржуазные теории в народонаселении и здравоохранении (см. раздел 1.4). В этом журнале поднимались вопросы научных исследований и преподавания рассматриваемого предмета, а также марксистского образования медиков, преподавания философии и других общественных дисциплин (в первые годы в советской высшей медицинской школе не было соответствующих кафедр и курсов, и преподаванием этих вопросов занимались кафедры и институты социальной гигиены).

Теперь о термине **«здравоохранение»**, который мы пока применяли очень редко, предпочитая говорить об «общественном здоровье», «охране здоровья». И это не случайно, так как до революции указанный термин не имел хождения и стал общепринятым лишь с первых лет советской власти. Он плод существовавшей тогда моды на всякого рода сокращения, соединения слов, аббревиатуры («Моссельпром», «Наркомздрав», «Моссовет» и т.п.), так как происходит от слов — «охрана» и «здоровье», в нем отразилось стремление к краткому, емкому обозначению новой системы охраны, улучшения здоровья населения. Наукой о такой системе и управлении ею с целью повышения уровня, качества общественного здоровья и становилась социальная гигиена. На пути ее развития были серьезные трудности, преграды, нередко возникали драматические события.

Так, формирование социальной гигиены встретило сопротивление консервативной профессуры. Особенно тяжелый урон понесли медицинская наука и вместе с ней социальная гигиена вследствие репрессий конца **20–30-х** годов прошлого века в период культа

личности Сталина. Наша дисциплина, как и вся наука, вследствие режима сверхсекретности была лишена информации. Закрывались даже общепринятые во всем мире статистические сведения о демографических процессах — смертности, составе населения, заболеваемости, рождаемости и др. Такое положение сохранилось и в последующие годы, вплоть **до середины 1950-х годов**. 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 были расформированы институты социальной гигиены, существовавшие почти во всех республиках. Началось наступление сверху на формальную генетику, экспериментальную биологию, которые возглавляли такие замечательные ученые, как профессора Николай Константинович Кольцов и Николай Иванович Вавилов.

Однако и в этот период наука выживала; были созданы получившие широкую известность руководства, учебники, монографии, в том числе по санитарной статистике (Петр Иванович Куркин, Сергей Аркадьевич Томилин, Григорий Абрамович Баткис и др.). Разрабатывались и усовершенствовались 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, которые затем использовались в совершенствовании организации медицинской помощи населению.

В 1941 г., накануне Великой Отечественной войны, приказом наркома здравоохранения СССР Георгия Андреевича Митерева кафедры социальной гигиены 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 состоянии, нанесло ущерб процессу преподавания и воспитанию студентов. В этот период в угоду командно-административной коммунистической системе правления зачастую принимались волюнтаристские решения,

далекие от подлинной науки. 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, исходившее из недопустимого смешивания классового и социального, выхолащивало самую суть науки, оставляя ее лишь на словах наукой о социальных проблемах медицины и здравоохранения.

Догматические дискуссии **в начале 1950-х годов** о базисе и надстройке отозвались бесполезными, абстрактными спорами о месте в системе общественных отношений медицинской науки и здравоохранения (что — «базис», а что — «надстройка»). Можно напомнить также о недостаточно научно обоснованных, волюнтаристских решениях о повсеместном объединении больниц и поликлиник, о немедленной, в течение года, всеобщей диспансеризации и т.д.

Однако в это же время шло накопление ценного опыта в ходе изучения прикладных вопросов и проблем организации и управления здравоохранением. Сотрудниками Института организации здравоохранения им. Н.А. Семашко, созданного по инициативе этого выдающегося ученого и теоретика в 1946 г. было предложено восстановить прежнее название **«социальная гигиена»** и добавить новое — **«организация здравоохранения».** Таким образом, **в 1966 г.** министр здравоохранения СССР Борис Васильевич Петровский подписал приказ о преобразовании кафедр и Института им. Н.А. Семашко в кафедры и Институт социальной гигиены и организации здравоохранения.

Появление этого приказа министра здравоохранения стало дополнительным стимулом к развитию дисциплины. Постепенно был снят гриф секретности со статистических сведений. Стало выполняться множество научных исследований по здоровью населения и новым формам организации медицинской помощи. Выходили в свет учебники и руководства, получившие известность и за рубежом (учебник Григория Абрамовича Баткиса, лекции Юрия Павловича Лисицына, руководства Евгении Яковлевны Белицкой и др.). Развитию дисциплины также способствовали начатая **в 1985 г.** перестройка, гласность, развитие международного сотрудничества. С помощью научных исследований были намече-

ны пути преодоления экстенсивного развития здравоохранения. Переход к новым экономическим отношениям в стране вызвал необходимость реформы охраны здоровья, введения механизма медицинского страхования.

В 1990-х годах в Москве (во II ММИ — ныне РГМУ, I ММИ — ныне I МГМУ им. И.М. Сеченова) были организованы кафедры страховой медицины, экономики и управления здравоохранением, Институт экономики и организации здравоохранения. Институт им. Н.А. Семашко был реорганизован в Национальный НИИ общественного здоровья РАМН и переориентирован на исследования экономики и управления здравоохранением. **В 1991 г.** организован новый научно-исследовательский центр — НПО «Соцгигэкономинформ» Минздрава. **В 1999 г.**, как отмечалось, было решено переименовать нашу дисциплину на «общественное здоровье и здравоохранение» в соответствии с двумя основными составными ее частями.

Однако начавшаяся перестройка экономики, всех структур государства и общества, распад СССР отрицательно сказались на обеспечении бюджетными средствами здравоохранения и особенно медицинской науки и медицинского образования. Здравоохранение стало еще в большей мере финансироваться по «остаточному принципу», сократилось число публикаций, научных исследований и научно-исследовательских институтов, был нанесен ущерб научному престижу и научному потенциалу многих медицинских учреждений, ослабли связи с учеными бывших союзных республик.

В последние годы, особенно после Послания Президента РФ Федеральному Собранию Российской Федерации на 2005 г., обратившего внимание на демографический кризис в России, в здравоохранении стали реализовываться приоритетные национальные проекты, планироваться стратегическое развитие отрасли с целью улучшения результативности (т.е. показателей здоровья населения) и повышения эффективности расходования ресурсов (более подробно см. главу 16). Наметились тенденции поднять уровень организации медицинской помощи во всех ее секторах — государственном, муниципальном, частном, реорганизовывать эту систему, сделать ее подлинно общественной. Все это, безусловно, поможет и развитию научной базы «Общественного здоровья и здравоохранения».

1.4. Теоретические концепции медицины и здравоохранения

В медицине, здравоохранении, демографии с момента их возникновения используются и совершенствуются тысячи теоретических обобщений — учений и концепций, представляющих теоретический базис. Большая их часть относится к частным вопросам и проблемам — этиологии, патогенезу, принципам диагностики, лечения, профилактики, реабилитации заболеваний или организации медицинской помощи, управления здравоохранением. 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 здоровья. В настоящее время эти общие теории медицины, здравоохранения и народонаселения (медицинской демографии) можно условно разделить на 5 групп.

I. Теории обусловленности здоровья, санологии[1].

1. Теория факторов риска для здоровья.
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 Эдварда Осборна Уилсона.
2. Теория этологии, этологизма.
3. Теория человеческой (социальной) экологии.
4. Теория стресса и общего адаптационного синдрома Ганса 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.

---

[1] Санология — учение о здоровье, точнее, о здоровье здоровых, его охране, укреплении и умножении (воспроизводстве).

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.

Далее представлено краткое описание некоторых из вышеперечисленных теорий.

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, а также их взаимосвязи и взаимодействия. Обобщенной характеристикой негативного влияния на здоровье населения 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. Однако для объяснения формирования здоровья и болезней 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, в свою очередь, зависит эффективная социальная политика в области здравоохранения. Эта теория не способствует раскрытию обусловленности здоровья и болезней и снижает значение социальных факторов в их формировании.

Теория «болезней цивилизации» и социальной дезадаптации

Это одна из самых распространенных теорий медицины, здравоохранения и даже народонаселения. Теория дает ответ на вопрос о причинах резких изменений общественного здоровья, особенно о сокращении его потенциала и возникновении массовой патологии. Самый общий ответ на этот вопрос: причина в бурном развитии современной цивилизации с ее негативными явлениями — урбанизацией, индустриализацией, технизацией, загрязнением окружающей среды, психоэмоциональным напряжением. К этим резким изменениям условий и образа жизни люди не успевают приспособиться за короткий исторический срок и поскольку остановить развитие современной цивилизации невозможно, неизбежно наступают истощение потенциала здоровья общества, массовая невротизация. Именно так представили эту концепцию еще в середине 50-х годов прошлого века французские медики Э. Гюан и А. Дюссер в книге «Болезни нашего общества». Они утверждали, что современная 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. Они же наметили и стадии процесса дезадаптации человечества: тревога, общая невротизация, заболевания. Противостоять дезадаптации могут лишь сильные, «поливалентные» личности или, как ни странно, невротики, чьи жизненные ритмы столь же напряженны и неупорядочены, как и ритмы цивилизованного общества.

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. Основоположник этого учения английский философ-позитивист и социолог Герберт Спенсер распространил физиологические, морфологические представления, концепции Чарльза 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;

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.

Этологическая концепция

Термин «этология» введен в 1859 г. французским биологом Этьеном Жоффруа Сент-Илером для обозначения поведения животных в естественных, природных условиях. Сегодня под ним понимают инстинктивное поведение. Следовательно, этологическая теория переносит закономерности инстинктивного поведения животных на сферу поведения и здоровье человека. Утверждается, что на основании исследований инстинктивного поведения животных возможно раскрытие некоторых сторон этиологии и патогенеза заболеваний человека. Этологи считают, что 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, которое, таким образом, уходит корнями в инстинктивную сферу. Учением об инстинктивном поведении, особенно об агрессии, воспользовались некоторые реакционно настроенные публицисты, нашедшие простое «научное» объяснение неизбежности войн, преступлений, конфликтов.

Концепция человеческой (социальной) экологии

Термин «экология» известен с середины прошлого века; им стали обозначать отрасль биологии, изучающую связи, взаимоотношения, образ жизни животных в конкретных природных условиях, т.е. влияние среды на жизнедеятельность животных. 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» (т.е. своего рода жизненного треугольника процессов собственно конкуренции,

взаимодействия и адаптации). Эти отношения, по мнению экологов, воплощают 2 уровня организации — биотический и культурный. «Конкурирующее сотрудничество» стремится к гармонии, устойчивому равновесию, которое обеспечивается также принципами господства и последовательности, т.е. определенного порядка в биотопе.

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 варианта натуралистических медико-биологических теорий.

Теория стресса и общего адаптационного синдрома Г. Селье

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)[1], а 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, но и состояние борьбы с заболеванием, состояние преодоления дистресса и формирования эустресса.

Другим основополагающим положением теории Г. Селье является концепция общего адаптационного синдрома (ОАС) — механизма реализации стресса в организме человека. Ведущую роль в обеспечении реакций стресса, по Г. Селье, осуществляют «адаптивные гормоны» коры надпочечников, передней доли гипофиза, тимуса как узловые звенья управления и координации функций организма.

---

[1] В медицине, физиологии, психологии выделяют положительную (эустресс) и отрицательную (дистресс) формы стресса.

Г. Селье создал учение о неспецифической реакции организма на самые различные стрессовые воздействия, подробно охарактеризовав морфологические и функциональные изменения в организме. Наряду с типичными для патологических процессов проявлениями общего адаптационного синдрома Г. Селье указал, что при нем происходят и восстановительные реакции.

Теории фрейдизма, неофрейдизма, психоаналитической психосоматики

Теория Зигмунда Фрейда получила широкое распространение не только в психиатрии, психологии, но и в социологии, искусствоведении и других сферах. З. Фрейд попытался объяснить мотивы и психологические механизмы поведения людей, причины и патогенез многих заболеваний. Он вторгся в неизведанную ранее область под(бес)сознательного, увидев в ней источник жизненной энергии и психоэмоциональной деятельности человека. Клинические наблюдения и психологический анализ он использовал в конструировании абстрактно-логической концепции психической деятельности человека. З. Фрейд представил ее состоящей из 3 слоев, или сфер:

1) основы, главной сферы — под(бес)сознательного, так сказать, «дна психического состояния», которое он обозначил с использованием греческой терминологии (как и все другие структуры) — «ОНО»;

2) сферы сознания, интеллектуальной деятельности — «ЭГО» — «Я»;

3) сферы контроля, цензуры психологических, эмотивных, подсознательных актов — «СУПЕРЭГО».

Взаимодействие этих сфер и составляет психическую деятельность, которая направляет и определяет поведение человека, его судьбу, его здоровье и болезни. З. Фрейд исходил из того, что психическое причинно не связано с окружающей природой и социальной средой, а представляет собой как бы автономную область, которая сформировалась еще на заре человеческой истории, во время первобытной общины.

Другой частью фрейдизма, которым обычно обозначают все учение, является психоанализ, т.е. метод расшифровки содержания психического, прежде всего ОНО. Метод заключается в про-

никновении в сферу под(бес)сознательного, определения и идентификации наполняющих его эмоций, инстинктов и доведения содержания ОНО до сознания человека, пациента (т.е. осознание). Такая процедура, как 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.

Среди неофрейдистов особенно известны Альфред Адлер, Карл Густав 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.

Применение идей классического учения и неофрейдизма в медицине сформировало учение о психоаналитической психосоматике. Наиболее яркий ее представитель — Франц Александер.

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 особо выделить применение так называемого биографического метода —

подробного обследования личности, определения профилей личности и индивидуального подхода к пациентам, которые используются в неофрейдизме и психоаналитической психосоматике.

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. Вторжение во врачебную практику массы лабораторных исследований, технических диагностических и лечебных приемов отдаляло врача от пациента, противоречило индивидуальному подходу, восприятию целостности организма и т.п. Чтобы остановить дегуманизацию, ряд крупных клиницистов призвали восстановить классические принципы медицины, которые они не без оснований видели в учении «отца медицины» Гиппократа. Уже в 20-х годах XX века стали появляться статьи, выступления под лозунгом «Назад к Гиппократу!».

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 медицины.

Наряду с ревизией типологии человека Гиппократа создаются современные схемы биотипологии. Н. Пенде, основатель этого учения, предложил классификацию биотипов:

1) гипостенический с укороченными пропорциями строения тела;
2) гиперстенический с укороченными пропорциями;
3) гипостенический с удлиненными пропорциями;
4) гиперстенический с удлиненными пропорциями.

Биотипология — учение о современной типологии, строении и функциях человеческого организма (вариант конституциональной медицины), позволяющей ориентироваться в диагностике заболеваний и направленно строить лечение, так как люди с определенными биотипами предрасположены к определенным заболеваниям и патологическим состояниям.

Теория «целлюлярной патологии» и ее новейшие варианты

Напомним сначала классическую теорию Рудольфа Вирхова. Опираясь на учение о клеточном строении тканей организмов, он говорил об организме как о «клеточном государстве», сведя всю патологию к изменениям в клетках, или «жизненных единицах». 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, хотя само оно сохраняет лишь историческое значение. Иногда эту теорию болезней называют анатомо-морфологической. И пока не выяснены причины большинства заболеваний, современная классификация болезней, травм и причин смерти значительное число нозологических форм определяет именно по анатомо-морфологическому принципу.

Можно встретить варианты этой теории. 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», — писал ученый. Гипотеза Г. Селье близка к представлениям молекулярной биологии и медицины, в том числе молекулярной патологии.

Теория нервизма и кортико-висцеральной патологии

К началу XX столетия не только Иван Петрович Павлов и его ученики, но и другие известные ученые развили концепцию нервизма, создав целостное учение о роли нервной системы и ее отделов, прежде всего головного мозга, в управлении функциями организма. Все наиболее яркие представители нервизма (И.П. Павлов, Николай Евгеньевич Введенский, Владимир Михайлович Бехтерев и др.) подчеркивали управляющую, координирующую роль системы: иерархии нервных центров, высшими из которых являются большие полушария мозга и его кора. Нервизм подтверждает эволюционную теорию: с развитием животных организмов и их жиз-

недеятельности 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 является 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 подчеркивал И.П. Павлов.

Теория мальтузианства

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

Томас Роберт Мальтус доказывал, что во всех несчастьях, болезнях, нищете виноваты не правящие классы, не буржуазия, а сами трудящиеся ввиду их неудержимого размножения. Т. Мальтус оправдывал эксплуатацию, эпидемии, войны и другие радикальные средства предотвращения бурного размножения. 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 для 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. На эту реакционную тенденцию, антигуманный смысл учения 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. Николай Гаврилович 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. Климент Аркадьевич 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 и его последователи подчеркивали, что законы народонаселения, как и другие законы природы и общества, отражают конкретную экономическую, политическую, историческую ситуацию. Поэтому о законах народонаселения можно говорить лишь в определенном историческом периоде.

История подтвердила, что состав и численность народонаселения (и процессы его воспроизводства) зависят не от вечного и неизменного закона, а от конкретных социально-экономических и политических процессов. Управляя этими процессами можно регулировать демографические. Достаточно вспомнить примеры отдельных стран. Во Франции за 20–30 лет удалось средствами активной демографической политики почти удвоить численность населения до 60 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 ограничение численности населения за счет сокращения его прироста. Это не мальтузианские, а социально-экономические, политические меры. Они исходят из понимания демографических процессов, роли состава и численности населения в жизни страны и общества.

Неомальтузианство. Теория «оптимума населения»

Эти теории расширили аргументацию Т. Мальтуса и арсенал рекомендуемых средств сокращения прироста населения и его численности не только путем уменьшения рождаемости, но также за счет сохранения и даже увеличения смертности, в том числе вовлечением общества в термоядерную войну.

Однако далеко не все современные мальтузианцы решаются на столь откровенные антигуманные заявления. Получили распространение закамуфлированные неомальтузианские теории,

в частности теория «оптимума населения». Возникшая в 20-х годах XX века 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 бы обеспечен оптимумом жизненных благ, в первую очередь адекватной заработной платой. Этот оптимум численности населения, по их расчетам, не должен превышать 900 млн — 1 млрд — именно такое число людей тогда мировая экономика и социальная защита могут полностью обеспечить ресурсами и средствами. Однако как добиться такой численности населения, кроме моратория (запрета) на рождаемость, широкого применения контрацептивов и других средств замедления воспроизводства населения, они не сообщали. Таким образом, в такой трактовке «оптимума населения» заложена реакционная мальтузианская тенденция.

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 должна учитывать демографическая политика, способствующая увеличению численности или сокращению темпов прироста населения.

Теория конвергенции общественных систем и здравоохранение

Если приведенные выше примеры теорий носят натуралистический, социально-биологический характер, т.е. делают акцент на какой-то определенной тенденции или закономерности, 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.

Эта теория утверждает возможность и целесообразность слияния ряда полезных процессов и явлений разных общественных систем с целью создания более совершенной (в условиях современной цивилизации) общественно-экономической и политической структуры. В числе «конвергируемых» процессов — 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».

Теория конвергенции имеет отношение и к здравоохранению, народонаселению и медицине. Эта теория помогает создать системы и формы организации здравоохранения и демографической политики, наиболее приспособленных к реальным потребностям и возможностям стран и регионов. На основе опыта разных стран создаются наиболее экономичные и эффективные структуры и системы здравоохранения, происходит конвергенция организационных приемов, технологий и механизмов социальной помощи.

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, как в личных интересах, так и в интересах общества. Экономисты подсчитали, что непредотвращенные болезни, инвалидность и преждевременная смертность отнимают у общества гораздо больше средств, чем составляют все расходы на здравоохранение. Расчет экономического эффекта от вложений в здравоохранение см. в главе 16.

Детерминационная теория медицины

Детерминационная теория медицины (ДТМ) представляет собой попытку обобщить закономерности возникновения и развития патологических состояний, процессов, а также закономерности формирования и сохранения здоровья населения. ДТМ можно считать универсальной теорией медицины и здравоохранения, так как она базируется на проверенных и бесспорных принципах материалистической, диалектической теории адаптивного реагирования живых систем.

Функции ДТМ: информативная (получение информации об адаптивном характере реакций); систематизирующая (обобще-

ние 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).

Концепции **факторов риска здоровью** и влияния на здоровье **образа жизни** изложены в главе 3.

1.5. Теоретические аспекты врачебной этики и медицинской деонтологии

1.5.1. Основные понятия и определения

Термин «этика» (от греч. *ethos* — обычай, нрав) во многом схож с термином — «мораль» (от лат. *morbus*), поэтому указанные понятия обычно применяются вместе. Этику чаще квалифицируют как науку, теорию, учение о морали и нравственности, т.е. как науку о формах общественного сознания. Можно привести сотни определений этики (как и морали, нравственности). Наиболее общее понимание **этики — это наука, занимающаяся изучением нравственной ценности человеческих стремлений и поступков.**

Гораздо больше разночтений в понимании термина **«деонтология»**. Автор термина — английский правовед Иеремия Бентам в своей получившей известность книге «Деонтология или наука о морали» (начало XIX века) рассматривал **деонтологию как учение о должном «*duty*» в поведении человека (отсюда происхождение самого термина)**.

На I Всесоюзной конференции по проблемам медицинской деонтологии (1969), организованной по инициативе министра здравоохранения тех лет академика Бориса Васильевича Петровского, много сил и внимания уделявшего проблемам этики и деонтологии, Б.В. Петровский определил **деонтологию как «учение о долге врача не только перед больным, но и перед обществом»**. Однако до сих пор идут споры о том, например, какое понятие более емкое — **этика или деонтология**, и многие склонны считать, что деонтология шире, так как включает в себя и теорию о должном в поведении, и реализацию морально-нравственных правил, т.е.

самого поведения, а этика ограничивается лишь теорией, выработкой научных морально-нравственных норм, правил, концепций и т.п.

Медицина, этика и деонтология тесно связаны. 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 (добавим: или с человеком практически здоровым, которого нужно уберечь от болезней, а также с человеком здоровым, которого не только следует предохранить от заболеваний, но и сохранить его здоровье, укрепить его и улучшить).

Есть и другие специфические моменты. Медик имеет дело не просто с объектом своей деятельности — больным человеком; в его руках — здоровье и жизнь.

Медик (конечно, хороший, настоящий) должен быть готов 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 Гиппократа — «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 состояние. 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».

Прежде чем пойдет речь о конкретных проблемах, структуре этики и деонтологии, предлагается не разъединять эти понятия, а рассматривать их как органически связанные, близкие, хотя и не тождественные понятия. В этом ракурсе этика (как наука) — понятие больше методологическое, а деонтология (как принципы и правила поведения) — скорее, практическое.

1.5.2. Особенности взаимоотношений врача и пациента в современных условиях

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 обязательного медицинского страхования (ОМС) обеспечивается лишь часть медицинских услуг по программе государственных гарантий — ПГГ (см. раздел 9.4). Вместе с тем медицинские учреждения получили легальное право на оказание платных дополнительных к ПГГ медицинских услуг. Но сегодня большинство населения РФ (в 2009 г. 60% населения имели доходы ниже 15 тыс. руб. в месяц) не в состоянии оплачивать эти дополнительные платные услуги и расходы на ЛС, что ведет к снижению доступности медицинской помощи.

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. 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 перестройкой здравоохранения становятся практически важными государственное регулирование платных услуг на медицинскую помощь, создание общественных организаций (ассоциаций, союзов), которые должны контролировать ква-

лификацию и качество работы врачей. Важно определить права пациентов, врачей, страховых медицинских организаций, профсоюзов. Особенно важны кодексы врачебной этики, о которых речь впереди.

1.5.3. Главные вопросы медицинской этики и деонтологии

Неизменно главной остается проблема **взаимоотношений врача и больного, медика и пациента**. Вокруг этого стержня медицинской этики и деонтологии вращаются также проблемы взаимоотношений врача (медицинского работника) 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); медицинских работников с различными слоями и группами общества.

Пожалуй, нет ни одного ученого или практика, кто бы не подчеркивал обязательность высоконравственного, душевного, бережного, милосердного, сочувствующего, и конечно, высокопрофессионального отношения врача (медика) к больному. Из подобных суждений и наказов, назиданий, указаний и советов можно составить целые тома, содержание которых идет от истоков медицины. Врач предстает в них морально, душевно и физически чистоплотным, скромным, сдержанным, уверенным, обходительным, другом, советником и наставником страждущего. В древних манускриптах Аюрведы («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 признана хорошо известная клятва Гиппократа — прообраз последующих клятв, при-

сяг, профессиональных этических медицинских обещаний и т.п. В разных переводах и интерпретациях ее отдельные положения звучат по-разному, но суть требований к врачу одинакова:

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.

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

Матвей Яковлевич Мудров, Иустин Евдокимович Дядьковский, Николай Иванович Пирогов и другие подчеркивали основополагающее качество в отношениях врача и больного — гуманизм в наиболее полном его выражении.

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 объяснить, что это такое.

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. За нарушение морально-нравственных, этических правил и норм медицинские работники подвергаются

общественному порицанию, а за нарушение юридических и правовых норм, регламентируемых **законами**, — определенным законодательством наказаниям, вплоть до лишения свободы и др. Многие правила и нормы, возникающие и распространяющиеся как этические, морально-нравственные, нередко становятся юридическими, правовыми категориями, закрепленными законодательно.

Наиболее демонстративный пример — требование врачебной тайны. Это правило существовало как одно из важных положений клятвы Гиппократа, 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 свод законоположений «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении», куда вошло требование соблюдения врачебной тайны (ст. 16 «Обязанность сохранять врачебную тайну»). Положение о врачебной тайне также включено в Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ (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»).

Самым ярким примером законодательного закрепления морально-этических установлений стало включение в Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ так называемой клятвы врача (ст. 60), которая много веков принималась в качестве морально-нравственного обязательства. Традиция таких обещаний, клятв, присяг была возобновлена в 1960-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.

К актуальным вопросам медицинской этики и деонтологии относятся также проблемы врачебной тайны, врачебной ошибки, эвтаназии, право эксперимента на себе (врача, медика), на медицинское вмешательство без согласия больного, а также вопросы трансплантации органов и тканей, генной инженерии, знахарства, парамедицины и другие.

1.5.4. Юридическая ответственность медицинских работников

Юридическая ответственность подразделяется на **публичную**, т.е. возникающую перед обществом и государством, и **частную (гражданско-правовую)**, т.е. ответственность, которая возникает при нарушении субъективных прав другого лица и находит реализацию, как правило, при желании потерпевшего лица и его законных представителей. Публичная ответственность подразделяется на **административную и уголовную** (в зависимости от степени тяжести правонарушения). **Дисциплинарная** ответственность возникает в случае нетяжелого правонарушения.

Примером гражданско-правовой ответственности может быть вред, принесенный пациенту в процессе оказания медицинской помощи. Доказанный в несудебном или судебном порядке вред может возмещать утраченный пациентом заработок, понесенные дополнительные расходы на оказание медицинской помощи.

Административная ответственность возникает в следующих случаях:

- неправомерный отказ в предоставлении гражданину информации о здоровье;
- заведомо ложное заключение эксперта;
- нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических норм и правил и др.

Уголовная ответственность возникает, например, в случае неоказания медицинской помощи больному, незаконного помещения в психиатрический стационар, незаконного занятия частной медицинской деятельностью, при нарушении прав пациента и др. Виновным в уголовном преступлении является лицо, совершившее преступление умышленно (прямо или косвенно) или по неосторожности (с возможным подразделением на легкомыслие, небрежность и невежество).

Каждый случай неблагоприятного исхода при оказании медицинской помощи, обусловленный обстоятельствами субъективного характера (т.е. действиями медицинских работников), каждый случай профессионального правонарушения (особенно неоказание и ненадлежащее оказание помощи больному) должны расцениваться медицинской общественностью как чрезвычайное происшествие. **Ненадлежащее**, преступно-неосторожное оказание медицинской помощи (т.е. нарушение своих профессиональных

обязанностей) в процессе диагностики и лечения пациента иногда называют **врачебной ошибкой**.

Большинство врачебных ошибок (или ошибок других медицинских работников, медицинских сестер, провизоров, фармацевтов) зависят от малого опыта, недостаточной квалификации врача и преступной самонадеянности, действию на авось. Следует подчеркнуть, что ряд врачебных ошибок зависит от **объективных причин**, например несовершенства методов исследования, отсутствия специальной аппаратуры, нетипичности клинического случая, т.е. от особенностей течения заболевания, которые не знал или не распознал врач. Иногда причинами ошибки могут быть сами пациенты (например, при позднем обращении за медицинской помощью или уклонении от назначений врача).

Для преодоления и предотвращения врачебных ошибок необходим самокритичный, открытый анализ их причин и обстоятельств на клинических, клинико-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 обнародования им своих ошибок.

Растущая социальная (и экономическая) значимость медицины, неуменьшающееся число врачебных ошибок и других нарушений медицинской этики и деонтологии (вплоть до преступлений) привели к разработке специального вида (раздела) права — **медицинского права**, включившего юридические аспекты прав и обязанностей медиков.

Особенно трудна в практическом отношении (исполнении) и сложна в юридическом плане (т.е. с позиций медицинского права) проблема **эвтаназии**, т.е. добровольной смерти больного (обычно обреченного) по его просьбе и требованию. В 1952 г. в адрес ООН было направлено обращение с более чем 2,5 тыс. подписей, среди подписавшихся были известные врачи, ученые, деятели 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. Естественно, право на добровольную, легкую смерть вызвало и до сих пор вы-

зывает дискуссию ввиду сложного комплекса сопряженных с ним юридических и морально-нравственных проблем. Наше законодательство исключает решение об эвтаназии, считая это, как и ООН, противоречащим требованиям гуманности (ст. 45 Основ 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 Основ) и разработаны критерии смерти, которые сводятся в основном к констатации смерти мозга. Однако эти положения не всегда и не для всех специалистов убедительны.

Решение проблем медицинской деонтологии и правовых вопросов не всегда бесспорно и нередко архисложно. Для практического применения составляются своды правил поведения медиков, или **кодексы медицинской этики и деонтологии.** Следование этим кодексам считается обязательным для медиков и их профессиональных объединений. 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.; «Принципы предоставления медицинской помощи», принятые в 1963 г. и дополненные в 1983 г., и ряд последующих пересмотров этих документов. Своего рода роль координатора таких кодексов взяла на себя Международная (Всемирная) медицинская ассоциация.

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. Так, в кодексе Американской медицинской ассоциации (АМА) — «Принципы медицинской этики», в 1-м же разделе заявлено: «Основной целью медицинской профессии является служе-

ние 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». В нем также большое внимание уделяется регулированию отношений врача и пациента в связи с вознаграждением труда медиков и защитой корпоративных интересов.

Правила и кодексы создаются не только для врачей, но и для медицинских сестер 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.

В 1994 г. был опубликован проект Этического кодекса российского врача; 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.

Биоэтика

Поскольку многие современные проблемы медицины и биологии человека включают этические, морально-нравственные, психологические, социальные вопросы, возникло предложение объединить исследования этих проблем в одну новую науку — **биоэтику**. Оксфордский словарь (1989) определяет биоэтику как дисциплину, «имеющую дело с этическими проблемами, возникающими в результате прогресса медицины и биологии», занимающуюся изучением «этических проблем, являющихся следствием медико-биологических исследований и их применения в таких областях, как трансплантация, генная инженерия и искусственное оплодот-

ворение». Многие рассматривают биоэтику как новый раздел медицинской этики и деонтологии, основанный на соблюдении прав человека и гражданина, новейших достижениях медицины и экспериментальной биологии человека.

Несмотря на возрастающий интерес к проблемам биоэтики и активную исследовательскую деятельность в этой области, по многим вопросам современной медицины, требующим этической оценки, не определены юридические нормы и акты. Это прежде всего проблемы, связанные с трансплантацией органов и тканей, использованием результатов генной инженерии, искусственным воспроизводством человека и экспериментами на людях, правами психически больных, лечением наследственных заболеваний, а также с вопросами доступности медицинской помощи, и ее высокой стоимости. Все эти вопросы должны быть решены в обозримом будущем.

1.6. Теоретические вопросы управления

1.6.1. Основные понятия и определения

Управление — это функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), направленная на поддержание их структуры и деятельности, а также на достижение целей и реализацию программ. В последние годы широкое распространение в России получило понятие **менеджмент** (от англ. *manage* — управлять). Строго говоря, это близкие по значению понятия. Но на практике «менеджмент» чаще применяется по отношению к управлению конкретными организациями; под этим понятием подразумевается комплекс мер, направленных на достижение целей, поставленных перед организацией. Например, целью частной медицинской организации может быть извлечение определенной прибыли. Термин «управление» чаще применяется в более широком смысле, например, когда говорят об управлении системой здравоохранения в целом.

Для понимания функции управления системой необходимо прежде всего определить само понятие «система». Под **системой понимается совокупность взаимосвязанных элементов, образующих единое целое** или целое, состоящее из частей, упорядоченных по определенному закону или принципу. Каждая система характеризуется **свойствами**, т.е.

отличительными чертами, которые можно оценить качественно и измерить **количественно**. Таким образом, системы описываются и изучаются через их внешние свойства. **Состояние системы** — это множество свойств, которыми она обладает в определенный момент времени. Принято описывать состояние систем по следующим категориям:

- **Структура системы —** это множество всех возможных отношений между подсистемами и элементами внутри системы, в том числе расположение элементов внутри системы. Структура характеризует статические (неизменные) свойства системы. **Организация** — это система, в которой есть хотя бы 2 элемента, связанных общей целью. Системы, как правило, имеют различные структуры. В зависимости от степени централизации управления элементами системы можно выделить 3 основных типа: централизованную (иерархическую); скелетную; сетевую.
- **Функция системы** (от лат. *functio* — исполнение, совершение) представляет собой проявление свойств системы и **способ ее действия** при взаимодействии с внешней средой. Другими словами, функция — это поведение системы в некоторой среде. Функция отражает динамические (меняющиеся) свойства системы. Важно уяснить, что функция, с одной стороны, определяется внутренним строением (структурой) системы, с другой — внешней средой.
- **Внешнюю среду** образуют внешние по отношению к рассматриваемой системе целостные объекты, а также вещественные, энергетические и информационные ресурсы среды. **Замкнутые** системы не имеют связи с внешней средой, **открытые** — имеют.

Следовательно, в основе функции лежат объективно существующие способности структуры системы перерабатывать вещественные (материально-технические), энергетические (финансовые) и информационные ресурсы внешней среды, а также способность перемещаться в пространстве. Эти способности реализуются в структуре и, вследствие ее относительной консервативности, относительно постоянны. Чтобы системы развивались в заданном направлении, одна из функций должна быть **управленческой**.

Для системы здравоохранения **организационная структура** — это совокупность служб, секторов, подсистем (в составе каждой из ко-

торых есть медицинские организации), объединенных определенными связями. В Советском Союзе структура системы здравоохранения строилась по иерархическому принципу, т.е. была жестко централизованной. Сегодня структура системы здравоохранения частично децентрализована: имеются подсистемы — федеральная, региональная, муниципальная, частная. Различают следующие основные **функции** систем здравоохранения: финансирование, обеспечение кадровыми и материально-техническими ресурсами, оказание медико-профилактической помощи и управление (более подробно — см. главы 9–11). Из внешней среды забираются финансовые, кадровые, материально-технические и информационные ресурсы и определенным образом распределяются и используются в системе здравоохранения. Управление осуществляется органами управления здравоохранением. На федеральном уровне — Министерством здравоохранения и социального развития РФ, на региональном и муниципальном — соответствующими органами управления здравоохранением. Руководство на уровне медицинской организации осуществляется главным врачом.

Большинство систем не являются застывшими, они находятся в постоянном **циклическом развитии**: рождение, рост, равновесие, сокращение (деградация), смерть и снова рождение. Например, единой государственной системы здравоохранения, существовавшей в Советском Союзе, сегодня в РФ нет, она разделена на федеральную, региональную, муниципальную и частную системы здравоохранения.

1.6.2. Функции управления системой

В управлении всегда присутствует 2 звена: управляющие — **субъекты управления**, и то, чем управляют, — **объект управления**. Субъект управления воздействует на объект управления через целенаправленное воздействие. Например, объектом управления на федеральном уровне являются система здравоохранения в целом и общественное здоровье. Субъектом управления этой системы является орган управления — Минздравсоцразвития России.

Любое воздействие на управляемую систему может быть реализовано только через функции управления. Перечислим **основные функции управления**: анализ, планирование, прогнозирование, организация, координация, регулирование, контроль и оценка ре-

зультатов. Реализация **управленческой функции** обеспечивается соответствующим управленческим подразделением (министерством, службой — в зависимости от уровня), которое является структурным элементом подсистемы управления. Состав и численность аппарата управления в целом, равно как состав и численность работников и число подразделений, определяются целями и задачами, стоящими перед организацией (системой). Чтобы охарактеризовать функции управления, необходимо определить **признаки однородности и общности** целей отдельных управленческих операций, т.е. выделить **виды** управленческой деятельности. Любая **функция** управления состоит из **5 видов управленческой деятельности**, обладающих относительной самостоятельностью.

1. **Планирование** — это предварительное принятие решений. Планирование должно ответить на вопрос: кто и сколько должен сделать, и за какие сроки?

2. **Организация**, т.е. определение путей, методов и средств достижения поставленной цели. Организация (как процесс) — это создание условий для реализации плана, в том числе создание структуры системы, обеспечение ее необходимыми ресурсами, определение путей, методов и средств достижения поставленной цели. Организация как вид управленческой деятельности отвечает на вопрос: как сделать?

3. **Координация —** это обеспечение согласованности действия всех участников системы, т.е. установление гармонии в совместном труде участников планируемого процесса.

4. **Мотивация или стимулирование**, т.е. создание таких условий труда, при которых каждый работник трудился бы с наивысшей отдачей.

5. **Контроль** — это прогнозирование отклонений и своевременное их предупреждение. На практике, к сожалению, происходит смешение контроля и учета (т.е. простого фиксирования хода выполнения работ).

Каждая функция управления (см. выше) может быть разложена на указанные пять основных видов взаимосвязанных управленческих действий. Например, необходимо осуществить управленческую **функцию планирования** расходов на систему здравоохранения. Для этого нужно разработать плановый бюджет с конкретными расходными статьями и расписать размер пла-

нируемых расходов по каждой из статей. Этой работой занимается группа сотрудников или отдел, в министерстве здравоохранения — планово-экономическое подразделение. Для достижения цели, которой является разработка планового бюджета, деятельность этого отдела, в свою очередь, необходимо спланировать, организовать, скоординировать, мотивировать и проконтролировать. На этом примере можно видеть различие понятий: «планирование» *как функция* управления и «планирование» *как вид* управленческой деятельности.

Далее описаны основные функции управления.

Планирование. Текущее — это планирование выполнения специфических целей на краткосрочный период, например, на 1 год; **перспективное** планирование — план на 2–5 лет, **стратегическое** — направлено на выполнение конечных целей на долгосрочный период, например на 5–10 лет. Планирование подразумевает установку **целей** (предпочтительные результаты на длительную перспективу) и **задач** (предпочтительные результаты на более короткие промежутки времени). Путем выполнения нескольких последовательно решаемых задач может быть достигнута цель. Например, стратегической целью развития здравоохранения РФ является улучшение здоровья населения к 2020 г. Примером текущего планирования в здравоохранении является ежегодное планирование средств на оказание медицинской помощи в государственном бюджете или установление нормативов объемов медицинской помощи, гарантированных населению по ПГГ оказания бесплатной медицинской помощи. Частью планирования в здравоохранении является также установление стандартов качества медицинской организации и стандартов медицинской помощи. Цели и задачи системы формируются **на основе предшествующего анализа.**

- **Анализ. Системный анализ** объекта управления (например, системы здравоохранения) включает анализ структурных элементов системы, их связей и взаимодействия, функций системы, а также результатов этого взаимодействия — системных качеств, которыми обладает только система в целом и которых нет у отдельно взятых подсистем и их элементов. Для системы здравоохранения — это анализ показателей здоровья населения (результатов деятель-

ности системы здравоохранения), анализ ресурсов, функций и организационной структуры системы. **Ситуационный анализ** позволяет проанализировать ситуацию, в которой функционирует и развивается объект управления (система): выявить приоритетные проблемы, ранжировать их по важности для достижения цели, оценить имеющиеся внутренние и внешние ресурсы. Например, для системы здравоохранения это могут быть цели, поставленные Правительством РФ, по улучшению здоровья населения к определенному сроку. При решении задач, связанных с кадровой политикой в здравоохранении, необходимо учитывать факт снижения числа поступающих в медицинские вузы в связи с демографическим провалом, что приведет к уменьшению числа вновь выпускаемых врачей.

- **Прогнозирование**, т.е. предвидение различных сценариев развития системы, в том числе в зависимости от изменения внешних условий. Виды прогнозирования: экспертные оценки; экстраполяция (например использование данных прошедших периодов или других аналогичных систем, например результатов деятельности зарубежных систем здравоохранения); моделирование с помощью математических методов, комбинированные прогнозы. Например, если медицинским работникам не повысить заработную плату (в 2009 г. она была на 21% ниже, чем в среднем по стране), можно прогнозировать снижение их численности.
- **Организация работ** подразумевает формирование программы действий для достижения целей и задач системы. Программа включает набор задач и механизмов (т.е. способов) их решения. В программе также устанавливаются сроки реализации программных мероприятий, определяются критерии и показатели, позволяющие оценить достижение цели (результативность системы) и эффективность управления (т.е. была ли цель достигнута с использованием минимально возможных ресурсов). Например, механизмом достижения доступности медицинской помощи населению в первичном звене здравоохранения является обеспечение достаточного числа участковых врачей (терапевтов и педиатров) и врачей

общей практики, а механизмом обеспечения достаточного их числа — повышение заработной платы, чтобы мотивировать их приход на эту работу.

- **Регулирование.** К функции управления также относится регулирование, что реализуется через установление определенных правил, законов, нормативов для деятельности участников системы. Например, в системе здравоохранения регулирование может проявляться в установлении предельных цен на лекарственные средства при их регистрации. Это позволит обеспечить доступность лекарств для населения по приемлемым ценам.
- **Мотивация** — это создание у выполняющего управленческие решения персонала **мотивов** для реализации этих решений. Для этого применяются организационно-распорядительные методы (приказы, рекомендации, указания, разрешения, санкционирование), экономические методы (премирование, экономическое стимулирование), социально-психологические методы (поощрение, наказание и т.д.) и методы текущего контроля. Примером реализации этой функции управления является установление оплаты труда в зависимости от его результатов и качества.
- **Контроль.** Контроль подразделяется на текущий и заключительный. Контроль позволяет осуществлять обратную связь, т.е. понять, выполняются ли цели и задачи организации. С помощью контроля оцениваются полученные результаты на соответствие их заявленным целям и задачам, а также выявляются проблемы (препятствия в достижении цели). Выявление, ранжирование проблем, выделение среди них приоритетных позволяют сформулировать важнейшие задачи на будущие периоды и сформировать новую программу действий, направленную на предстоящее **улучшение** результатов. Очень важно, чтобы на базе анализа возникших проблем формировались мероприятия по их предотвращению в будущем. В здравоохранении контрольные функции выполняют различные организации. Например, Росздравнадзор контролирует качество медицинской помощи на федеральном уровне, а врачебные комиссии — на уровне медицинской организации.

При управлении производственным процессом[1] функции управления выполняются в определенной последовательности, образуя **цикл управления**: планирование, реализацию, анализ полученных результатов и непрерывное улучшение.

1.6.3. Стили и методы руководства

Менеджер (управленец) — это лицо, организующее конкретную работу определенного числа сотрудников, организации или системы в целом на основе современных методов управления. Управление как вид деятельности в той или иной мере осуществляется каждым человеком, принимающим решения и реализующим их в отношении себя, своей семьи, образования, работы, отдыха и т.д. Для менеджера управление является профессиональной деятельностью и требует от него **следующих навыков и личных качеств**:

— компетенции[2];
— коммуникабельности;
— заинтересованности;
— решительности;
— творчества (креативности).

Отсутствие перечисленных качеств, а тем более наличие противоположных рассматриваются как потенциальные ограничения для успешной деятельности в качестве менеджера. Обучение менеджеров позволяет преодолевать перечисленные ограничения и развивать эффективное управление. К **особенностям управления здравоохранением** относят:

— особую ответственность принимаемых решений, от которых зависят жизнь и здоровье людей;

---

[1] **Производственный процесс** — это совокупность действий работников и орудий труда, направленных на изготовление продукции (услуг) в данной организации (системе), в заданном количестве, качестве и ассортименте в определенные сроки. Продукция (услуги) создаются с помощью определенных технологий. Технология (методика, способ производства) — комплекс организационных мер, операций и приемов, направленных на изготовление продукции (услуг).

[2] **Компетенция** — способность успешно действовать на основе практического опыта, умения и знаний при решении задач профессионального рода деятельности.

— трудность, а иногда и невозможность предсказания отдаленных последствий принимаемых решений;
— трудность, а иногда и невозможность исправления неверных решений.

Различают следующие **стили руководства** или индивидуальные способы осуществления руководства:

- Авторитарный — абсолютизирование власти в одних руках.
- Либеральный — попустительствующий стиль руководства, характеризуется минимальным вмешательством в работу подчиненных.
- Демократический — характеризуется децентрализацией управления, коллегиальным принятием решений, активным поощрением инициативы подчиненных.
- Динамичный — характерны четкая позиция по любым вопросам, творческий подход к решению проблемы, готовность идти на риск в разумных пределах, внимательное отношение к подчиненным. Этот метод считается наиболее эффективным в современных условиях.

Методы руководства — это способы и приемы воздействия на подчиненных:

- Организационно-распорядительные — осуществляются с помощью приказов, указаний, распоряжений.
- Экономические — осуществляются путем создания экономических стимулов для повышения заинтересованности работников в конечных результатах, например оплата за результат и качество работы.
- Социально-психологические — осуществляются путем создания благоприятной психологической обстановки в коллективе, совместимости работников между собой, выработки партнерских отношений.
- Общественные или коллективные — подразумевают расширение участия коллектива работников в управленческом процессе. Реализуется через создание коллегий, советов и других совещательных органов.

На практике могут использоваться сочетания указанных выше методов руководства.

Руководителями (менеджерами) высшего звена называют руководителей, отвечающих за решения для организации (системы)

в целом или для значительной части системы (например, здравоохранения РФ или субъекта РФ). Менеджерам высшего звена подчиняются управленцы низшего звена. Руководители деятельности персонала, не являющегося управленцами, называются линейными руководителями или руководителями (менеджерами) низшего звена (например, заведующие кабинетами или отделениями в медицинских учреждениях).

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. Больша́я часть ошибочных решений (около 70%) связана также с недостаточным **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 осуществления 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.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение».
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Какие факторы повлияли на становление общественных систем здравоохранения в Европе и России?
4. Назовите основателя советской системы здравоохранения и перечислите ее основные вехи.
5. Назовите пять групп, по которым классифицируются общие теории медицины (здоровья и болезней).

6. Приведите основные положения теории стресса и общего адаптационного синдрома Г. Селье.

7. В чем заблуждались сторонники мальтузианства и неомальтузианства?

8. В чем состоят особенности взаимодействия врача и пациента в современных условиях?

9. В чем главная причина врачебных ошибок?

10. Дайте определение системы, ее структуры и функций.

11. Перечислите основные функции управления и дайте их характеристику.

12. Какой метод руководства считается самым эффективным в современных условиях?

ГЛАВА 2

Основы медицинской статистики и организации статистического исследования

2.1. Основные понятия и определения

Слово «статистика» происходит от лат. *status* — состояние, положение. Существует много определений этого понятия[1]. **Статистика** — наука, которая изучает количественную сторону общественных, массовых явлений в неразрывной связи с их качественной стороной. Иными словами, она изучает методы сбора и осмысления данных числовой и нечисловой природы, используя соответствующие методы статистического анализа. Следует учесть, что понятие «статистика» может использоваться в 3 основных смыслах: 1) для обозначения исходных статистических данных; 2) для обозначения отрасли практической деятельности по анализу таких данных, именуемой «статистический учет»; 3) для обозначения некоторых числовых величин, характеризующих изучаемую популяцию или получаемых как результат статистического анализа (заболеваемость, среднее, дисперсия, коэффициент корреляции и т.п.). «Статистические данные», или «данные статистики», — это числа, которые характеризуют количественные и качественные стороны массовых явлений, процессов, состояний.

Главная задача статистики — сделать осмысленные заключения из потока разрозненных (несогласованных, разбросанных)

[1] См. «Коллекция высказываний о термине „статистика”» по адресу http://www.biometrica.tomsk.ru/collect. htm

данных. Например, определить вероятность возникновения того или иного события, взаимосвязь между несколькими событиями или явлениями либо признаками, характеризующими эти явления, процессы.

Как каждая наука, статистика имеет свой **предмет** исследования — любые массовые явления и процессы, в частности, в общественной жизни (например, состояние здоровья населения). Предмет статистики исследуется с помощью специальных **методов** исследования, к которым относятся:

1) метод массовых наблюдений — с помощью этого метода собирают первичные данные об изучаемом объекте или явлении;

2) сводка и группировка данных — эти методы позволяют классифицировать и обобщить первичные данные;

3) методы вычисления и анализа обобщающих показателей, которые позволяют охарактеризовать изучаемое явление, установить взаимосвязи и закономерности.

Как научная дисциплина статистика базируется на математической статистике, подразделяясь на общую теорию статистики, статистику народного хозяйства и различные отраслевые статистики. Общая теория статистики излагает общие принципы и методы статистической науки. Статистика народного хозяйства изучает статистическими методами народное хозяйство в целом; ее называют также экономической статистикой. Отраслевые статистики изучают статистическими методами различные отрасли народного хозяйства (промышленность, сельское хозяйство, медицину и др.).

Одной из отраслей статистики является статистика медицинская, которая изучает количественную сторону массовых явлений и процессов в медицине и здравоохранении. Медицинская статистика широко используется для изучения:

1) здоровья населения;

2) системы здравоохранения;

3) новых методов лечения или диагностики (т.е. для организации и анализа результатов **клинического исследования** — запланированного экспериментального исследования). В этом случае принято говорить уже не о медицинской статистике, а о биостатистике, включающей в себя гораздо более сложные методы статистического анализа, нежели используемые в медицинской статистике.

Знание статистики очень важно для медицинского работника и организатора здравоохранения, так как, с одной стороны, это позволяет правильно интерпретировать и применять на практике результаты статистических исследований, а с другой — самостоятельно проводить статистические исследования, чтобы выявлять закономерности, происходящие в медицине, здравоохранении, состоянии здоровья населения в целом или среди отдельных групп больных. При этом следует отчетливо понимать, что биостатистика, включающая в себя многие методы медицинской статистики, является столь же узкоспециальной наукой, как, например, кардиология, гинекология, онкология и т.д. В силу этого реализация многих современных методов биостатистики, весьма эффективных при изучении явлений общественного здравоохранения, а также клинических исследований, под силу лишь профессиональным биостатистикам.

За рубежом практически все медицинские исследовательские центры и факультеты имеют специальные лаборатории биостатистики. Первые такие лаборатории были созданы в Европе еще в 1908 г. К сожалению, в России подобных лабораторий биостатистики не более 1–2 десятков. Отечественная практика здравоохранения и медицинской науки сложилась таким образом, что медицинских работников обучают лишь самым элементарным методам медицинской статистики. Именно поэтому к решению более сложных задач медицинской статистики следует привлекать профессиональных биостатистиков.

Государственным органом, который занимается сбором и анализом статистических данных по всем отраслям экономики РФ, является **Росстат** — Российская федеральная служба государственной статистики. В настоящее время идет процесс гармонизации классификаторов видов экономической деятельности с международными классификаторами. Росстат ежегодно публикует в справочниках данные по состоянию здоровья населения РФ и 1 раз в 2 года — по деятельности системы здравоохранения РФ.

Статистическая совокупность (объект наблюдения) — определенное множество единиц совокупности, которые количественно отличаются друг от друга, но объединены какой-либо общей качественной основой. Например, это может быть группа людей, обслуживаемых на терапевтическом участке определенным врачом:

каждый член этой группы отличается от других по полу, возрасту, наличию или отсутствию болезни и др.

Единица совокупности (наблюдения) — это первичный элемент статистической совокупности, наделенный всеми признаками, подлежащими изучению, например, каждый человек из обсуждаемого терапевтического участка.

Статистический признак — зарегистрированная в ходе сбора первичных данных характеристика единицы совокупности. Например, пол — это качественная характеристика, возраст — количественная. Значения признака могут варьировать у единиц совокупности. Степень количественного отличия индивидуальных значений признаков называют **вариацией признака**. Например, пол может быть женским или мужским, возраст — принимать различные значения от 0 до 100 и более, если единицей измерения является год. На языке математики величина любого варьирующего признака называется **случайной величиной**, ее конкретные значения — **вариантами**, а признак в этом случае называют **переменной**.

Статистический показатель — показатель, который отражает количественную характеристику признака, соотношения признаков или исследуемой совокупности в целом. Например, заболеваемость населения на участке измеряется как в абсолютных показателях (т.е. все случаи зарегистрированных заболеваний), так и относительных (в расчете, например, на 1 тыс. населения). Статистические показатели могут отражать средние значения признаков в совокупности или степень их отклонения от среднего.

Статистика базируется на теории вероятностей и некоторых ее законах, основным из которых является закон больших чисел. **Вероятность** оценивает неопределенность или степень возможности появления данного события. Это положительное число, которое находится в интервале между 1 и 0. Если вероятность равна 0, данное событие называют невозможным, если она равна 1 — такое событие называют достоверным, так как оно обязательно произойдет. Вероятность дополнительного события, события не происходящего, равна: 1 – (минус) вероятность появления события, которое уже произошло. **Закон больших чисел** определяет, что, если число наблюдений в определенной выбранной совокупности достаточно велико, эта выборка сможет выявить закономерности, присущие всей генеральной совокупности, популяции.

Другими словами, нельзя установить закономерность на основе наблюдения единичного факта (явления); для этого нужно **массовое наблюдение**, так как закономерности проявляются только при достаточно большом числе наблюдений.

Это можно пояснить на следующем примере: какова вероятность того, что подброшенная монета упадет гербом вверх? Если мы подбросим монету всего 2 раза, 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[1]. Таким образом, согласно закону больших чисел, одновременное действие большого числа случайных факторов приводит к результату, который почти не зависит от каждого отдельного случая.

В данной главе изложена информация, касающаяся организации статистического исследования, описаны методы, применяемые на разных этапах статистического исследования, проанализированы возможные ошибки при проведении статистических исследований, рассматриваются особенности клинических исследований, представлена информация о «доказательной медицине» и систематических обзорах.

2.2. Организация и этапы проведения статистического исследования

1-й этап — составление программы и плана исследования. Статистическое исследование должно быть определенным образом организовано; для этого формируют программу и план исследования. Программа исследования формулирует общий стратегический замысел исследования, план — это тактика исследования, в нем обозначаются конкретные действия, механизмы и сроки реализации исследования.

---

[1] Отметим, что такие реальные эксперименты с числом подбрасываний до 10 тыс. и более реально проводились, и результаты их подтверждали сказанное выше.

Структура программы:

- Проблема исследования.
- Тема исследования (формулирование гипотезы).
- Цель исследования.
- Задачи исследования.
- Выбор методов статистического анализа собираемых данных, адекватных задачам исследования и типу собранных данных.
- Программа наблюдения.
- Ожидаемые результаты исследования.
- План исследования (приложение к программе).

Структура плана исследования:

- Место проведения исследования.
- Объем выборки, место и время проведения исследования.
- Способы сбора материала.
- Порядок сводки и группировки материала.
- Сроки работы по этапам.
- Исполнители.
- Необходимые финансовые средства и другие ресурсы для проведения исследования.
- Обучающие мероприятия для исследователей.

План может представляться в виде сетевого графика. Цель исследования должна быть ясна и четко сформулирована. С этого начинают составление программы исследования, затем определяют конкретные пути достижения цели. Формулировка задач исследования обычно отвечает на вопрос, как достичь цели. Такая формулировка должна содержать в себе конкретные, недвусмысленные статистические гипотезы, проверка которых будет проводиться выбранными методами статистического анализа. До начала исследования определяют объект исследования и единицу исследования. Применительно к клиническим исследованиям возможно использование специальных правил составления плана экспериментов. В середине XX века на базе статистики была разработана математическая теория планирования эксперимента. Ее положения позволяют минимизировать число проводимых экспериментов, максимизируя при этом точность получаемых результатов. Наиболее продуктивен такой подход в решении задач оптимизации выбора дозы лекарственных средств при лечении тех или иных заболеваний.

Практический врач или организатор здравоохранения, анализируя свою работу, составляя отчеты за тот или иной 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. 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.

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 — ЛПУ (лечебно-профилактическое учреждение) в целом. Научный работник при определении места исследования исходит из того, что это должны быть: 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.

По времени исследование может быть **текущим и единовременным**. Классическим примером единовременного наблюдения является всеобщая перепись населения, которая всегда проводится на какой-то критический момент (например, на 00 ч 01.01.1989 г.). Без такого методического приема невозможно получить точные сведения о постоянно меняющейся численности населения.

2-й этап — сбор материала или проведение статистического наблюдения. Это планомерный и, как правило, систематический сбор данных об исследуемой совокупности путем регистрации заранее намеченных существенных признаков. Методы наблюдения: непосредственное наблюдение, опрос, извлечения из различных документов и др. Для сбора информации используются специальные документы — анкеты, формуляры и др. **Формуляр** — это разграфленный лист бумаги с перечнем вопросов, предусмотренными свободными местами для ответов на них, а также для записи шифров. Шифры нужны для последующей обработки данных (например, ответ «да» кодируется как «+», «нет» — как «–»). Каждой единице исследования необходимо присвоить порядковый номер.

Различают следующие виды наблюдения:

1) **сплошное**, при котором наблюдению подвергаются все единицы изучаемой совокупности (например, перепись населения страны или исследование всей генеральной совокупности);

2) **несплошное**, при котором изучается только часть изучаемой совокупности. Несплошное наблюдение может осуществляться методом **случайной выборки** или путем монографического наблюдения (отбор по какому-либо признаку), или путем отбора наиболее крупных единиц, т.е. имеющих по данному признаку преобладающий вес в совокупности (метод основного массива).

3-й этап — сводка и группировка материала. Статистическая сводка — это научно организованная обработка материалов исследования. Задачи сводки — обработать и дать характеристику всей совокупности фактов с помощью показателей. Сводка включает:

1) типизацию данных и проверку на ошибки;

2) группировку данных;

3) составление таблиц, построение динамических рядов и графических изображений;

4) расчет относительных показателей;

5) расчет сводных (обобщающих) показателей.

Массив полученной информации в современных условиях обычно хранится на электронных носителях, такой массив данных называется базой данный (БД). Эта БД управляется специальным программным продуктом — системой управления базами данных (СУБД). С помощью СУБД можно обновлять, извлекать и обрабатывать данные. Простейшие СУБД — Access, dBase, Paradox, есть также более мощные — Oracle, Progress, DB2.

Сводка может составляться вручную или с использованием автоматизированных статистических программ. Наиболее часто используемые пакеты прикладных статистических программ: STATISTICA, SPSS.

4-й этап — сравнение полученных результатов статистического анализа с нормативными показателями и ранее выдвинутыми статистическими гипотезами. На этом этапе происходят:

1) качественное осмысление полученных абсолютных данных, сравнение полученных показателей:

— с имеющимися нормативами и стандартами;

— со средними уровнями показателей по стране;

— с данными по другим учреждениям и территориям;
— в динамике.

2) составление выводов;

3) проверка соответствия выводов, полученных с помощью методов статистического анализа, с первоначально сформулированными гипотезами;

4) формулирование предложений для внедрения в практику;

5) оформление работы.

Затем описываются основные методы, используемые для проведения статистического исследования, в том числе методы статистического анализа.

2.3. Типизация данных и проверка на ошибки

Цель большинства исследований — собрать данные об объекте исследования, которые характеризуются признаками, способными изменяться. Все данные, полученные при изучении признаков, можно разделить на 2 основных типа: качественные и количественные. От этой типологии признаков во многом зависит выбор методов исследования. Основные типы данных представлены на рис. 2.1.

Перед группировкой данные проверяют на ошибки. На 2-м этапе исследования могут возникнуть ошибки при переписывании или вводе данных в компьютер или таблицы. Существует несколько методов, позволяющих свести ошибки на этом этапе до минимума.

Прежде всего для 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. Карты, по которым оказалось невозможным полно и точно ответить на все вопросы, исключают из разработки.

Чтобы избежать опечаток при вводе данных, можно ввести их в компьютер или таблицу дважды и затем сравнить данные.

Числовые данные можно проверить по размаху, задав верхние и нижние ограничения для каждой переменной. Если величина переменной находится вне интервала, ее не нужно использовать при дальнейшем анализе.

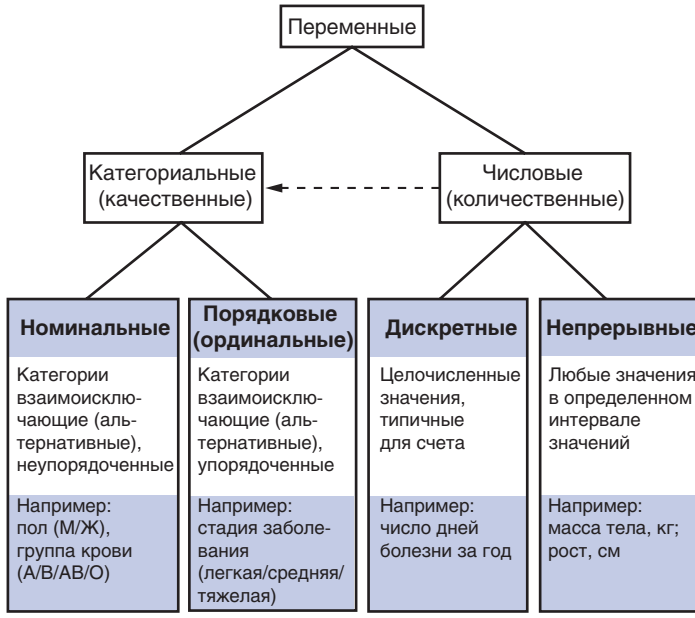

Рис. 2.1. Различные типы переменных (схема)

Необходимо учитывать, что при исследовании могут быть также получены подлинные данные, которые экстремально отличаются от других величин переменной, — они называются **выбросами**. Просто исключить выбросы из исследования нельзя, необходимо использовать специальные методы, при которых влияние выбросов на результаты исследования будет скорректировано.

После ввода данных в компьютер необходимо представить их таким образом, чтобы можно было «ощутить» их. Для этого составляют диаграммы, таблицы или статистические сводки. Этот простейший способ обобщения данных необходимо провести до этапа их анализа.

2.4. Группировка данных и составление таблиц

Группировка данных — это разделение единиц изучаемой совокупности на качественно однородные группы по значению одного или нескольких признаков. Группировку на основе типов (ка-

чественных значений) признаков называют **типологической**; ее разновидность — **классификацией**. Например, жителей РФ можно классифицировать по качественному признаку — полу на 2 группы: женщины и мужчины; это будет **основание группировки**, этот выбранный признак будет называться группировочным (табл. 2.1, А). Затем для каждой группы необходимо проставить ее численность в абсолютных величинах — это будет варьирующее значение признака. Число группировок в основании определяется числом значений, которое может принимать выбранный признак. В данном примере этих значений — 2.

Таблица 2.1. Различные виды группировок и типы таблиц

А. Группировка по качественному признаку, **«простая» таблица**

№	Пол граждан РФ	1959 г.	1989 г.	2002 г.	2009 г.
1	Мужчины, млн чел.	52,4	68,7	67,6	65,6
2	Женщины, млн чел.	65,1	78,3	77,6	76,3

Б. Группировка по количественному признаку, **«групповая» таблица со сложной разработкой сказуемого**

№	Возраст граждан РФ	Абс. число случаев, тыс. чел.	
		Смертность, 2008 г.	Заболеваемость, 2008 г.
1	От 0 до 1 года	14,4	4120,2
2	От 1 года до 14 лет	7,7	34173,6
3	От 15 до 19 лет	737,2	—
4	От 20 до 59 лет	654,8	—
5	Старше 60 лет	1706,4	—
6	Всего	2 076	221 665

Группировать можно и по какому-либо **количественному** признаку, например по возрастным группам населения в стране (это будет основание группировки). Затем исследовать частоту заболеваемости и смертности (т.е. число случаев) в год в каждой из возрастных групп. Число случаев заболеваний в каждой группе — это варьирующий признак (табл. 2.1, Б). Такая группировка

называется **структурной**, она предназначена для характеристики состава однородной совокупности. Если общую частоту заболеваний принять за 100%, можно проставить не абсолютные значения варьирующего признака, а относительные (о вычислении относительных показателей см. далее); это необходимо для проведения сравнений.

Аналитическая группировка — это группировка по факторному признаку, например, регионы страны группируются по значению валового регионально продукта (ВРП), и каждая группа характеризуется средними величинами одного или нескольких признаков: средним значением смертности, средним значением расходов на здравоохранение в доле валового внутреннего продукта (ВВП) или средним значением заработной платы. Такая группировка необходима для изучения взаимосвязи между явлениями (см. раздел 10.1.4).

Число групп в группировке, в основании которой лежит количественный признак, зависит от степени вариации этого группировочного признака: чем она больше, тем больше групп можно образовать. Для определения числа групп существуют специальные формулы. Более подробно об определении числа групп и интервалах между ними см. раздел 2.5, где описана методика построения статистических рядов распределения.

Принципы группировки нужно разработать на 1-м этапе исследования, а заполнить на 2-м этапе. **Сгруппированные данные представляют в виде таблиц или графически.**

Статистические таблицы

Статистическая таблица — наиболее удобный вид статистической группировки материала. Таблица должна иметь четкое и краткое название, отражающее ее содержание. Название пишут над таблицей (в отличие от рисунка, подпись под которым должна быть внизу).

В таблице, как в грамматическом предложении, различают статистическое подлежащее и сказуемое. Подлежащее — это основной признак изучаемого явления (объект исследования); оно располагается, как правило, по горизонтальным строкам таблицы (основание группировки). Статистическое сказуемое (одно или несколько) — это то, что характеризует статистическое

подлежащее; оно располагается в вертикальных графах (варьирующий признак). 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**, **групповыми и комбинационными**. В простых таблицах подлежащее (объект исследования) простое — перечень признаков, например пол граждан РФ (см. табл. 2.1, А), в групповой таблице подлежащее подразделяется на группы по какому-либо признаку, например возрастные группы населения (см. табл. 2.1, Б). В комбинационных таблицах подлежащее подразделяется по группам на 2 признака или более, например, возрастные группы населения, разделенные по полу.

Если изучается только один варьирующий признак у таблицы, соответственно только одно сказуемое — это простая разработка сказуемого. Если изучаются несколько признаков и у таблицы 2–3 сказуемых и более, — это сложная разработка сказуемого, что расширяет возможности анализа (см. рис. 2.1, Б).

В таблицах не должно оставаться пустых граф: в случае отсутствия данных ставят ноль; если величину не измеряли — прочерк. Затем для «первичного» анализа строят вариационные ряды, и данные представляют графически, затем описывают и обобщают данные с помощью расчета статистических показателей.

2.5. Построение статистических рядов распределения и графическое представление данных

Статистический (вариационный) ряд распределения — упорядоченное распределение единиц изучаемой совокупности на группы по определенному варьирующему признаку. Как уже отмечалось, существует 2 вида группировки и соответственно распределения: атрибутивный — по качественному признаку и вариационный — по количественному. Вариационные ряды делятся на дискретные (признак изменяется только на определенную величину, например число детей в семье) и интервальные (признак принимает любые значения, например длительность стажа медицинских работников).

В медицинской статистике приняты следующие условные обозначения для вариационного ряда:

V — варианты, отдельные числовые значения признака;

P — частота распределения, или числа, которые показывают, сколь часто встречаются те или иные варианты в ряду распределения. Частота может быть вычислена и в относительных величинах (например, в долях от 100%);

n — сумма всех частот (общее число всех вариант). Сумма всех частот определяет численность всей совокупности, ее объем.

Основные требования к составлению вариационных рядов:

1. Расположить все варианты по порядку (в порядке возрастания).
2. Суммировать единицы, имеющие одинаковую варианту, т.е. найти частоту каждой варианты.
3. Определить число групп и размер интервала между ними.
4. Разбить весь ряд на группы, используя выбранный интервал и строго соблюдая непрерывность сгруппированного ряда.
5. Дать графическое изображение.

Поясним порядок построения распределительного ряда на примере исследования структуры медицинских работников по стажу работы. Объект исследования (изучаемый признак) — стаж медицинских работников типовой больницы. Изучаемая статистическая совокупность — все медицинские работники больницы. Их условно 200 работников (n). Единица совокупности — один работник. Варьирующее значение признака — длительность стажа работников (V). Все варианты необходимо расположить в порядке возрастания. Окажется, что несколько работников имеют одинаковые варианты; их необходимо суммировать. Например, стаж в 4,5 года имеют 2 работника, значит, частота этой варианты (P) — 2, а стаж в 10,2 года имеют 5 работников, соответственно P — 5.

Изучение такого сплошного статистического ряда неудобно и не позволяет обобщить данные. Для обобщения статистический ряд разбивают на группы. **Число групп** зависит от вариабельности изучаемого признака. Для определения групп существуют также специальные формулы. Допустим, в нашем случае мы решили разбить всю совокупность по признаку длительности стажа работы на 7 групп. После того как определено число групп, необходимо определить интервал группы. **Интервал группировки** — это граница

между выбранным верхним и нижним значением признака. Например, мы выбираем, что границы интервалов лежат от 0 до 5 лет, от 5 до 10 лет и т.д. В этом случае ширина интервала — 5 лет. В каждой группировке варианты суммируются. В таблице 2.2 представлено гипотетическое распределение медицинских работников по стажу работы в типовой больнице в абсолютных и относительных величинах. Таким образом, минимальная численность медицинских работников со стажем от 0 до 5 лет — 8, а наибольшее число медицинских работников (50) — со стажем от 20 до 25 лет.

Таблица 2.2. Распределение медицинских работников по стажу работы

Группа медицинских работников по стажу работы, годы	Абсолютная численность (абсолютная частота — P)	Доля групп (относительная частота), %
0–5	8	4
5–10	16	8
10–15	40	20
15–20	46	23
20–25	50	25
25–30	20	10
30 и более	10	5
Итого	200	100

Гистограмма применяется для графического изображения вариационного интервального ряда. При составлении гистограммы на оси абсцисс откладывают величины интервалов, а частоты обозначают прямоугольниками, построенными на соответствующих интервалах (рис. 2.2).

Далее представлены другие виды графических изображений статистических данных.

Графические изображения в статистике. 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 оценить характер изучаемого явления, присущие ему закономерности, особенности, тенденции развития, взаимосвязь его показателей.

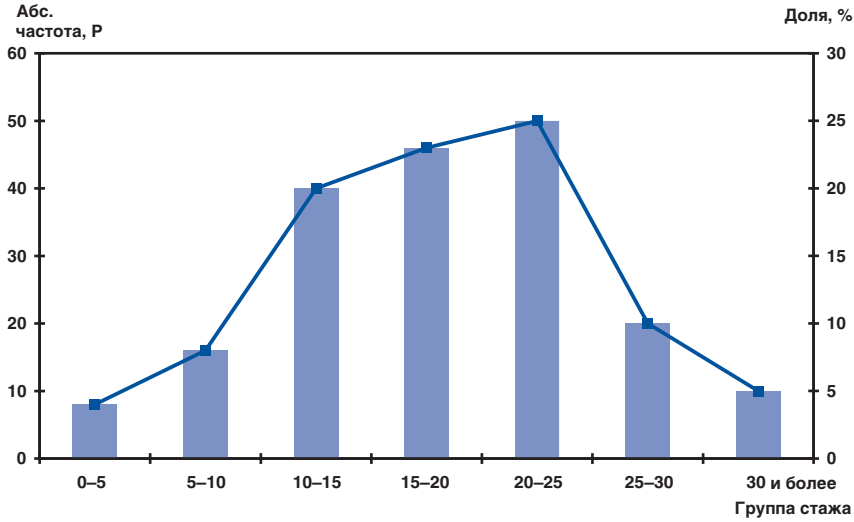

Рис. 2.2. Гистограмма распределения медицинских работников по стажу работы

Графические изображения разделяют на диаграммы, картограммы и картодиаграммы.

Диаграммой называют изображение статистических данных в виде точек, линий, плоскостей, фигур. Это мощный инструмент представления данных, позволяющий оценить их визуально.

Картограммы отражают статистические данные на географической карте, отдельные территории заштрихованы с различной интенсивностью соответственно уровню интенсивности показателя.

Вид графического изображения выбирают в зависимости от характера данных (категориальные или количественные) — характеризуют они структуру или частоту явления. Рассмотрим правила построения диаграмм, применяемых наиболее часто.

Линейная диаграмма обычно применяется для изображения частоты явления, изменяющегося во времени, т.е. для изображения **динамики** явления.

Основой для построения линейной диаграммы чаще является прямоугольная система координат. На оси абсцисс (X) откладывают, например, равные промежутки времени, а по оси ор-

динат (Y) — показатели численности населения, заболеваемости, смертности и т.д.

Значения статистических величин наносят в виде точек на систему координат и соединяют линиями. Если на одной диаграмме отображают несколько явлений, наносят линии разного цвета или разной штриховки.

Примеры линейной диаграммы: температурная кривая, динамика рождаемости, смертности. Схематичный пример такой диаграммы представлен на рис. 2.3, А.

Радиальная диаграмма (рис. 2.3, Б) 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 служат 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. На диаграмме 2.3, Б наглядно видно, что смертность населения РФ в 2009 г. увеличилась в июле-августе, что было связано с аномальной жарой в этой период времени.

Секторная диаграмма (рис. 2.3, В) применяется для изображения показателей, характеризующих структуру или статику явления. Вся окружность принимается за 100% (если показатели выражены в процентах), при этом 1% соответствует 3,6° окружности. Затем 3,6° умножают на число процентов каждого показателя и получают размер каждого сектора в градусах.

Вместо секторной диаграммы можно применить внутристолбиковую, в которой ширину и высоту столбика выбирают произвольно. Высота принимается за 100%, и в соответствующем масштабе пересчитываются показатели (в %). Пример такой диаграммы представлен в разделе 10.1.2 «Структура расходов на здравоохранение по функциям».

Столбиковая диаграмма (рис. 2.3, Г) применяется также для характеристики частоты явления среди однородных, но не связанных между собой показателей. 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.

Название графика должно кратко и точно раскрывать его содержание. Название обычно помещают (в отличие от таблицы) под графиком. Пояснительный текст может располагаться в пределах графического образа, рядом с ним или вне его.

2.6. Абсолютные и относительные показатели

При сборе данных получают абсолютные числа (показатели). **Абсолютные числа** — это показатели, характеризующие частоту изучаемых общественных явлений в конкретных условиях (место

Рис. 2.3. Примеры диаграмм

и время). Абсолютные показатели нужны для общей характеристики явления или признака, например численность населения в мире, численность мужского населения или число смертей в конкретной стране, городе, районе и т.п.

Для сравнения вместо абсолютных показателей используются относительные. **Относительные показатели** (или частоты) получают путем деления абсолютного показателя на общую численность осмотренных (если речь идет о выявлении частоты какого-либо признака в популяции), или на общую численность населения страны, города, района (если речь идет, например, о частоте смертности), или на значение абсолютного показателя за предшествующий период (если необходимо из учить динамику явления). Для этого исследуемый показатель ставят в числитель, а общую численность исследуемых — в знаменатель. Например, если абсолютное число смертей в РФ в 2009 г. составило 2,01 млн чел., то относительный показатель смертности будет равен: 2,01 (смертей) : 141,9 млн чел. (население РФ) = 0,0142. Обычно этот показатель выражают в расчете на 1000 населения, т.е. умножают полученное число на 1000. Таким образом, получают относительный показатель смертности населения в РФ в расчете на 1000 человек — 14,2.

Различают следующие **формы выражения** относительных чисел:

- Коэффициент, если показатель выражают в долях от единицы.
- Процент, если расчеты делаются на 100.
- Промилле, если расчеты делаются на 1000.
- Продецимилле, если расчеты делаются на 10 000.
- По смысловому содержанию относительные показатели подразделяются на следующие:
  - относительный показатель интенсивности;
  - относительный показатель структуры;
  - относительный показатель выполнения плана;
  - относительный показатель динамики.

Относительный показатель интенсивности характеризует частоту, распространенность (интенсивность проявления признака) явления. Типичными интенсивными показателями являются показатели рождаемости, смертности, заболеваемости в тех или иных группах людей в определенное время; они выражаются в промил-

лях, продецимиллях. Например, показатели рождаемости, смертности выражаются в промилле; заболеваемость в расчете — на 1000, 10 000 или 100 000 человек населения. Общий коэффициент смертности — это число случаев смерти в расчете на 1000 человек за определенный год.

Относительный показатель структуры. Чтобы охарактеризовать структуру явления, показать долю признака или распределение признаков в данной совокупности, вычисляют показатель структуры, который рассчитывают по формуле: в числителе — часть явления, в знаменателе — целое явление, умноженное на 100%. Этот показатель характеризует распределение признака в статистической совокупности, поскольку единица статистической совокупности распределяется неодинаково по характеру изучаемого признака и образует определенную внутреннюю структуру. Такими показателями являются структура смертности, структура заболеваемости (например, по международной классификации болезней). Выражается в процентах.

Относительный показатель выполнения плана — это изменение (рост или падение) текущего (полученного) значения показателя по отношению к запланированному его значению. Для этого текущее значение показателя делят на плановое значение и умножают на 100%. Эти показатели важны для оценки достижения показателей качества медицинской помощи, для мониторинга реализации программ в здравоохранении.

Относительный показатель динамики, или **темпов роста**, — это изменение (рост или падение) текущего (полученного) значения показателя по отношению к предшествующему его значению. Для этого текущее значение показателя делят на предшествующее и умножают на 100%. Темпы динамики рассчитывают **цепным и базисным** способами. При цепном способе каждый последующий уровень показателя сравнивают с предшествующим уровнем, а при базисном — с первым уровнем, принятым за базу расчета. Например, за базу может быть принято значение финансирования здравоохранения в 2006 г. как 100%. Чтобы оценить уровень финансирования в 2008 г. по отношению к базе, необходимо вычислить цепные значения показателей в 2007 и 2008 гг., а затем базу 100% (2006 г.) умножить последовательно на цепные значения показателей в 2007 и 2008 гг. (см. раздел 3.6 — рис. «Измене-

ние ВВП и государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах»).

Если относительная величина рассчитывается путем деления **разноименных показателей**, то она будет выражаться в специальных единицах измерения. Например, коэффициент совместительства в ЛПУ — это отношение числа занятых должностей (врачей, средних медицинских работников) и числа соответствующих физических лиц. Он показывает, сколько штатных должностей занимает врач (средний медицинский работник), соответственно и интенсивность нагрузки.

2.7. Расчет обобщающих статистических показателей

На 3-м этапе исследования важно описать полученные данные содержательным образом и обобщить их. Для этого вычисляют специальные показатели, среди них:

- показатель «меры положения» признаков, или средний уровень признаков;
- показатель «меры рассеяния», или вариабельности (разнообразия) значений признаков.

Вычисление этих статистических показателей — ответственный момент, требующий не только знаний и умения, но и понимания сути изучаемых процессов и явлений.

«Мера положения» признака

Это общее понятие для числового выражения локализации значений признака (на числовой оси). Для описания типичного положения признака используются следующие показатели:

1. Средняя арифметическая. При изучении генеральной совокупности средняя арифметическая обозначается буквой μ, при выборочной — $\bar{x}$ или M (от англ. *Mean* — средний).
2. Медиана (Me) — варианта, расположенная по середине ряда.
3. Мода (Mo) — самая частая варианта.

Средняя арифметическая (средняя), ее вычисляют следующим образом: складывают все значения признака и делят на число всех значений. Используя математическую систему обозначений, можно изобразить набор значений признака как x_1, x_2, x_3 ... x_n. Например, x мог бы обозначать рост индивидуума (в см) так, чтобы x_1 обозна-

чал рост первого индивидуума, а x_i — рост i индивидуума и т.д. Мы можем написать формулу для среднего арифметического наблюдения (пишется $\bar{x}$, а произносится: «x с чертой»):

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \ldots + x_n}{n}.$$

Используя математическую систему обозначения, мы можем сократить это выражение:

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}, \text{ или } \bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}.$$

Если мы упорядочим данные по величине, начиная с самой маленькой и заканчивая самой большой, то **медиана** также будет характеристикой усреднения в упорядоченном наборе данных. Медиана делит ряд упорядоченных значений пополам, с равным числом этих значений как выше, так и ниже ее (левее и правее медианы на числовой оси).

Вычислить медиану легко, если количество наблюдений n — нечетное. Это будет наблюдение с номером $(n + 1) / 2$ в нашем упорядоченном наборе данных. Например, если $n = 11$, то медиана — (11+1)/2=12/2=6, 6-е наблюдение в упорядоченном наборе данных. Если n — четное, тогда, строго говоря, медианы нет. Однако обычно мы вычисляем ее как среднее арифметическое 2 соседних средних наблюдений в упорядоченном наборе данных [т.е. наблюдений с номерами $(n/2)$ и $(n/2+1)$]. Так, если $n = 20$, то медиана — среднее арифметическое из наблюдений с номерами 20/2=10 и (20/2+1)=11 в упорядоченном наборе данных.

Медиана подобна среднему значению, если данные симметричны; меньше, чем среднее значение, — если данные скошены вправо, и больше, чем среднее значение, — если данные скошены влево.

«Мера рассеяния», или вариабельности (разнообразия) значений признака

Если «мера положения» признака описывает средние данные, то «мера рассеяния» описывает меру разброса, или вариабельности, признака. Для анализа вариабельности признака используют следующие показатели: размах вариации, процентили, дисперсию признака и среднее квадратичное отклонение (стандартное отклонение).

Размах вариации — разность между максимальным и минимальным значениями признака.

Процентили — это такое описание рассеяния значения признаков, на которое не влияет выброс (аномальное значение признака). Процентили делят упорядоченный ряд распределения значений признаков на 100 равных частей, или 100%. В каждый процентиль попадает одинаковое число измерений. Если ряд делят на 10 равных частей — это децили, на 4 — квартили.

Дисперсия признака. Один из способов измерения рассеяния — определить степень отклонения каждого значения признака от средней арифметической. Чем больше таких отклонений, тем больше вариабельность признака. Под дисперсией, или вариацией, признака понимают среднее от возведенных в квадрат отклонений каждого из признаков. Возведение в квадрат необходимо для того, чтобы положительные отклонения не компенсировались отрицательными. Возьмем, например, n наблюдений, $x_1, x_2, x_3 \ \ldots x_n$, средняя которых равняется $x = (\Sigma x_i) / n$;

мы вычисляем дисперсию, обычно обозначаемую как s^2 этих наблюдений, следующим образом:

$$s^2 = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}.$$

Число наблюдений $n - 1$ необходимо для более точного вычисления дисперсии. При описании выборочного исследования дисперсию обозначают как s^2, при описании генеральной совокупности как σ^2.

Среднее квадратичное (стандартное) отклонение (σ при изучении генеральной совокупности, s — выборочной).

$$s = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}.$$

Другими словами, это среднее отклонение значений признаков от среднего.

2.8. Проведение выборочного исследования

Исследование, как уже указывалось выше, направленное на изучение всех единиц совокупности, называется **сплошным**, а изучаемая совокупность — **генеральной**. На практике изучить всю гене-

ральную совокупность удается не всегда; это сопряжено с большими сложностями. Обычно приходится исследовать только часть совокупности; другими словами, делается **выборка из общего**. Например, практический врач может анализировать часть населения участка, часть госпитализированных больных и обращений.

При проведении таких выборочных исследований важно доказать, что их результаты применимы для всей совокупности, и указать на степень вероятности такой экстраполяции. Для этого при проведении исследования необходимо правильно ответить на вопросы:

1. Как будет **отбираться** выборка из генеральной совокупности?
2. Как обеспечить **представительность** (репрезентативность) выборки?
3. Как определить необходимый **объем** выборки, т.е. минимально допустимое число пациентов для участия в исследовании?

Формирование выборочной совокупности обеспечивается правилами выборки, репрезентативность обеспечивается специальными расчетами. В большинстве комплексных социально-гигиенических исследований объем выборки составляет 400–800 единиц наблюдения; обычный объем клинико-статистических исследований — 100–200 больных.

Необходимо также учитывать **относительность понятий** «генеральная» и «выборочная» совокупность. Все жители Земли, все дети, все врачи, все женщины — это все генеральные совокупности. Исследователь обычно ограничивает свое исследование временем и пространством. Все женщины конкретной медицинской организации за конкретный период — это генеральная совокупность с позиций данной организации. С позиции отрасли здравоохранения — это выборочная совокупность. Значит, будет данная совокупность генеральной или выборочной зависит, образно говоря, от высоты, с какой на нее посмотреть.

Можно отбирать единицы совокупности различными способами. **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, 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 **пара-копий**, — 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 1, 2 или нескольким признакам используется для углубленного изучения взаимосвязи менее изученных признаков среди определенной категории населения. Разновидностью направленного отбора служит **когортный метод**, который отбирает большую группу пациентов (граждан), являющихся типичными представителями популяции (например, медицинские работники). Такой отбор позволяет в дальнейшем выявить наиболее яркие закономерности в этих группах лиц, например влияние факторов риска на их здоровье.

2.9. Описание выборочной совокупности на основе теоретической модели распределения вероятностей

Полученные в выборочных исследованиях данные и характер их распределения могут только приблизительно охарактеризовать генеральную совокупность. Эмпирические (т.е. полученные опытным путем) данные можно сравнить с **теоретическими моделями распределения вероятностей**, которые описываются математическими методами. Когда полученное в исследовании распределение частоты вариант приближается к определенной теоретической модели (что оценивается специальными методами), можно применить теоретические знания об этой модели к исследуемой статистической совокупности и облегчить ее анализ, в том числе оценить возможность экстраполяции данных на генеральную совокупность.

Теоретические модели распределения вероятностей

Любой варьирующий признак называется в математике **случайной переменной**, а ее конкретные значения называют **вариантами**. Распределение вероятности показывает вероятность всех возмож-

ных значений случайной переменной, или вариант (см. также раздел 2.5). Теоретические модели распределения могут иметь свои закономерности, в зависимости от того, относится случайная переменная к дискретным (целочисленным) или непрерывным данным (т.е. которые могут принимать любые значения). К **дискретным** распределениям относятся, например, биноминальное распределение, распределение Пуассона. При дискретном распределении можно получить вероятность, соответствующую каждому значению случайной переменной. К **непрерывным** распределениям относятся нормальное распределение (Гауссовское) и хи-квадрат (χ^2). При непрерывном распределении можно получить вероятность только для определенных **интервалов** случайной переменной x (потому что существует бесконечное множество значений x).

Каждое теоретическое распределение характеризуется определенными показателями — среднее (μ), дисперсия (σ), а также другими показателями (например, показателями формы распределения и его симметричности). Все эти параметры в совокупности входят в аналитическое выражение, описывающее закон распределения данной переменной. Знание этих показателей позволяет описать статистическую совокупность.

Нормальное Гауссовское распределение. Это наиболее важное распределение в статистике. Большинство количественных признаков в биологии и медицине не имеют нормального распределения. Это необходимо учитывать при выборе статистических методов анализа таких признаков, в частности, отдавая предпочтение так называемым непараметрическим методам анализа. Графически такое распределение может быть описано кривой в форме колокола, симметричной относительно среднего (рис. 2.4). Теорией статистики установлено, что при нормальном распределении вариационного ряда в интервале:

- $\mu \pm \sigma$ находится 68% всех вариант, т.е. 68% всех вариант при нормальном распределении находится в интервале 1 квадратичного отклонения (σ) от среднего M (μ);
- $\mu \pm 1{,}96\ \sigma$ находится 95% всех вариант, т.е. 95% всех вариант при нормальном распределении находится в интервале около 2 квадратичных отклонений (σ) от среднего M (μ);
- $\mu \pm 2{,}58\ \sigma$ находится 99,7% всех вариант. т.е. почти 100% всех вариант при нормальном распределении находится в интер-

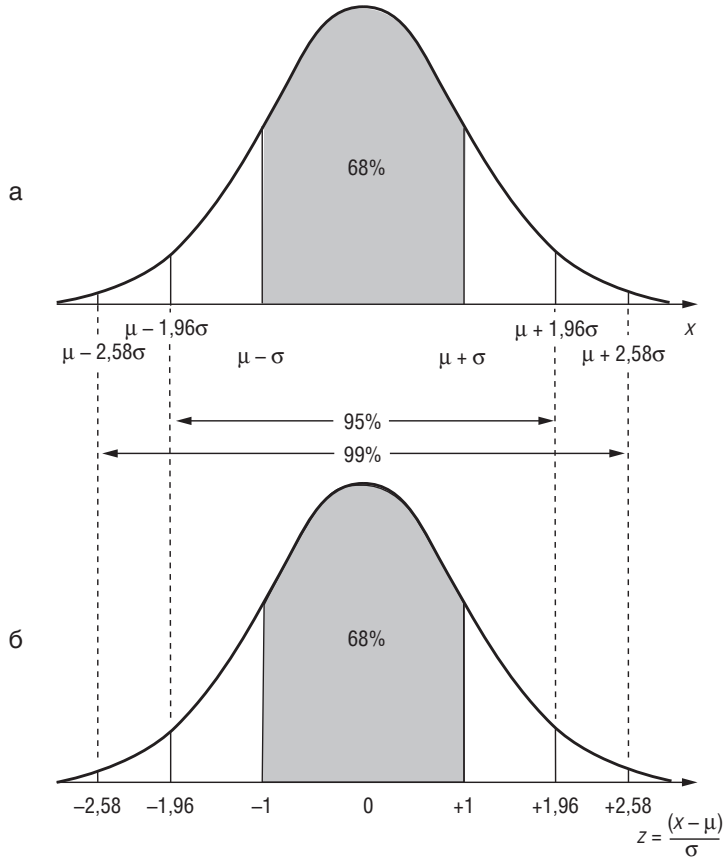

Рис. 2.4. Площади (% общей вероятности) под кривой для (а) нормального распределения x, со средним μ и дисперсией σ_2 и (б) стандартного нормального распределения z

вале около 2,6 квадратичных отклонения (σ) от среднего μ стандартного или нормального распределения — z.

Для качественной оценки того, является ли **выборочное** распределение близким к нормальному, т.е. можно ли применить теоретические знания о нормальном распределении к выборочному, обычно выстраивают гистограмму (заключение о приблизительной «нормальности» распределения делают на основании того,

что оно имеет форму колокола и симметрично). Для надежной количественной проверки соответствия распределения нормальному закону используются специальные статистические критерии (Шапиро–Уилка, Колмогорова–Смирнова и др.). Все эти критерии имеются в большинстве популярных статистических пакетов (в частности, в таких, как STATISTICA и SPSS).

Оценка отклонения выборочных показателей от генеральных

Возможность экстраполяции показателей (среднее и среднее квадратичное отклонение), полученных в выборочном исследовании, на генеральную совокупность оценивают по ряду показателей и методов, которые рассчитывают с использованием теоретических моделей распределения вероятностей. Наиболее важные среди них: стандартная ошибка среднего, доверительный интервал и метод проверки гипотез (при сопоставлении 2 выборок и более).

Статистической ошибкой называют величину отклонения выборочного показателя от его генерального значения. Генеральное среднее можно оценить, делая выборки из генеральной совокупности. Затем можно оценить среднее на основе распределения среднего каждой из этих выборочных совокупностей.

В большинстве случаев у нас только одна выборка. Для измерения стандартной ошибки среднего (СОС или SEM — Standard Error Means) используют формулу: $\mathrm{SEM} = \frac{s}{\sqrt{n}}$.

Большая стандартная ошибка среднего показывает, что оценка генерального среднего не точна. Небольшая ошибка показывает, что оценка среднего в выборке близка к генеральному среднему в популяции.

Для дополнительной оценки надежности выводов о параметрах выборочной совокупности вычисляют **доверительные интервалы (ДИ)**, т.е. определяют интервалы, в которых с той или иной вероятностью находится значение генерального среднего. Вероятность того, что генеральное среднее попадет в этот интервал, называется доверительной (p) вероятностью. В медико-биологических исследованиях считается приемлемым значение $p = 0{,}95$ (или 95%), при этом вероятность выхода истинного значения параметра за пределы границ ДИ, не превышает $1–0{,}95 = 0{,}05$ (5%).

ДИ для генерального среднего при объемах выборки порядка 50–100 наблюдений рассчитывают исходя из того, что распределение средних подчиняется нормальному закону, соответственно границы 95% ДИ могут быть рассчитаны на основе закономерностей нормального распределения: $(\bar{x} - (1{,}96 \times \text{SEM}); \bar{x} + (1{,}96 \times \text{SEM}))$.

Где 1,96 — это 95% квантиль нормального распределения, а SEM (СОС) — стандартная ошибка среднего.

При **малых объемах выборки** (<30–50) вместо квантиля нормального распределения используется квантиль *t*-распределения Стьюдента. В этом случае нижняя и верхняя границы ДИ для генерального среднего имеют следующий вид:

$$(\bar{x} - (t_{0,05} \times \text{SEM}); \bar{x} + (t_{0,05} \times \text{SEM})).$$

Все значения коэффициента *t*, необходимые для расчета ДИ, берут из специальных таблиц; оно зависит от объема выборки n и уровня доверительной вероятности. В статистических пакетах границы ДИ вычисляются автоматически вместе с оценкой среднего и других параметров распределения.

При интерпретации ДИ важно понимать, что широкий интервал говорит о неточности оценки, узкий указывает на точную оценку.

Пример: доверительный интервал для среднего.

Мы заинтересованы в определении среднего возраста женщин при первых родах, у которых наблюдаются беспорядочные кровотечения. На выборке 49 таких женщин:

- средний возраст при рождении ребенка, $\bar{x} = 27{,}01$ года;
- стандартное отклонение, $s = 5{,}1282$ года;
- стандартная ошибка среднего (SEM, СОС) $= 5{,}1282/\sqrt{49} = 0{,}7326$ года.

В этом случае двусторонний доверительный интервал для генерального среднего имеет следующие границы:

$$27{,}01 \pm (2{,}011 \times 0{,}7326) = (25{,}54; 28{,}48) \text{ лет},$$

где 2,011–95% точка (квантиль) *t*-распределения с 48= (49–1) степенями свободы.

Мы на 95% уверены, что истинный средний возраст женщин при первых родах с беспорядочными кровотечениями в популяции колеблется от 25,54 до 28,48 года. Этот интервал довольно узкий, отражает точную оценку. В общей популяции в 1997 г. средний воз-

раст при первых родах был 26,8 года. Так как 26,8 попадает в наш ДИ, это свидетельство того, что женщины с беспорядочными кровотечениями имеют тенденцию рожать в более старшем возрасте, чем другие женщины.

Заметим, что 99% ДИ (25,05; 28,97 года) немного шире, чем 95% ДИ, отражает наше увеличенное доверие, что среднее в популяции расположено в этом интервале.

Проверка статистических гипотез

Для подтверждения значимости различий при сравнении 2 выборок или более используют **метод статистических гипотез**, чтобы определить статистическую значимость предполагаемых различий между статистическими показателями, в частности, средними ($\bar{x}$). Например, мы заинтересованы в сравнении распространенности курения среди мужчин и женщин. Но вполне возможно, что различий нет: это предположение принято называть нулевой гипотезой — H_0. Гипотетически мы предполагаем, что эти показатели различаются — это альтернативная гипотеза H_1. Важно получить надежные подтверждения того, что нулевая гипотеза неверна. Смысл метода в том, что необходимо найти надежные аргументы в пользу того, что разница между сравниваемыми показателями 2 популяций не равна нулю, т.е. что различия между выборочными характеристиками носят неслучайный характер, и эти выборки относятся к совокупностям с разными генеральными параметрами.

Этапы применения метода

- Сформулировать нулевую гипотезу. Например, распространенность курения у мужчин такая же, как и у женщин. Задать критический уровень статистической значимости — p (или пороговой величины вероятности ошибочного отклонения нулевой гипотезы). Чаще всего эту величину принимают равной 5%.
- Отобрать данные из выборок пациентов. Для нашего примера — это данные о распространенности курения у мужчин и у женщин.
- Выбрать тестовый статистический критерий, проверить корректность его использования в конкретных условиях (вид переменных, проверяемые статистические гипотезы и т.д.). Большинство ошибок использования тестовых статистиче-

ских критериев обусловлено игнорированием этого этапа проверки корректности использования данного метода[1]. Статистика критерия (или величина критерия) — это математический показатель, имеющий определенные значения известного распределения вероятности, которые представлены в специальных таблицах (например, *t*-распределение Стьюдента, распределение хи-квадрат (χ^2). Статистика вычисляется по специальной формуле из имеющихся данных по этим выборкам (например, для *t*-распределения Стьюдента — это коэффициент *t*). Упрощенно можно сказать, что статистика количественно определяет отношение разности соответствующих выборочных средних к ошибке такой разности (это верно, например, для критерия Стьюдента). Значение рассчитанной статистики критерия можно сравнить с табличными (если оно больше или равно табличному, то различие статистически значимо). Однако при использовании современных статистических пакетов необходимость обращения к таблицам отпадает, так как в результатах анализа содержится как сама величина этой статистики (критерия), так и достигнутый уровень статистической значимости. Чем больше значение рассчитанной статистики критерия и соответственно меньше достигнутый уровень статистической значимости *p*, тем сильнее аргументы против нулевой гипотезы, т.е. тем менее вероятно, что имеющаяся разница между выборочными показателями случайна. Для нашего случая статистика критерия исследует статистически значимую разницу между показателями распространенности курения в популяции мужчин и популяции женщин.

- Следующим шагом проверки статистической гипотезы является сравнение достигнутого уровня значимости используемого статистического критерия с критической, пороговой величиной уровня значимости (т.е. значимости ошибки суждения), например, равной 5%. Если достигнутый уровень значимости меньше критического, то нулевая гипотеза равенства распространенности курения в популяции мужчин и популяции женщин отвергается. И наоборот, если

[1] См., например: http://www.biometrica.tomsk.ru/error. pdf

достигнутый уровень значимости критерия больше критического, например более 5%, это означает, что надежных аргументов, чтобы отвергнуть гипотезу равенства распространенности курения в популяции мужчин и популяции женщин, у нас нет. Однако не исключено, что в действительности в популяции есть различие в распространенности курения в популяции мужчин и популяции женщин. Но в силу ряда причин мы не смогли получить необходимые аргументы, отвергающие нулевую гипотезу равенства. Например, вследствие недостаточного объема наблюдений (малые объемы выборок). В этом случае имеет место малая мощность используемого статистического критерия либо фактическое различие распространенности курения в популяции мужчин и популяции женщин весьма мало, и для его обнаружения требуются гораздо бóльшие объемы выборок.

- Интерпретировать вероятность (p) нулевой гипотезы. Теоретически мы полагаем, что если полученное достигнутое значение уровня значимости $p < 0{,}05$, то нулевая гипотеза равенства не имеет оснований для принятия. При представлении результата очень важно всегда указывать точное значение p, поскольку это позволяет судить о надежности вывода. Например, нельзя принять нулевую гипотезу только на том основании, что $p = 0{,}06$. Также будет не совсем верно сказать, что нулевая гипотеза отвергнута, если $p = 0{,}04$. Поскольку эти значения уровней значимости близки к критическому уровню, имеет смысл использовать и другие методы проверки гипотез.
- Особое внимание следует обратить на обязательную проверку корректности использования выбранных статистических критериев. Практически все статистические критерии имеют те или иные ограничения для применения. В силу ряда причин традиционно в отечественной медицинской науке доминирует использование t-критерия Стьюдента, разработанного еще в 1908 г. английским ученым В. Госсетом. Данный критерий имеет 2 условия корректного использования:
  1) нормальность распределения количественного признака в обеих сравниваемых группах;

2) равенство генеральных дисперсий количественного признака в 2 сравниваемых группах.

Как видим, для проверки этих 2 ограничений следует использовать уже другие статистические критерии. Нарушение этих ограничений влечет за собой ошибочные выводы, причем чаще о наличии значимых различий 2 сравниваемых генеральных средних, когда в действительности таких различий нет[1].

2.10. Проведение корреляционного анализа

Корреляция — взаимосвязь признаков. Корреляционный анализ измеряет степень связи между 2 варьирующими признаками. В природе и обществе все процессы и явления взаимосвязаны. 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*) 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. Существует большое количество различных коэффициентов корреляции, каждый из которых отвечает той или иной комбинации вида коррелирующих признаков, а также конкретной форме корреляционной зависимости[2].

На рисунке 2.5 представлено 5 диаграмм, показывающих величины *r* в различных ситуациях. Можно представить, что *x* на диаграмме — это рост, *y* — вес. У каждого из пациентов есть и тот, и другой показатель. Если отметить точкой на таком двухмерном графике значение показателя у каждого исследуемого пациента, можно получить график рассеяния точек. По тому, как распределяются эти точки на графике, можно судить о соотношении между этими 2 переменными. Пример значимой корреляционной зависимости между показателями здоровья населения и государственным финансированием здравоохранения представлен на рисунках в разделе 10.1.4.

---

[1] http://www.biometrica.tomsk.ru/student. htm

[2] См., например: Ферстер Э., Ренц Б.. Методы корреляционного и регрессионного анализа. М.: Финансы и статистика, 1983. — 302 с.

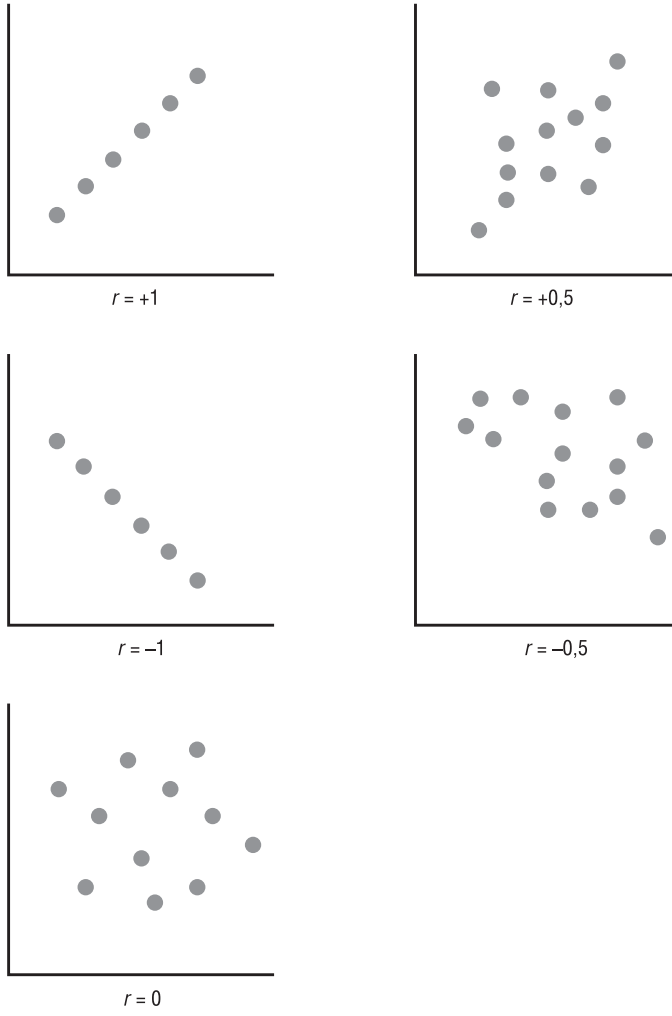

Рис. 2.5. Пять диаграмм, показывающих величины *r* в различных ситуациях

Если при построении корреляционной зависимости соотношение между *x* и *y* приближается к прямой линии, его можно описать уравнением регрессии. Например, если мы полагаем, что *y* зависит от *x*, причем изменения в *x* вызывают изменения в *y*, мы можем определить **линию регрессии**; это будет называться регрессией

y на *x*. Математическое уравнение, которое описывает линию простой линейной регрессии:

$$Y = a + bx,$$

где *x* называется независимой переменной или объясняющей переменной, предиктором. Таким образом, при увеличении *x* на одну единицу, *y* увеличивается на определенную величину *b*, называемую коэффициентом регрессии.

Отметим, что, как и большинство других статистических методов, регрессионный анализ имеет свои собственные ограничения, описанные в специальной литературе[1]. Игнорирование этих ограничений приводит к ошибочным выводам.

2.11. Составление динамических рядов и метод стандартизации

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 (табл. 2.3; 2.4). Моментный динамический ряд состоит из чисел, характеризующих признак на определенные моменты — даты (на конец года, конец месяца, конец 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.

Пример простого динамического ряда (моментного) представлен в табл. 2.3.

---

[1] См., например: http://www.biometrica.tomsk.ru/books. htm

Таблица 2.3. Динамика коечного фонда в РФ с 1991 по 2009 г. (на конец каждого года)

Показатель	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2007 г.	2009 г.
Число коек, всего тыс. коек	1850,5	1671,6	1575,4	1522,1	1398,5

Пример простого динамического ряда (интервального) представлен в табл. 2.4.

Таблица 2.4. Динамика числа родившихся в РФ за 1960–2009 гг.

Показатель	1960 г.	1970 г.	1980 г.	1990 г.	2000 г.	2008 г.
Число родившихся, млн чел.	2,8	1,9	2,2	2,0	1,3	1,7

Динамический ряд, как правило, позволяет проследить основную закономерность явления — его уменьшение или увеличение. Иногда уровни динамического ряда значительно колеблются, и выявить основную закономерность бывает затруднительно. Существуют определенные приемы выравнивания уровней динамического ряда, например укрупнение периода наблюдения, использование метода скользящего среднего и т.д. Если ряд состоит из величин, характеризующих какое-то явление за месяц (например, числа заболеваний по месяцам), можно суммировать числа за 3 мес и дать числа заболеваний поквартально. При этом закономерность может выявиться ярче.

При вычислении групповой средней для каждого укрупненного периода суммируют смежные уровни соседних периодов, а затем полученную сумму делят на число слагаемых (табл. 2.5).

Таблица 2.5. Динамика процента расхождений клинических и патолого-анатомических диагнозов в областной больнице города Н. за 1989–1996 гг.

Показатель	1989 г.	1990 г.	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.
Расхождение 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, представленные в табл. 2.5, имели волнообразные колебания. Выравнивание ряда путем вычисления групповой средней выявило четкую тенденцию к постепенному снижению процента расхождений диагнозов в областной больнице.

Чтобы проанализировать динамический ряд, нужно изобразить его графически и вычислить несколько показателей.

Если из последующего уровня вычесть предыдущий, получится **абсолютный прирост (убыль)**. Если этот полученный абсолютный прирост (убыль) разделить на предыдущий уровень и умножить на 100, получится **темп прироста (убыли) в процентах**. Если абсолютный прирост (убыль) разделить на темп прироста (убыли), получится **абсолютное значение 1% прироста (убыли)**. Если последующий уровень разделить на предыдущий уровень и умножить на 100, получится **темп роста в процентах**.

Для получения более точных данных при сравнении статистических показателей прибегают к методу, исключающему влияния различия признаков на эти показатели. Например, половозрастная структура населения может влиять на показатели смертности: чем выше доля пожилого населения, тем выше смертность. Существуют прямой, косвенный и обратный методы стандартизации. Суть **прямого** метода состоит в том, что за стандарт обычно 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, делают вывод о том, что на уровень реальных показателей влияет разный состав сравниваемых совокупностей по стандартизуемому признаку. Наоборот, если стандартизованные показатели повторяют соотношение реальных, делают вывод о том, что на уровень реальных показателей стандартизуемый признак не влияет.

Косвенный метод стандартизации применяется, когда показатели в сравниваемых группах недостаточно известны. **Обратный метод стандартизации** применяется, если необходимых для сравнения и оценки показателей нет. Их конструируют от «обратных» показателей, например, по данным о смертности и заболеваемости можно косвенно судить о структуре населения. Косвенный и обратный методы менее точны и объективны, чем прямой.

2.12. Ошибки методики, неправильная оценка показателей и логические ошибки

Наиболее частые ошибки на 4-м этапе исследований объединяют в 3 группы: ошибки методики; неправильная оценка показателей; логические ошибки.

К **ошибкам методики** (1-я группа) относят прежде всего арифметические ошибки, мысль о которых должна возникать каждый раз при получении неожиданного результата. Проверка и перепроверка вычислений — непременное условие всякого исследования.

Недостаточное число наблюдений ведет к получению недостоверных результатов. Исследователь должен рассчитывать необходимый объем наблюдений, чтобы застраховать себя от получения недостоверных результатов.

Нередко имеет место неправильное определение единицы наблюдения. В клинико-статистическом исследовании часто это неправильный диагноз.

В социально-гигиенических исследованиях неправильное определение единицы наблюдения 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 столь малочисленным группам, что основная закономерность теряется. В комбинационных таблицах не рекомендуется иметь более 3–4 сказуемых.

Причиной неправильного анализа может быть и некорректный выбор метода обработки данных. Например, не рассчитаны относительные показатели, вывод делается только на основании абсолютных чисел, не составлены динамические ряды и не рассчитаны показатели, характеризующие динамику процессов, не рассчитаны коэффициенты корреляции и т.д.

Неправильности группировки — очень частая ошибка статистического анализа. Прежде всего, это ошибки, имеющие в основе качественную неоднородность групп. Примером неправильного анализа, связанного с недоучетом изменений в классификации, является анализ заболеваемости и травматизма при разработке данных по Международной классификации болезней (МКБ) разных пересмотров: в МКБ-10 (1985) внесены значительные изменения

по сравнению с МКБ-9 (1975), 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.

Довольно частая ошибка статистического анализа — вывод базируется 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 таковыми в группе 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 у больных, леченных новым методом, была более легкая форма заболевания, поскольку новый метод имел противопоказания и из группы были искусственно удалены более тяжелые пациенты.

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.

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 основании простого сравнения цифр, без учета качественной характеристики явления. Этого недостаточно, так как статистический анализ всегда предполагает не только констатацию цифр по различным группам, но и установление взаимосвязи с особенностями влияющих факторов и т.д.: 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 статистически значимую связь между ними, наметить пути воздействия.

2.13. Особенности различных клинико-статистических исследований

Клинические исследования — любая форма запланированного экспериментального исследования, разработанного для того, чтобы оценить результаты нового лечения. 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; и **контрольную**, состоящую из больных, лечившихся известным ранее методом, или получающих плацебо, или если лечение отсутствует;
- регистрационным бланком является специально разработанная **выборочная карта** (из медицинской карты стационарного или амбулаторного больного и т.д.);
- при исследовании лекарственных средств оценивают не только эффект, но его отрицательные воздействия на организм человека;
- при проведении исследования и больной, и врачи могут не знать, кто из пациентов получает лечение, а кто — нет (это двойное «ослепление»); если об этом не знает только врач — это однократное «ослепление»;
- перед каждым клиническим исследованием должен быть составлен протокол, в котором описываются цели, задачи и механизмы реализации исследования и план его проведения.

При проведении как социально-гигиенических, так и клинико-статистических исследований информацию собирают на каждую единицу наблюдения.

В силу того, что именно клинические исследования и испытания имеют максимальную вариабельность условий их проведения и решаемых при этом задач исследования, корректное проведение статистического анализа получаемых при этом результатов наблюдений доступно лишь профессиональным биостатистикам. За рубежом издается большое количество специализированных журналов, посвященных возникающим при этом проблемам биостатистического анализа. Имеются также международные организации клинической биостатистики, например, International Society for Clinical Biostatistics (ISCB).

О важности участия биостатистика в клинических исследованиях говорится в «ПРАВИЛАХ проведения качественных клинических испытаний в Российской Федерации». В этом документе в п. 2.38 записано: «Отчет включает в себя описание клинических и статистических методов, а также представленные в наглядной форме результаты анализа данных исследования». Более подробную информацию о специфике использования статистики в клинических исследованиях можно найти на сайте International Society for Clinical Biostatistics (http://www.iscb.info/).

2.14. Доказательная медицина и систематические обзоры

Доказательная медицина (ДМ; evidence based medicine — EBM) подразумевает объединение лучших доказательств, полученных в исследованиях, с клиническим опытом врача, личными предпочтениями пациента и конкретными обстоятельствами.

Под **лучшими доказательствами**, полученными в исследованиях, мы подразумеваем достоверные и отражающие клинические проблемы исследования. Одним из основных инструментов современной доказательной медицины является биостатистика.

Клиническим опытом мы называем нашу способность использовать клинические навыки и прошлый опыт, что позволяет быстро понять особенности состояния здоровья отдельного пациента, диагноз, его собственные факторы риска и потенциальную пользу вмешательств, его личные обстоятельства и ожидания.

Под **ценностями пациента** мы подразумеваем индивидуальные предпочтения, тревоги и ожидания, с которыми каждый пациент

приходит на консультацию и которые необходимо включать в клинические решения, если они учитывают интересы пациента.

Обстоятельствами пациента мы называем его конкретное клиническое состояние и условия оказания помощи.

Интерес к ДМ рос экспоненциально с момента появления термина в 1992 г. (авторы — группа во главе с Г. Гайатом, университет Мак-Мастера). Быстрое распространение ДМ связано с необходимостью решения серьезных проблем в клинической практике. Среди них:

- Возросла ежедневная потребность клиницистов в достоверной информации о диагнозе, прогнозе, терапии и профилактике.
- Отсутствие этой информации в традиционных источниках, которые устарели (учебники), часто ошибочны (эксперты), неэффективны (дидактическое непрерывное медицинское образование) или чересчур подавляют объемом и слишком неоднородны по достоверности для практического использования в клинике (медицинские журналы).
- Невозможность отвести больше нескольких секунд для того, чтобы разыскать и осмыслить научные доказательства, применимые к конкретному пациенту, или выделить более получаса в неделю для чтения и исследований.

До недавнего времени эти проблемы были неразрешимы для клиницистов, занятых весь день. Однако развитие медицинской эпидемиологии и биостатистики изменили ситуацию к лучшему. Во-первых, появились методы, позволяющие эффективно находить и оценивать доказательства (на достоверность и релевантность), в том числе появились систематические обзоры, описывающие результаты медицинских вмешательств. Во вторых, начался выпуск доказательных журналов, содержащих так называемые «вторичные» публикации (которые оценивают результаты «первичных» публикаций и необходимы для клинической практики), таких, как «Clinical Evidence». В-третьих, появились информационные системы, позволяющие быстро находить, обрабатывать и передавать информацию.

Систематический обзор — это оформленный надлежащим образом документ, объединяющий результаты всех имеющихся (опубликованных и неопубликованных) исследований по дан-

ной проблеме. Это интегральная часть доказательной медицины. Клиницисты, эпидемиологи и методологи образовали Кокрановское сообщество, которое формирует систематические обзоры по строго определенным правилам и публикует систематические обзоры в Кокрановской библиотеке.

Благодаря систематическим обзорам удается:

- уточнить и сократить информацию, которой пользуется врач;
- повысить эффективность расходов на исследования, так как систематический обзор выполнить дешевле, чем новое клиническое исследование;
- выявить недостаток исследований по данной проблеме;
- повысить надежность информации;
- увеличить мощность и точность эффектов (достигается путем проведения метаанализа).

Метаанализ — эта особая форма систематического обзора, которая фокусируется на числовых результатах. Основная его цель — соединить результаты отдельных исследований, чтобы в том числе получить оценку среднего интересующего нас эффекта, что вместе с методами вычисления ДИ и результатов проверки гипотез можно использовать для принятия решений об эффективности лечения.

В зависимости от количества и качества клинических исследований, подтверждающих их эффективность, медицинские вмешательства (методы профилактики, диагностики, лечения) в руководствах для врачей могут быть ранжированы по уровням достоверности. Достоверность условно разделяют на 4 уровня: A, B, C и D (табл. 2.6).

Таблица 2.6. Уровни достоверности медицинских вмешательств

A	Высокая достоверность	Основана на заключениях систематических обзоров. Систематический обзор получают путем системного поиска данных из всех опубликованных клинических испытаний, критической оценки их качества и обобщения результатов методом метаанализа
B	Умеренная достоверность	Основана на результатах по меньшей мере нескольких независимых рандомизированных[1] контролируемых клинических испытаний

Окончание табл. 2.6

C	Ограниченная достоверность	Основана на результатах по меньшей мере одного клинического испытания, не удовлетворяющего критериям качества, например, без рандомизации
D	Неопределенная достоверность	Утверждение основано на мнении экспертов; клинические исследования отсутствуют

[1] Рандомизированное исследование — участников рандомизируют (т.е. отбирают случайным образом) в экспериментальную или контрольную группу.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение медицинской статистики.
2. Почему в статистике необходимы массовые наблюдения, и в чем суть закона больших чисел?
3. Дайте характеристику четырех этапов статистического исследования.
4. Чем отличаются категориальные переменные от числовых? Приведите примеры.
5. Чем отличается простая таблица от групповой?
6. Приведите примеры графических изображений данных.
7. Приведите примеры относительных и абсолютных статистических показателей.
8. Как характеризуются «мера положения признака» и «мера рассеяния признака»?
9. Какие существуют методы отбора единиц совокупности при проведении выборочного исследования?
10. В каком интервале находится 98% вариант от среднего (M) при нормальном распределении?
11. Для чего рассчитывают стандартную ошибку среднего и доверительные интервалы?
12. В каких случаях используют метод проверки статистических гипотез? Перечислите этапы его проведения.
13. Для чего используют метод стандартизации?
14. Дайте определение доказательной медицины и систематического обзора.

ЧАСТЬ II
Общественное здоровье

ГЛАВА 3

Здоровье населения и факторы, его определяющие

3.1. Основные понятия и определения

Болезнь — общее или частичное ограничение жизнедеятельности организма человека, обусловленное срывом адаптогенных механизмов под воздействием эндогенных и экзогенных факторов и характеризующееся стеснением свободы деятельности.

Здоровье — динамичное состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Здоровье населения — медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей.

Здоровый образ жизни — категория понятия «образ жизни», включающая благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, которые позволяют сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

Индивидуальное здоровье — динамическое равновесие функций всех внутренних органов и их адекватное реагирование на влияние окружающей среды.

Общественное здоровье — медико-социальный потенциал развития общества, включающий физическое, репродуктивное, психическое и духовное здоровье, измеряемый показателями состояния здоровья населения.

Профилактика — меры, направленные на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий, в том числе инвалидности, на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях.

Профилактическая программа — систематизированное изложение основных целей, задач, направлений деятельности по профилактике заболеваемости, сохранению и укреплению здоровья.

Фактор риска — потенциально опасное для здоровья явление поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающее вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

3.2. История формирования понятий о здоровье и болезни человека

Философы, натуралисты, врачи древнего мира (Китая, Греции, Индии, Рима, Александрии) считали природу человека подобием космоса: человек-«микрокосмос» в «макрокосмосе» состоит из тех же элементов, что и космос, — воды, воздуха, огня, дерева и других, твердых и жидких тел и элементов. Такие представления о человеке стали основой учений о сущности болезней и здоровья. Например, в первых вариантах гуморальной теории Гиппократа: здоровье — это равновесие, гармония жидкостей организма, дисгармония жидкостей — болезнь.

Однако уже в древности, особенно у некоторых античных мыслителей и врачей, складывались убеждения и о роли поведенческих факторов, влияющих на болезни и здоровье. Эти социальные черты отличали человека от животных, вернее, добавляли новое качество его природе. Уже Аристотель называл человека общественным животным. Концентрация этой «социологизации» происходит у французских философов-просветителей, в том числе у врачей-философов материалистов Ле Руа, Ламеттри, Канабиса. К исследованию природных свойств человека они присовокупляли пользование предметами и орудиями труда и развитие сознания, мышления. Декарт, Гоббс и другие философы и естествоиспытатели особо подчеркивали значение членораздельной речи

и сознания, составляющих сущность человека. Юм, Кант и другие философы говорили о человеке как о разумном существе, производящем орудия. Франклину принадлежит широко известная формула: человек — животное, делающее орудия.

Эти и другие мыслители XVII–XVIII веков, таким образом, признавали роль не только духовного, но и материального, физиологического в единстве с духовным, но они не смогли подняться до полного понимания роли социального — качества, присущего только человеку.

В XIX веке делались даже попытки различать специфику заболеваний в зависимости от характера труда и занятий, социального статуса. Бернардино Рамаццини 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 тяжелейших 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 Федор Федорович Эрисман, Дмитрий Николаевич Жбанков и другие, представили тысячи доказательств неблагоприятного влияния на здоровье рабочих, крестьян, ремесленников условий труда, быта, образа жизни в дореволюционной России.

Николай Гаврилович 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, в соответствии с этой методологией, — не просто биологический или антропологический комплекс, 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» (Маркс К., Энгельс Ф. 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 превалирующее место принадлежит социальному. Однако еще раз повторим: 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; изменяя природу, он активно преобразует и самого себя, свои общественные отношения.

На основе сказанного можно принять определение, сформулированное в БМЭ в статье «Человек» (Ю.П. Лисицын): «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.

Определение понятий «болезнь» и «здоровье» человека

Несмотря на, казалось бы, понятное положение о социальной обусловленности здоровья и болезни, в конкретных определениях этих категорий просматривается самый различный подход.

Общепринятое определение болезни (болезней) представлено в подразделе 3.1.

С этим определением корреспондирует определение не столь распространенное, но также исходящее из идеи изменения адаптации. К нему, например, прибегал известный советский патолог Ипполит Васильевич 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.

Нередки представления о нарушениях гармонии внутренней среды, т.е. нарушения устойчивого равновесия — гомеостаза, 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 (см. также раздел 1.4).

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.

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.

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 в 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 потребностям воздействие организма 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.

Исходя из определения болезни следует, что здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта. Так, ВОЗ определяет здоровье с широких медико-социальных позиций: «здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

3.3. Индивидуальное 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, то говорим о **групповом здоровье**; если речь идет о населении, проживающем на определенных территориях (в городах, на селе), или обо всем населении, используется понятие **здоровье популяции**.

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, проще говоря — **здоровья населения**.

Предложено много показателей для оценки здоровья населения. В последние годы стали широко применяться сложные, сочетанные математические и математико-логические комплексные показатели (см. раздел 6.4). Такие показатели позволяют более полно подходить к оценке здоровья населения. Принято пользоваться следующей схемой медико-демографических показателей и показателей здоровья населения.

Показатели состояния здоровья населения[1]

1. *Демографические показатели*

- Численность населения.
- Структура населения: по полу и возрасту, по месту проживания (сельское, городское) и др.

[1] Определение показателей более подробно представлено в разделе 4.3.

- Воспроизводство населения: родившиеся, умершие, естественный прирост населения, суммарный коэффициент рождаемости.
- Ожидаемая продолжительность жизни при рождении.
- Браки и разводы.
- Смертность населения: общий коэффициент смертности, смертность по классам причин смерти, смертность в трудоспособном возрасте, младенческая смертность, средний возраст смерти по основным классам причин смерти.
- Миграция: иммиграция, эмиграция.

2. *Собственно показатели здоровья населения*

- Заболеваемость населения: первичная и общая, общая накопленная, заболеваемость по классам болезней, заболеваемость среди различных половозрастных групп (женщины, дети, подростки и др.).
- Инвалидность населения: общая численность инвалидов, численность лиц впервые признанными инвалидами, численность лиц инвалидов в трудоспособном возрасте, инвалидность вследствие отдельных заболеваний и их групп и др.
- Профессиональная заболеваемость и травматизм на производстве.

3. *Показатели физического развития и образа жизни населения*

- Антропометрические показатели.
- Соматоскопические показатели.
- Функциональные показатели.
- Распространенность табакокурения.
- Распространенность алкоголизма.
- Распространенность ожирения и малоподвижного образа жизни среди населения.

Общественное здоровье — следующий уровень здоровья, одна из важнейших характеристик общества как социального организма, без которого не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей в обществе.

Пока общепризнанные показатели и критерии общественного здоровья четко не разработаны. Эксперты ВОЗ пытались конкретизировать это понятие, рассмотрев сотни критериев и показателей и остановившись на следующей группе: удельный вес затрат

на здравоохранение по отношению к валовому национальному продукту, доступность первичной медико-санитарной помощи (ПМСП); численность населения, пользующегося безопасным в гигиеническом смысле водоснабжением; процент вакцинированных при профилактике инфекционных болезней; состояние питания детей; процент родившихся с низкой массой тела (менее 2500 г); детская смертность и средняя продолжительность предстоящей жизни и др. Более подробно эти показатели рассматриваются в главах 4–6.

Дополнительными критериями для определения общественного здоровья представляются понятия «образ жизни», «здоровый образ жизни», соответственно их показателями могут быть: «потенциал общественного здоровья» (ПОЗ), «индекс общественного здоровья» (ИОЗ), «индекс здорового образа жизни» (ИЗОЖ).

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. ПОЗ можно рассчитать по численности населения в группах здоровья. Например, в 1-й группе (здоровые) таких потерь за год нет, условно считается, что в них ПОЗ равен 100%; во 2-й группе (практически здоровые, но с факторами риска для здоровья) потеря здоровья оценивается в 5–10%; в 3-й группе (больные) — потери составляют 10–20%. Таким образом, в популяции потери здоровья достигают 30% и более, а ПОЗ равен примерно 70%.

Общественное здоровье определяется государственной политикой в области охраны и улучшения здоровья народа, в том числе деятельностью системы здравоохранения.

Прежде чем говорить о факторах, которые определяют здоровье, целесообразно остановиться на так называемом **третьем состоянии** — между здоровьем и болезнью, о котором писал еще Клавдий 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 регистри-

руется, но важно знать о доле «третьего состояния» в общественном здоровье. Легче и экономически эффективнее не допускать возникновения и развития заболевания, нежели преодолевать уже развившуюся болезнь.

Различия в понимании «третьего состояния» здоровья сказываются на численности этой группы, которая в среднем колеблется от 20 до 30% численности всего населения. Некоторые современные авторы полагают, что «третье состояние» охватывает не менее половины населения.

3.4. Факторы, определяющие здоровье населения

Основные факторы, оказывающие влияние на здоровье населения, приведены на рис. 3.1. Среди них: образ жизни, экологическая и социально-экономическая обстановка, биологические факторы (наследственность), а также политика в области охраны здоровья населения. Определить долю влияния каждого из этих факторов сложно, так как все они взаимосвязаны и во многом модифицируются политикой в области охраны здоровья населения.

Для реализации программ в области охраны здоровья создаются органы управления здравоохранением (министерства). Согласно определению охраны здоровья населения, данному в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан (см. подраздел 1.1) и в соответствии с рекомендациями ВОЗ, **целью министерств здравоохранения является улучшение здоровья населения**, а их деятельность охватывает не только оказание медицинской помощи заболевшим, но и включает реализацию программ общественного здоровья[1] по профилактике заболеваний, а также координацию межведомственных программ по повышению приверженности населения здоровому образу жизни. Такая широкая трактовка ответственности министерств здравоохранения определяет и более высокую степень влияния их деятельности на состояние здоровья населения.

---

[1] В развитых странах в названии службы общественного здоровья (*public health*) термин «общественное» означает, что ее деятельность направлена на общество в целом, а не на отдельных его членов. В РФ эта деятельность реализуется санитарно-эпидемиологической службой Роспотребнадзора, федеральными и региональными органами управления здравоохранением.

Рис. 3.1. Факторы и условия, определяющие здоровье населения

Расчеты по данным о заболеваемости населения показывают (Ю.П. Лисицын), что 1-е место среди факторов, определяющих здоровье, занимает образ жизни. Доля факторов риска здоровью (см. раздел 3.5), связанных с образом жизни, составляет 50–55%. Примерно по 15–20% занимают наследственные факторы и загрязнение окружающей среды и 10–15% приходится на работу органов и учреждений (служб) здравоохранения (табл. 3.1). Однако если учитывать комплексное воздействие на здоровье населения санитарно-эпидемиологических мероприятий, медико-санитарного просвещения населения, профилактических иммунизаций и лечение тяжелых заболеваний антибиотиками, то влияние системы здравоохранения значительно больше 10–15%. О влиянии в 10–15% можно говорить, имея в виду только медицинскую помощь заболевшим, и при достаточно хорошо

Таблица 3.1. Группировка факторов, определяющих заболеваемость

Категории факторов	Примеры факторов	Доля, %
Образ жизни	Курение 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	50–55
Внешняя среда	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
Генетические факторы	Предрасположенность к наследственным болезням Наследственная предрасположенность к тем или иным заболеваниям	15–20
Здравоохранение	Неэффективность профилактических мероприятий Низкое качество и несвоевременность медицинской помощи	10–15

финансируемых системах здравоохранения, чего нельзя, к сожалению, сказать сегодня о системе здравоохранения РФ (см. раздел 10.1).

Определенно можно только сказать, что воздействие образа жизни на здоровье в 2–2,5 раза выше, чем других факторов. Так, по данным ВОЗ, более 80% случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета типа 2, а также около 40% случаев злокачественных новообразований можно предотвратить путем модификации образа жизни населения и снижения влияния факторов риска.

3.5. Факторы риска развития заболеваний

Анализ эпидемиологических данных позволяет выявить влияние различных причин на показатели смертности и заболеваемости населения, а также определить признаки, способствующие развитию заболевания — факторы риска. Наличие фактора риска свидетельствует о повышенной вероятности развития того или иного неблагоприятного события, а его величина — об уровне этой вероятности. Наличие того или иного фактора риска у конкретного человека может и не привести к развитию у него данного заболевания (или к смерти), но по величине фактора риска можно определить влияние, которое он оказывает на состояние здоровья населения страны (региона) в целом.

Предлагают различные классификации факторов риска. Одна из общепринятых классификаций — **выделение главных, или больших, факторов риска**. Например, факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний являются курение, гиподинамия, избыточная масса тела, несбалансированное питание, артериальная гипертензия, психоэмоциональные стрессы, алкоголь.

По происхождению факторы риска бывают **первичными и вторичными** (могут быть также третичными и т.д.). Так, неблагоприятные воздействия образа жизни (курение, гиподинамия и избыточная масса тела, несбалансированное питание, 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:

— курение;
— злоупотребление алкоголем;
— нерациональное питание;
— гиподинамия;
— психоэмоциональный стресс.

Вторичные большие факторы риска:

— сахарный диабет;
— артериальная гипертензия;
— липидемия, холестеринемия;
— ревматизм;
— аллергия;
— иммунодефициты и др.

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

Группы риска для здоровья (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, 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 и 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.).

Число факторов риска огромно и с каждым годом возрастает. Так, генетических факторов (предрасполагающих к заболеваниям) в 1960-х годах было идентифицировано не более 1000, а сегодня — 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.

3.6. Образ и условия жизни населения РФ

Определения

Фундаментальными понятиями являются «образ жизни» (**как**, **каким образом** человек думает, ведет себя, действует) и «условия жизни») **что или кто** человека окружает, в каких условиях (демографических, материальных, природных, социально-экономических, политических, здравоохраненческих и др.) он живет, работает, действует, т.е. формируется его образ жизни).

Следовательно, **образ жизни** — определенный, исторически обусловленный тип деятельности человека в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизни. А **условия жизни** — опосредованные и обусловливающие образ жизни факторы, определяющие его или сопутствующие ему.

Деятельность человека может происходить в производственной, общественно-политической или социальной сферах, в быту, в связи с получением медицинской помощи (медицинская активность) и др. По характеру деятельности она может быть физической или интеллектуальной.

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

Уровень жизни характеризует в первую очередь денежные доходы населения, структуру его потребительских расходов, показатели социального обеспечения и жилищные условия населения. Например, для этого используются показатели: среднедушевые денежные доходы населения в месяц (в рублях), среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работника в месяц (в рублях), величина прожиточного минимума в среднем на душу населения

в месяц (в рублях), численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума (в процентах от общей численности населения) и т.д.

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

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

С 50–60-х годов прошлого века применяется понятие **«качество жизни»**. Однако в публикациях философов и социологов обычно не дается четкого его определения; наряду с попытками характеризовать качество отдельных сторон жизни, сюда включают также показатели уровня жизни, уклада, стиля жизни и т.п. Естественно, такие определения не точны, и если использовать этот термин, то лишь как характеристику, оценку качественной стороны условий жизни.

Факторы риска у населения РФ

В таблице 3.2 приведены данные ВОЗ о частоте 10 главных факторов риска в структуре показателей общей смертности (2 млн 406 тыс. умерших) и количестве лет жизни с утратой трудоспособности (39,410 млн лет) в России в 2002 г.

Таблица 3.2. Доля 10 главных факторов риска в общей смертности и количестве лет жизни с утратой трудоспособности в России в 2002 г.[1]

Место	Фактор риска	Всего смертей, %	Место	Фактор риска	Количество лет жизни с утратой трудоспособности, %
1-е	Высокое артериальное давление	35,5	1-е	Алкоголь	16,5

[1] Сумма всех факторов риска может превысить 100% в связи с двойным учетом отдельных факторов риска (оценить вклад каждого из факторов сложно из-за их взаимозависимости).

Окончание табл. 3.2

Место	Фактор риска	Всего смертей, %	Место	Фактор риска	Количество лет жизни с утратой трудоспособности, %
2-е	Высокое содержание холестерина	23,0	2-е	Высокое артериальное давление	16,3
3-е	Курение	17,1	3-е	Курение	13,4
4-е	Редкое употребление фруктов и овощей	12,9	4-е	Высокое содержание холестерина	12,3
5-е	Высокий индекс массы тела	12,5	5-е	Высокий индекс массы тела	8,5
6-е	Алкоголь	11,9	6-е	Редкое употребление фруктов и овощей	7,0
7-е	Малоподвижный образ жизни	9,0	7-е	Малоподвижный образ жизни	7,0
8-е	Загрязнение воздуха в городах	1,2	8-е	Наркотики	2,2
9-е	Свинец	1,2	9-е	Свинец	1,1
10-е	Наркотики	0,9	10-е	Небезопасный секс	1,0

Четыре фактора риска (высокие артериальное давление, уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя) суммарно составляют 87,5% в общей смертности в стране и 58,5% — в количестве лет жизни с утратой трудоспособности. При этом на 1-м месте по влиянию на количество лет жизни с утратой трудоспособности стоит злоупотребление алкоголем (16,5%). Согласно экспертным оценкам, за последние 6 лет относительные показатели изменились мало.

Злоупотребление алкоголем — важнейшая проблема общественного здоровья в России. По данным Роспотребнадзора, с 1990 по 2006 г. потребление алкоголя на душу населения в РФ выросло не менее чем в 2,5 раза. В основном это произошло за счет увеличения потребления пива (в структуре продажи алкогольных напитков доля пива возросла с 59% в 1990 г. до 76% в 2006 г.). Ежедневно в РФ пьют алкогольные напитки (включая пиво) 33% юношей и 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин.

По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, в 2002 г. потребление алкоголя в стране составило у мужчин, женщин и подростков соответственно 14,5; 2,4 и 1,1 л в год в пересчете на чистый спирт, или в среднем около 11–13 л в год на душу взрослого населения (по данным Роспотребнадзора — 18 л). В большинстве стран ОЭСР[1] и в США уровень употребления алкоголя меньше (рис. 3.2), однако хотя он тоже высокий, но это не сопровождается аномально высокой смертностью. Причины в том, что разные виды алкогольной продукции оказывают различное влияние на здоровье, при этом важным фактором риска является крепость наиболее популярного в стране напитка. Потребление крепких алкогольных напитков в абсолютных цифрах в РФ с 1990 г. не уменьшилось, хотя в структуре потребления их доля сократилась до 15% из-за резкого увеличения потребления пива. В большинстве стран ЕС главными алкогольными напитками являются вино и пиво. Именно это различие наряду с массовым распространением курения считается главной причиной высокой смертности мужчин трудоспособного возраста в России.

Табакокурение. В России потребление табака с 1985 по 2006 г. увеличилось на 87%, в основном за счет женщин и подростков. В РФ сегодня курят 43,9 млн человек (почти 40% всего взрослого населения). Доля курящих среди взрослого населения в России — одна из самых высоких в мире и в 2 раза больше, чем в США и странах Евросоюза (рис. 3.3).

Ежегодно количество курящих в России увеличивается на 1,5–2%, включая женщин и подростков, в том числе девочек. Темп

---

[1] ОЭСР — организация стран экономического сотрудничества и развития; объединяет 30 стран, в том числе ряд стран ЕС, США, Канаду, Японию, Корею, Австралию, Мексику и Нидерланды.

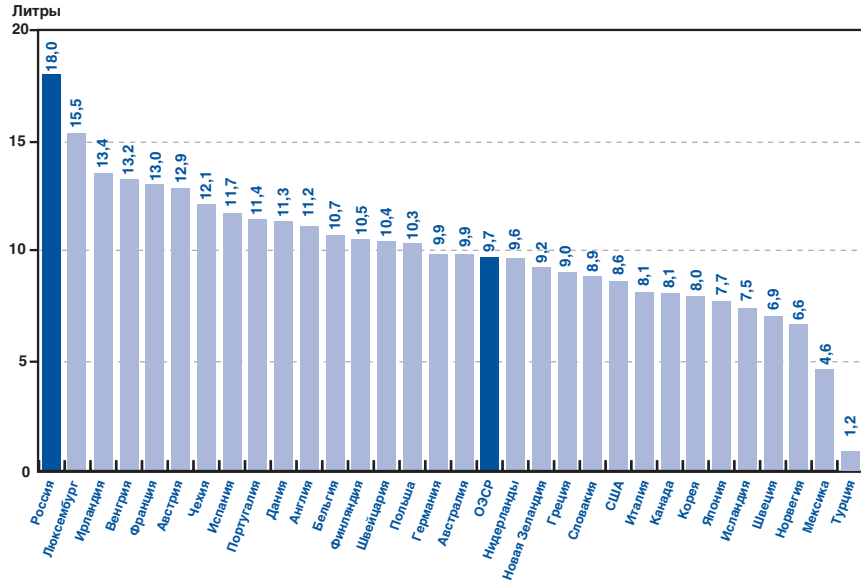

Рис. 3.2. Потребление алкоголя в разных странах лицами старше 15 лет на душу населения (в пересчете на чистый спирт)

роста курящих в России — один из самых высоких в мире, при этом в последние 3 года количество выкуриваемых сигарет в стране увеличивается на 2–5% в год. Правда, по данным КОМКОН[1] (2008), за последние 3 года число курящей молодежи в возрасте 16–17 лет несколько уменьшилось: с 20% в 2004 г. до 13% — в 2008 г.

Курение вызывает рост болезней системы кровообращения, приводит к хроническим заболеваниям легких и многим онкологическим болезням.

По оценкам Центра профилактической медицины Минздравсоцразвития России, 220 тыс. человек в год в стране умирают от болезней, связанных с табакокурением, при этом 40% смертности мужчин от болезней системы кровообращения связано с курением. Отмечается, что более высокая смертность курящих мужчин приводит к снижению в 1,5 раза их доли среди мужчин в возрасте старше 55 лет.

[1] «КОМКОН» — исследовательская компания.

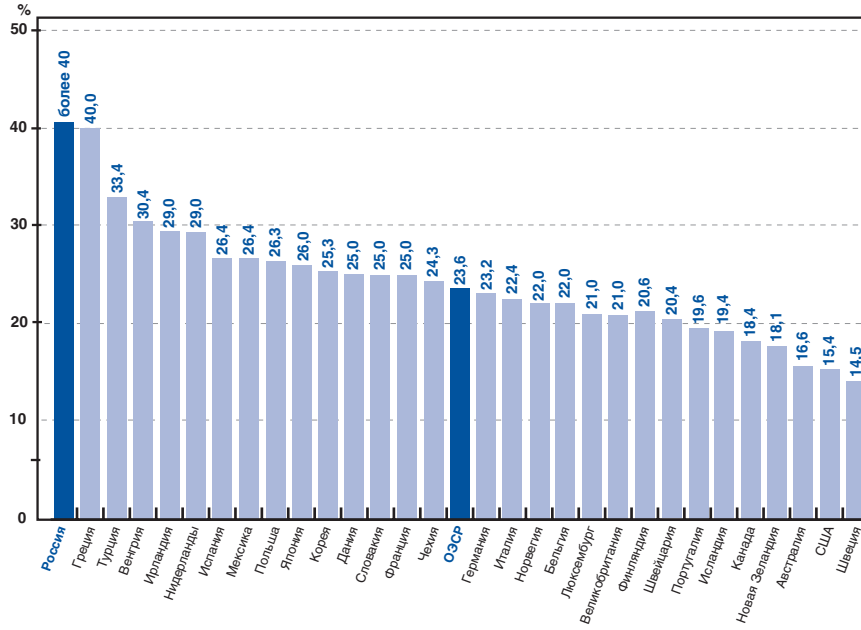

Рис. 3.3. Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет в разных странах

Курение является предотвратимой причиной заболеваний и смертей в России. Очень важно, что Россия в 2008 г. наконец ратифицировала Рамочную конвенцию по борьбе с курением, которую сегодня из 192 стран-членов ООН подписали уже 172. Однако многие эксперты отмечают, что принятые нашей страной в 2009 г. антитабачные законодательные меры не соответствуют международным нормам.

Во многих странах мира (США, странах ЕС и др.) действуют национальные программы по борьбе с курением. Их реализация позволила в 1,5–2 раза снизить распространенность курения и связанную с ним смертность.

Употребление наркотиков. С 1995 г. число лиц, зарегистрированных в медицинских и профилактических организациях с диагнозом наркотической зависимости, увеличилось в 5 раз и составило в 2009 г. 530 тыс. человек. С учетом числа зарегистрированных в учетных списках различных общественных организаций (340 тыс. человек) общее число употребляющих наркотики составля-

ет около 1,5 млн человек. Ежегодно регистрируют около 30 тыс. впервые выявленных случаев заболевания наркоманией и токсикоманией, из них около 700 случаев — среди детей и подростков. Однако экспертные оценки показывают, что реальное число лиц с наркотической зависимостью в России превышает официальные данные в 5–8 раз. Среди употребляющих наркотики внутривенно риск смерти в 20 раз выше, чем в популяции; именно с такой наркотической зависимостью связан рост подростковой смертности в России.

Высокое артериальное давление (артериальная гипертензия) — основная причина смертности и 2-я по важности причина заболеваемости (по количеству лет жизни с утратой трудоспособности) в России. У пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией в 3–4 раза выше риск развития инсульта и инфаркта миокарда, чем при нормальном артериальном давлении. В России около 34–46% мужчин и 32–46% женщин (в зависимости от региона) страдают от артериальной гипертензии, однако реальная ее распространенность может быть выше.

Ситуация усугубляется тем, что из этой когорты населения около 60% мужчин и 40% женщин не знают о том, что у них повышенное артериальное давление. Это происходит в том случае, если гражданин чувствует себя хорошо и (или) занимается самолечением без контроля со стороны врача.

Высокий уровень холестерина. Приблизительно у 60% взрослых россиян уровень холестерина превышает рекомендуемый, при этом примерно у 20% он настолько высок, что требует медицинского вмешательства. Снижение в популяции уровня холестерина в крови всего на 1% ведет к снижению риска развития ИБС на 2,5%.

Неправильное питание и малоподвижный образ жизни. В принятых Генеральной Ассамблеей ВОЗ документах указано, что около 1/3 всех болезней системы кровообращения обусловлено неправильным питанием. Показано, что при уменьшении употребления в пищу овощей и фруктов может на 28% увеличиваться смертность от болезней системы кровообращения. Несмотря на то что в РФ с 1995 по 2007 г. потребление овощей и фруктов на душу населения возросло на 27%, оно по-прежнему существенно ниже, чем, например, в Италии и во Франции (имеющих низкие показатели смертности от болезней системы кровообращения).

Улучшение питания может также способствовать снижению смертности от онкологических заболеваний на 30–40%. В питании населения страны существует нехватка некоторых микроэлементов и незаменимых кислот (йод, железо и др.); их дефицит может быть легко компенсирован обогащением этими элементами пищевых продуктов. К сожалению, таких программ в стране нет.

Малоподвижный образ жизни усугубляет данную проблему. Известно, что умеренные, но регулярные физические упражнения улучшают физическое и психическое состояние, снижают вероятность развития болезней системы кровообращения, рака толстой кишки, сахарного диабета и высокого артериального давления. Исследования[1], проведенные в 2002 г., свидетельствуют о низком уровне физической активности у 73–81% мужчин и 73–86% женщин в России.

Ожирение и избыточная масса тела. Взрослые с избыточной массой тела или ожирением подвержены повышенному риску преждевременной смерти и утраты трудоспособности. Продолжительность жизни у лиц с выраженным ожирением сокращается на 5–20 лет. Всего с диагнозом «ожирение» в России зарегистрированы 1,06 млн человек, или 0,7% населения, но реальные показатели распространенности ожирения и избыточной массы тела выше. Так, по данным НИИ питания РАМН (2009), количество жителей в возрасте 25–64 лет с избыточной массой тела составляет в зависимости от региона от 47 до 54% среди мужчин и от 42 до 60% среди женщин; причем 15–20% из них — с ожирением.

Сахарный диабет. Осложнения диабета включают слепоту, почечную недостаточность, сердечно-сосудистые и неврологические расстройства. Распространенность сахарного диабета в России соответствует среднемировой и составляет 2,5%; это заболевание часто обнаруживают только при обследовании в связи с сопутствующими заболеваниями. ВОЗ считает, что Россия входит в число 10 стран с наибольшим количеством больных сахарным диабетом.

Социальные факторы риска

Социально-гигиенические и особенно комплексные исследования, включающие и наблюдения за больными (клинико-соци-

[1] Россия: рано умирать: доклад Всемирного банка. — Декабрь, 2005.

альные исследования), позволили установить 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. Например, 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 в первые 3 года жизни в 1,5–2 раза больше, чем в полных. Заболеваемость пневмонией у детей в неполных семьях в 4 раза выше, чем в полных.

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 в физическом и интеллектуальном развитии, отрицательно влияет на другие показатели здоровья. Так, нарушение режима сна, питания, прогулок уже в первые годы жизни детей резко сказывается на их здоровье. У каждого 3-го ребенка, не соблюдающего режим дня, отмечаются неудовлетворительные показатели здоровья — частые острые и хронические заболевания, низкие показатели физического развития и др.

Государственные межведомственные программы по охране здоровья

При обсуждении факторов, влияющих на здоровье, важно понимать роль государственных программ, направленных на поддержание здоровья и профилактику заболеваний. До середины XX века роль служб «общественного здоровья», или охраны здо-

ровья, в основном сводилась к контролю эпидемической обстановки и борьбе с инфекционными заболеваниями. Сегодня, когда в большинстве развитых стран доля неинфекционных заболеваний составляет в заболеваемости и смертности населения более 80%, акцент в работе этих служб также сделан на снижение влияния основных факторов риска, приводящих к этим заболеваниям.

В нашей стране со времен антиалкогольной кампании (1984–1987) никаких существенных действий в этом направлении не предпринималось. Сама антиалкогольная кампания (несмотря на ее некоторые организационные недостатки) оказалась эффективной. По данным исследователей, реальное потребление алкоголя сократилось почти на 27%, что за 3 года привело к увеличению продолжительности жизни мужчин на 3,2 года и женщин — на 1,3 года. Кроме того, существенно (на 56%) снизилась смертность от отравлений алкоголем. Смертность мужчин от несчастных случаев и насилия сократилась на 36%, от пневмонии — на 40%, от инфекционных заболеваний — на 20%, от болезней системы кровообращения — на 9%; число алкогольных психозов уменьшилось в 3,6 раза.

Именно поэтому очень важно, что в ноябре 2008 г. Президент РФ Д.А. Медведев объявил о необходимости начала антиалкогольной кампании, и что в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г.» наконец было признано необходимым усиление мер по охране здоровья населения, а в бюджете Минздравсоцразвития России на 2009–2012 гг. было заложено 3,8 млрд руб. на формирование у граждан РФ здорового образа жизни.

Благосостояние государства

Следующим фактором, влияющим на здоровье, является экономическое благосостояние государства. Резкое ухудшение вследствие смены экономического строя социально-экономических условий в стране оказало отрицательное влияние на здоровье населения. В период с 1990 по 1995 г. ВВП страны и доходы населения резко упали и большинство граждан РФ с трудом приспосабливались к новым рыночным условиям жизни. С 1995 г. экономическая ситуация в нашей стране постепенно начала улучшаться, а с 1999 г. наблюдался устойчивый рост экономики. При этом расходы на здравоохранение в сопоставимых ценах падали с 1990 г. вплоть

до 1999 г. и достигли уровня 1990 г. только в 2006 г. (данные Всемирного банка, 2008).

На рисунке 3.4 представлена динамика прироста ВВП и государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах. С 1998 по 2007 г. среднегодовой прирост ВВП (по сравнению с 1995 г.) составлял 7% (в сопоставимых ценах по отношению к предыдущему году). А ежегодный темп роста расходов на здравоохранение с 1998 по 2005 г. в среднем отставал от темпов роста ВВП почти в 2 раза.

В этот период определенное улучшение экономических условий в стране не трансформировалось в заметный рост государственного финансирования здравоохранения. И только с началом реализации Программы дополнительного лекарственного обеспечения льготных групп населения (ДЛО) в 2005 г. и приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006 г. темп роста расходов на здравоохранение начал существенно опережать темп роста ВВП.

При обсуждении вопроса о благосостоянии государства следует отметить, что в РФ сложилась крайне высокая степень неравен-

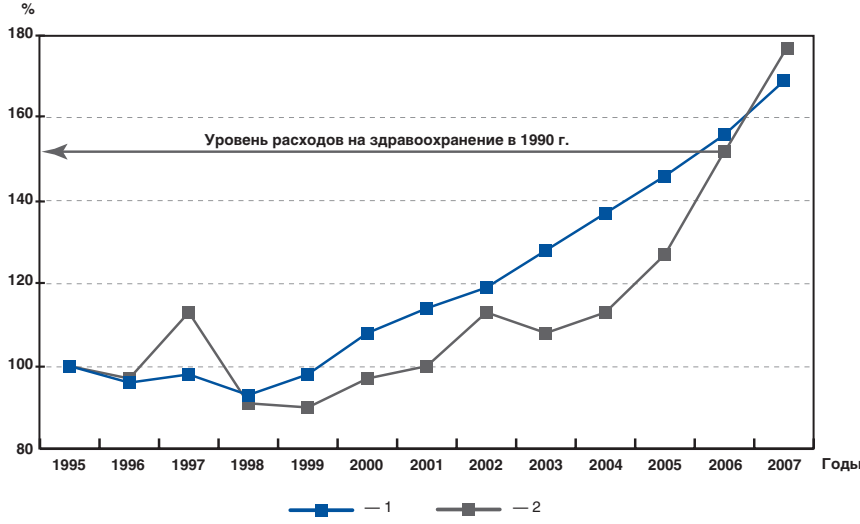

Рис. 3.4. Изменение ВВП и государственных расходов на здравоохранение РФ в постоянных ценах (1995 г. принят за 100%): 1 — темп изменения ВВП; 2 — темп изменения расходов на здравоохранение

ства в распределении национального дохода между различными группами населения. Существующая плоская шкала налогообложения не позволяет сформировать достаточные объемы средств в бюджете РФ, в том числе и солидарных средств на систему здравоохранения (более подробно см. раздел 10.1).

Экологические факторы и условия труда на производстве

В России в связи с уменьшением промышленного производства основные экологические показатели (загрязнение промышленными отходами атмосферы, водоемов, санитарное состояние питьевой воды) с 1990 по 2007 г. несколько улучшились. Вместе с тем значительная часть населения целого ряда промышленных городов страны по-прежнему проживает в неблагоприятных экологических условиях. В 2007 г. Росгидромет определил перечень из 90 городов с наиболее неблагоприятной экологической обстановкой, что связано с выбросом в атмосферу более 1 тыс. тонн загрязняющих веществ от промышленных предприятий. В этом перечне можно выделить 12 самых «грязных» городов России по уровню выбросов промышленными предприятиями в атмосферу загрязняющих веществ (более 100 тыс. тонн), отходящих от промышленных предприятий. **В первую очередь г. Норильск (206 тыс. чел.) — 1991 тыс. тонн**, затем в порядке уменьшения: Новокузнецк (562 тыс. чел.) — 397 тыс. тонн, Череповец (308 тыс. чел.) — 351 тыс. тонн, Липецк (502 тыс. чел.) — 335 тыс. тонн и др. Для сравнения: в таких мегаполисах, как Москва (10 млн 470 тыс. чел.) и Санкт-Петербург (4 млн 568 тыс. чел.), уровень выбросов составлял соответственно 79 и 46 тыс. тонн. По загрязнению почвы химическими веществами (зарин, диоксины и др.) самый загрязненный город мира — Дзержинск в Нижегородской области.

Еще один фактор, повлиявший на ухудшение здоровья трудоспособного населения, — это занятость на производствах с условиями труда, не отвечающими гигиеническим нормам. По данным Росстата, с 1990 по 2007 г. доля таких работников возросла в 1,3–2 раза в промышленном производстве (в зависимости от вида производства) и в 3,8 раза — в транспорте. В 2007 г. каждый 3-й рабочий в добывающей отрасли промышленности и транспорте и каждый 4-й, работающий в энергопроизводстве и обрабатывающей промышленности, трудились в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам.

По данным Роспотребнадзора, в 2008 г. условия труда на 77% предприятий России были отнесены к опасным и неблагоприятным для здоровья работающих. Наиболее высокая численность работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, наблюдалась в Кемеровской (51,1%), Архангельской (42%), Магаданской (41,4%), Мурманской (40,15) областях и Еврейской автономной области (41,1%).

Анализ, проведенный Институтом медицины труда (2002), показал, что это обусловлено несовершенством технологических процессов, износом основных фондов и крайне невнимательным отношением к охране труда со стороны работодателей. На производствах практически свернуты программы по охране и улучшению условий труда, формированию здорового образа жизни; закрылись медико-санитарные подразделения и отделы охраны труда на промышленных предприятиях с вредными условиями труда; снизилась обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты.

Все это вкупе с недостаточной эффективностью лечения профессиональных заболеваний и свертыванием мощностей производственной медицины приводит к повышению профессиональной заболеваемости и травматизма, в том числе и к росту числа запущенных случаев профессиональной патологии. Так, анализ причин заболеваемости в РФ показывает, что до 40% заболеваний трудоспособного населения прямо или косвенно связаны с неудовлетворительными условиями труда (см. также раздел 11.10).

Медицинская активность населения

Здоровье определяется и самостоятельной медицинской активностью населения: наличием санитарной (медицинской) грамотности, гигиенических и антигигиенических привычек, обращаемостью в медицинские учреждения за советами, в том числе профилактическими, выполнением медицинских рекомендаций.

Эти и другие проявления медицинской активности во многом зависят от общего уровня культуры, образования, психологической установки, условий жизни, состояния здравоохранения и др. Можно привести ряд демонстрирующих 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. При 6 визитах 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.

Оценивая влияние факторов риска на здоровье населения РФ, можно заключить, что воздействие оказывают: нездоровый образ жизни, а именно высокая распространенность алкоголизма, табакокурения и наркомании среди населения страны; плохие условия труда на производстве; отсутствие государственной политики, направленной на улучшение здоровья населения, а также недостаточные расходы на здравоохранение.

3.7. Современные подходы в профилактике болезней

Формирование здорового образа жизни

Значение здорового образа жизни и его формирования подчеркивает 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...».

Здоровый образ жизни можно определить как жизнедеятельность человека, соответствующую медико-гигиеническим нормам, т.е. способностям 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 ряд мер: «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 повышенного 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, то перечисленное можно определить как медицинскую программу формирования здорового образа жизни.

Даже ограниченные меры по преодолению некоторых факторов риска (или отрицательных сторон образа жизни) дают впечатляющий результат.

Доказательством эффективности профилактических программ могут служить следующие факты. В 60-х годах XX века показатели смертности и ожидаемой продолжительности жизни населения стран ОЭСР существенно не отличались от таковых для населения России. С середины 70-х годов в США, Канаде, Великобритании, Австралии началось снижение распространенности факторов риска (курения, повышенного артериального давления, малоподвижного образа жизни и др.) с последующим снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди населения этих стран. Связано это было с реализацией государственных программ по профилактике. Затем в 80-х годах появились такие же тенденции и в странах ЕС. Снижение смертности от болезней системы кровообращения и других неинфекционных заболеваний в этих странах связывают главным образом со снижением распространенности поведенческих факторов риска среди населения и вследствие этого — со снижением частоты возникновения новых случаев заболеваний. Причем главный акцент в государственных программах был сделан на массовом медико-санитарном просвещении.

Следует подчеркнуть, что такие благоприятные сдвиги в состоянии здоровья удалось вызвать, применяя лишь меры против отдельных первичных и вторичных больших факторов риска (сокращение курения, потребления поваренной соли, ограничение животных жиров, алкогольных напитков и повышение физической активности). Естественно, такие меры более дешевы, чем специальные современные методы лечения и профилактики, и не исключают применения всех других средств и методов программ профилактики, например лекарственная профилактика повышенного артериального давления, но, конечно, не исключая их применения.

Формирование здорового образа жизни должно быть основным направлением социальной политики в области здравоохранения. На этом направлении должны базироваться как федеральная, общегосударственная, республиканские, областные, городские, районные и другие территориальные программы, так и программы отдельных учреждений и предприятий. Эти профилактические программы должны включать в себя меры гигиенического воспитания, борьбы с пьянством, наркоманией, курением и другими факторами риска, активизации физической культуры и прочее. Такие программы не могут относиться лишь к компетенции органов и учреждений здравоохранения, но эти органы должны выступать инициаторами и координаторами подобных программ.

Осуществление мер первичной профилактики должно быть также 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.

Санология-валеология

До сих пор медицина по существу остается наукой о болезнях и практикой их лечения и предупреждения, т.е. **наукой врачевания**. 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» предложен в 1970-х годах Ю.П. Лисицыным (образован от лат. *sanitas* — здоровье). **Санология** — учение о здоровье, точнее, о здоровье здоровых, его охране, укреплении и преумножении (воспроизводстве). К понятию «санология» близко понятие **«валеология»**, предложенное Израилем Ицковичем Брехманом в 80-х годах в его статьях и книге «Введение в валеологию» (1987). Мы рассматриваем эти термины как равнозначные, хотя между ними есть семантическое различие.

Сторонники валеологии как науки об индивидуальном здоровье считают, что ее назначение — сохранение и укрепление здоровья индивидуума посредством расширения его возможностей приспособления 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. К отправным положениям санологии можно отнести изложенные в предыдущих разделах концепции факторов риска для здоровья, непосредственного влияния на здоровье, образ жизни, приоритета профилактики и др.

Таким образом, 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 только о воздействии биологических, химических, физических и других факторов внешней среды на человека, его защите от вредного воздействия среды, чем занимается гигиена.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятий «здоровье», «болезнь» и «преморбидное состояние».
2. Какие факторы определяют состояние здоровья населения, влияние какого из них наибольшее?
3. Какие четыре факта риска имеют наибольшее влияние на смертность и инвалидность населения РФ?
4. Что наряду с «нездоровым» образом жизни повлияло на ухудшение здоровья населения РФ с 1990 по 2009 г.?
5. Приведите примеры эффективных программ по здоровому образу жизни.

ГЛАВА 4

Медицинская демография. Медико-социальные аспекты демографических процессов

4.1. Основные понятия и определения

Медицинская демография изучает демографические процессы и явления, а также их воздействие на состояние здоровья населения и здравоохранение.

Демография (от греч. *demos* — народ и *grapho* — пишу) как наука стала формироваться со второй половины XVII века. В нашей стране она до середины XX века развивалась как статистика населения. Сегодня демография рассматривается как наука о закономерностях воспроизводства и миграции населения и особенностях их проявления на разных этапах исторического развития, в различных социально-экономических и этнокультурных условиях. Эта наука изучает рождаемость, смертность, брачность, разводимость, численность и состав населения (по возрасту, полу, профессиональным, социальным и другим признакам), а также движение населения (естественное и миграционное).

Все демографические процессы и структура населения связаны между собой. Так, рост рождаемости ведет к омоложению населения, а ее падение — к увеличению в структуре населения доли пожилых людей.

При изучении закономерностей воспроизводства и развития населения используются статистические и социологические методы. Информация о населении формируется из 2 основных источников — данных переписи населения и текущего учета естественного

и миграционного движения. Используются также дополнительные методы — выборочные обследования (социологические опросы) и составление списков отдельных групп населения. После получения данных из указанных источников их определенным образом обрабатывают и анализируют. Для этого существует система **демографических показателей**. Это, в частности, общий коэффициент смертности, общий коэффициент рождаемости, ожидаемая продолжительность при рождении и др. Сравнивая изменения этих показателей в динамике, между различными странами и между регионами одной страны, можно оценить демографическую ситуацию в стране (регионе), спрогнозировать ее изменение на предстоящие периоды и предложить меры по ее улучшению.

Демографическое состояние (ситуация) описывает динамику численности населения, его половозрастную структуру, а также демографические процессы (рождаемость, смертность, миграцию, брачность и разводимость), протекающие на определенной территории (страна, регион) в определенное время.

Рассмотрим основные демографические характеристики населения — такие, как численность, состав, динамика, брачность, разводимость и смертность населения. При описании каждого показателя даются его определение, источники информации для расчета показателей, в том числе порядок сбора и анализа этой информации, приводится также оценка показателя в РФ.

4.2. Численность и структура населения

Народонаселение (население) — совокупность людей, проживающих на определенной территории (село, поселок, город, район, область, страна). Народонаселение всегда приурочено к конкретному времени, поскольку в каждый промежуток времени не только изменяется численность населения, но и обновляется его состав. Для практических целей обычно исчисляется средняя величина показателя для того или иного интервала времени (например, за год).

Источники информации

При изучении численности и состава населения основным и наиболее достоверным источником сведений служат регулярно проводимые всеобщие переписи. **Перепись населения** — процесс

сбора, обобщения, анализа и публикации демографических, экономических и социальных данных обо всем населении, проживающем на определенный момент времени на определенной территории (в стране, регионе). При проведении переписи в перечне вопросов могут быть не только касающиеся демографии (состав семей, половозрастная структура членов семей), но и интересующие в данный момент государство вопросы, например, о занятости и безработице.

Первые попытки переписи населения относятся к древнейшим цивилизациям Индии, Египта, Китая, Греции, Рима. Систематично переписи населения стали проводить в период средневековья. В России первая всеобщая перепись населения 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 века. В XX–XXI веках в нашей стране было проведено 10 переписей (в 1920, 1926, 1937, 1939, 1959, 1970, 1979, 1989, 2002, 2010 гг.).

Проведение переписи требует большой подготовительной работы, поскольку сравнительно быстро (за 8–10 дней) требуется собрать большой объем информации. Предварительно проводится разъяснительная работа, к сбору информации во время переписи привлекают много людей. Так, в 1959 г. в проведении переписи было занято 600 тыс. человек, в 1979 г. — 750 тыс., в 1989 г. — 900 тыс. Один счетчик должен переписать около 600 человек, поэтому программа переписи (перечень вопросов) должна быть четкой и не содержать вопросов, требующих длительной беседы. Принципы переписи были предложены известным русским географом и статистиком Петром Петровичем Семеновым-Тян-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;
— одномоментность проведения переписи.

Все сведения при проведении переписи собираются на определенный момент — **критический момент переписи** (день и час, к которому приурочивается информации о населении). 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.

При проведении переписи информацию могут собирать счетчики, записывая ее со слов опрашиваемого, или бланки переписи заполняют сами жители. Например, во время переписи 2002 г. заполняли 2 вида переписных листов: сплошной (19 вопросов) и выборочный (на 25 вопросов отвечало 25% населения, а еще на 6 вопросов — только 5% от четверти населения, состоявшего в браке).

В здравоохранении показатели численности и структуры населения необходимы для планирования системы здравоохранения, в частности, для 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 прогнозировать факторы риска здоровью. Например, с увеличением доли пожилого населения увеличивается распространенность артериальной гипертензии. Каждое амбулаторно-поликлиническое учреждение должно иметь четкое представление о численности и возрастно-половом составе населения своего района обслуживания.

Анализ данных

После проведения переписи необходимо сгруппировать полученные данные в таблицы. Программа разработки материалов переписи состоит из нескольких сотен тысяч таблиц, в которые представляют соответствующие данные. Затем публикуется значительная часть таблиц с данными по стране в целом.

Далее в таблицах представлены показатели, наиболее часто используемые для анализа численности и структуры населения, при-

водится методика их расчета (в табл. 4.1 представлены показатели, характеризующие численность населения, а в табл. 4.2 — его состав).

Таблица 4.1. Показатели численности и динамики населения

Показатель	Методика расчета
Численность постоянного населения	Постоянное население равно наличному населению, от численности которого вычитают временно присутствующих в момент переписи на данной территории и прибавляют временно отсутствующих жителей этой местности
Численность наличного населения	Наличное население равно постоянному, из которого вычитают временно отсутствующее население и прибавляют лиц, временно находящихся на данной территории
Численность населения на начало периода (обычно на 01.01)	Перепись населения обычно проводится в декабре или январе, поэтому критический момент не совпадает с 1 января. Чтобы получить численность населения на начало года, к данным переписи, если она проводилась в конце предшествующего года, прибавляют результаты естественного и миграционного движения населения за тот промежуток времени, который отделяет дату переписи от 1 января следующего года. Результаты естественного и миграционного движения вычитают, если перепись проводилась после 1 января текущего года. Подобным образом оценивают численность населения в межпереписные годы
Среднегодовая численность населения (среднее население)	Сумма численности населения на начало одного и другого года (к примеру, на 01.01.2004 г. и 01.01.2005 г.) делится на 2. Если имеются промежуточные данные, например, на 1 число каждого квартала, проще всего найти показатели среднеквартальной численности, сложить их и разделить на число кварталов. Так же можно поступить, чтобы определить среднегодовую численность за ряд лет

Окончание табл. 4.1

Показатель	Методика расчета
Доля региона, федерального округа, России в населении федерального округа, страны, мира	Численность населения региона делится на численность населения страны (федерального округа) и умножается на 100. Население должно быть в обоих случаях или наличное, или постоянное и приниматься на одну и ту же дату
Темпы роста (сокращения) численности населения	Частное от деления численности населения на начало данного года (может быть принят прогнозный год) на численность населения на начало прошедшего года (любого года истекшего периода). Умножая результат деления на 100, получают темп роста в процентах
Темпы прироста (сокращения) численности населения	От темпа роста (сокращения) вычитается 100. Например, если темп роста 105,2%, то прирост равен 105,2–100 = 5,2%
Средний темп роста населения	Из темпа роста извлекается корень той степени, которая равна продолжительности расчетного периода. Так, если темп роста за 10 лет составляет 2,0042%, то среднегодовые темпы равны 1,072. Это число получается при извлечении корня 10-й степени
Абсолютный прирост (убыль) населения	Разность между численностью населения на начало и конец периода (или начало следующего периода)
Плотность населения	Частное от деления среднегодовой численности населения на количество квадратных километров территории региона[1] (число человек на 1 км^2)
Радиус обслуживания населенных пунктов	Частное от деления размеров территории на все находящиеся на ней населенные пункты, либо только городские, либо сельские (1 км^2 на 1 населенный пункт)
Коэффициент урбанизации	Доля городского населения во всем населении

[1] Плотность населения определяется для административных единиц независимо от пригодности их территории для заселения и хозяйственного использования. Это придает показателю некую условность. Если исключить непригодные для проживания площади (труднопроходимые болота, труднодоступные горные системы и др.), можно рассчитать хозяйственную плотность.

Возрастная структура населения определяется, как уже было указано, рождаемостью. Сокращение рождаемости ведет к снижению доли детей и соответственно увеличению доли людей пожилого возраста. Не совсем верно иногда считают, что увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) ведет к росту доли населения старше трудоспособного возраста. Это происходит только тогда, когда ОПЖ увеличивается за счет снижения смертности в этой возрастной группе, тем самым повышая ее долю в структуре населения. Вместе с тем увеличение ОПЖ чаще всего происходит за счет снижения смертности в группах более молодых людей, за счет чего возрастает их доля в структуре населения.

Таблица 4.2. Показатели половозрастной структуры населения

Показатель	Методика расчета
Доля мужчин (женщин) в населении	Отношение численности мужчин (женщин) ко всему населению. Расчеты также возможны по разным возрастным группам и возрастным контингентам
Количество мужчин в расчете на 1000 женщин	Отношение численности мужчин к численности женщин в расчете на 1000 (возможно также исчисление числа женщин в расчете на 1000 мужчин)
Средний возраст живущего населения	Средний возраст исчисляется как средняя арифметическая взвешенная. В числителе — сумма произведений возраста на численность населения, его достигшего, или на долю населения данного возраста в общей численности населения. Знаменателем выступает общая численность населения, для которого рассчитывается средний возраст, или 100%, если для расчета используются доли населения. Если распределение населения дается не по отдельным возрастам, а по возрастным группам, при расчете в качестве возраста берется середина возрастного интервала (для группы 0–4 года — 2,5 года, для 5–9 лет — 7,5 лет и т.д.)

Окончание табл. 4.2

Показатель	Методика расчета
Доля населения моложе трудоспособного возраста	Отношение численности лиц моложе трудоспособного возраста (от 0 до 15 лет) ко всему населению
Доля населения трудоспособного возраста	Отношение численности лиц трудоспособного возраста (мужчин — от 16 до 59 лет, женщин — от 18 до 54 лет) ко всему населению
Доля населения старше трудоспособного возраста	Отношение численности лиц старше трудоспособного возраста (мужчин — старше 60 лет, женщин — старше 55 лет) ко всему населению
Доля экономически активного населения	Отношение численности занятых или безработных в возрасте 15–72 лет ко всему населению[1]
Демографическая нагрузка на жителей трудоспособного возраста лицами в нетрудоспособном возрасте	Частное от деления численности лиц в нетрудоспособном возрасте (женщины 0–15 и 55 лет и старше, мужчины 0–15 и 60 лет и старше) на численность населения в трудоспособном возрасте
Коэффициент старения, или коэффициент демографической старости населения	Удельный вес (процент) лиц старше 60 лет во всем населении (то же — для мужчин и женщин)[2]

[1] В регулярно проводимых Росстатом обследованиях к экономически активному населению относят не просто лиц в возрасте 15–72 лет, а тех из них, кто в рассматриваемый период (обследуемую неделю) считался занятым или безработным. По этой методике в 2009 г. численность экономически активного населения в России составляла 75,5 млн человек.

[2] В ООН и некоторых зарубежных странах при расчете данного показателя используется возрастная граница 65 лет.

Знать структуру населения по возрастным группам важно при прогнозировании количества поступающих в школы и вузы, числа родов. Например, при уменьшении числа женщин детородного возраста следует ожидать снижения рождаемости, при сниже-

нии численности граждан трудоспособного возраста следует ожидать снижение налоговых поступлений и др.

Анализ и оценка показателей в РФ

По данным Росстата, население России на 01.01.2008 г. составило 142 млн человек, на 01.01.2009 г. и на 01.01.2010 г. — 141,9 млн человек; из них трудоспособное население составило 62%, дети от 0 до 15 лет — 16%, лица старше трудоспособного возраста (мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет) — 22%. Численность населения страны, начиная с 1992 г., постоянно сокращается, особенно ускоренно — с 1998 по 2005 г. — около 700 тыс. человек в год (рис. 4.1). Однако с 2006 г. среднегодовые темпы снижения численности населения страны существенно уменьшились, так с 2007 по 2008 г. они составили 200 тыс. человек (1,4% всей численности населения). На рисунках 4.1–4.5 представлены целевые показатели, которые планирует достигнуть Правительство РФ путем проведения мероприятий по снижению смертности и повышению рождаемости населения. Планируемая к 2020 г. численность населения — 144 млн человек.

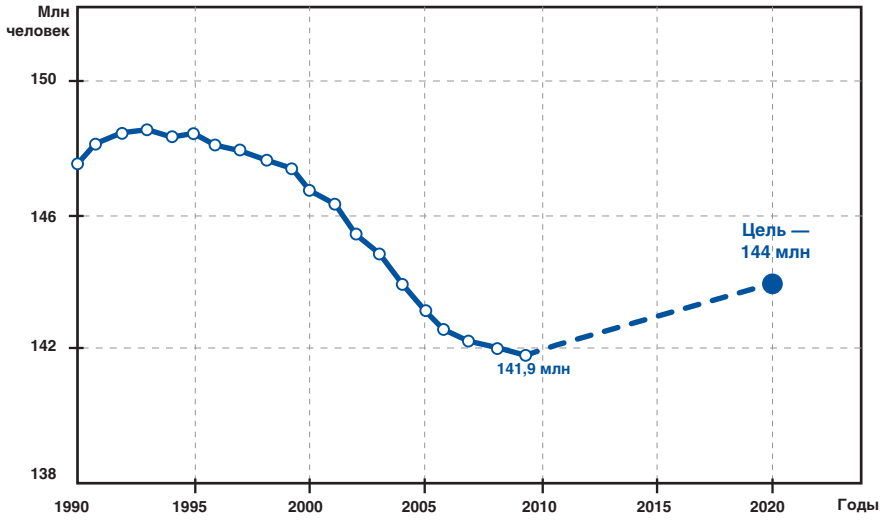

Рис. 4.1. Динамика численности населения Российской Федерации

4.3. Воспроизводство населения

4.3.1. Рождаемость

Рождаемость — процесс деторождения в некоторой совокупности людей, составляющих поколение или группу поколений (население). Биологической основой рождаемости является способность человека как вида к размножению (оплодотворению, зачатию, вынашиванию и рождению здорового ребенка), определяемая понятием **плодовитость**.

Рождаемость определяется не только биологическими, но и социально-экономическими, психологическими факторами, возрастом вступления в брак, условиями и образом жизни, традициями, религиозными установками и другими факторами, определяющими внутрисемейное регулирование числа рожденных детей. Именно рождаемость влияет на характер воспроизводства населения и замену поколений в обществе. Следует иметь в виду, что если число детей, рожденных в среднем одной женщиной, независимо от ее брачного состояния за весь репродуктивный период (что принято называть **суммарным коэффициентом рождаемости**) не будет превышать 2,1, то каким бы низким не был уровень смертности в стране, замещения поколений в обществе происходить не будет, и численность населения будет сокращаться. Из этого следует, что рождаемости необходимо уделять одно из самых важных мест в демографической политике, т.е. мерах, направленных на изменение тенденций в рождаемости. В странах с высокой рождаемостью (Китай, Индия, Индонезия, страны Африки и Латинской Америки) государство обычно проводит мероприятия по сокращению числа рождений, а в странах с низкой рождаемостью демографическая политика, наоборот, направлена на ее повышение.

Источники информации: статистические данные и результаты социолого-экономических опросов.

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 учреждения 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 учреждение, медицинский работник которого принимал роды. Если ребенок родился вне лечебного учреждения, то рождение удостоверяется 2 свидетелями. В населенных пунктах и медицинских учреждениях, где работают не менее 2 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, остающемся 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».

Бланки «Медицинского свидетельства о рождении» с корешками к ним сброшюрованы в книжки и хранятся у главного врача или его заместителя, контролирующего правильность их заполнения и своевременность выдачи. Книжка прошивается, а свидетельства и корешки к ним нумеруются. Сначала проставляется номер учреждения, затем через дробь — порядковый номер свидетельства. Корешки свидетельств хранятся не менее 1 года после окончания календарного года, в котором выдано свидетельство, после чего в соответствии с инструкцией подлежат уничтожению.

«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, а также 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).

«Медицинское свидетельство о рождении» (или «Свидетельство о перинатальной смерти») представляются в ЗАГС для регистрации рождения или смерти ребенка. В паспортах родителей может быть сделана соответствующая пометка о наличии детей.

Учет рождаемости. Для учета рождаемости и расчета ряда демографических показателей крайне важно определить, живым или мертвым родился ребенок. **Живорождением** 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 при сроке беременности 28 нед и более), включая новорожденных с массой тела менее 1000 г при многоплодных родах;
- все новорожденные, родившиеся с массой тела от 500 до 999 г, если они прожили не менее 168 ч (7 сут).

Планом мероприятий, перечисленных в Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г. (утверждена постановлением

Правительства РФ от 14.02.2008 г. №170-р п. 20), предусмотрен поэтапный переход на критерии живорождения в соответствии с рекомендациями ВОЗ, т.е. учет всех новорожденных с массой тела более 500 г.

Анализ данных

Для анализа и оценки интенсивности рождаемости используют общий коэффициент рождаемости, коэффициент общей и брачной плодовитости, суммарный коэффициент рождаемости. Ниже представлена табл. 4.3, в которой приведены эти показатели и порядок их расчета.

Рождаемость оценивают на основе анализа показателя за ряд лет, сопоставляя его с показателем в других регионах, а также с показателем смертности на данной территории. Всесторонняя характеристика рождаемости, содержащая анализ всех факторов и условий, влияющих на ее величину, позволяет разработать наиболее реалистическую программу воздействия на рождаемость.

Таблица 4.3. Показатели рождаемости

Показатель	Методика расчета
Общий коэффициент рождаемости	Отношение числа родившихся живыми к среднегодовой численности населения в расчете на 1 тыс. населения, т.е. умноженное на 1 тыс.
Возрастные коэффициенты рождаемости	Отношение числа родившихся живыми за год у женщин данной возрастной группы к среднегодовой численности женщин этой возрастной группы
Суммарный коэффициент рождаемости	Показывает число детей, которые были бы рождены в среднем одной женщиной на протяжении репродуктивного возраста (15–49 лет) при условии сохранения уровня рождаемости во всех возрастах неизменным и именно таким, каков он был на момент расчета коэффициента. Рассчитывается как сумма возрастных коэффициентов рождаемости, умноженная на 5 (если возрастные коэффициенты даны по 5-летним группам; если они представлены по однолетним группам, умножения не делается) и деленная на 1000, так как возрастные коэффициенты рождаемости рассчитываются на 1000 женщин, а суммарный коэффициент — на 1. Величина суммарного коэффициента рождаемости не зависит от возрастной структуры населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный год

Окончание табл. 4.3

Показатель	Методика расчета
Средний возраст матери при рождении ребенка	Средняя арифметическая из возраста всех женщин, родивших в данном году детей, соотнесенное с 5-летними возрастными коэффициентами рождаемости. Рассчитывается по следующей формуле: $x_{ср} = \frac{(\sum f_x \times x)}{\sum f_x}$. где f_x — возрастные коэффициенты рождаемости; x — возраст. Если используются однолетние возрастные коэффициенты рождаемости, то в качестве величины x будет выступать соответствующее число лет, а к полученному результату ($X_{ср}$) добавляют 0,5. Необходимость последнего становится понятной из следующего. Если берутся женщины в возрасте, например, 20 лет, то сюда попадают те, кому от 20 до 21 года и, следовательно, их средний возраст, строго говоря, не 20, а 20,5 лет. При использовании 5-летних возрастных коэффициентов рождаемости в качестве их величины берется середина 5-летней возрастной группы (для группы 15–19 лет серединой будет 17,5; для 20–24 — 22,5; для 25–29 — 27,5; для 30–34 — 32,5; для 35–39 — 37,5; для 40–44 — 42,5; для 45–49 — 47,5)

Анализ и оценка показателей в РФ

Демографическая ситуация в стране усугубляется сокращением рождаемости. На рисунке 4.2 продемонстрирована динамика общего коэффициента рождаемости в России и странах ЕС. В нашей стране в период с 1987 по 1999 г. коэффициент рождаемости уменьшился более чем в 2 раза (с 17,2 до 8,3), однако в 2008–2009 гг. он заметно вырос и достиг соответственно 12,1 и 12,4, превысив показатель в странах ЕС. Во многом эта положительная динамика связана с демографической политикой и мероприятиями, реализованными в национальном проекте «Здоровье» в 2006–2008 гг., а не только с увеличением числа женщин детородного возраста в этот период.

Суммарный коэффициент рождаемости в 2008 г. составил 1,5. Чтобы обеспечить воспроизводство населения, суммарный коэффициент рождаемости должен равняться 2,14. В «старых» странах ЕС (15 стран: Германия, Великобритания, Франция, Италия, Швеция и др., входившие в ЕС до мая 2004 г.) он составляет в среднем 1,56, в «новых» странах ЕС (это 10 европейских стран бывшего соцлагеря и страны Балтии, вошедшие в ЕС после мая 2004 г.) — 1,3.

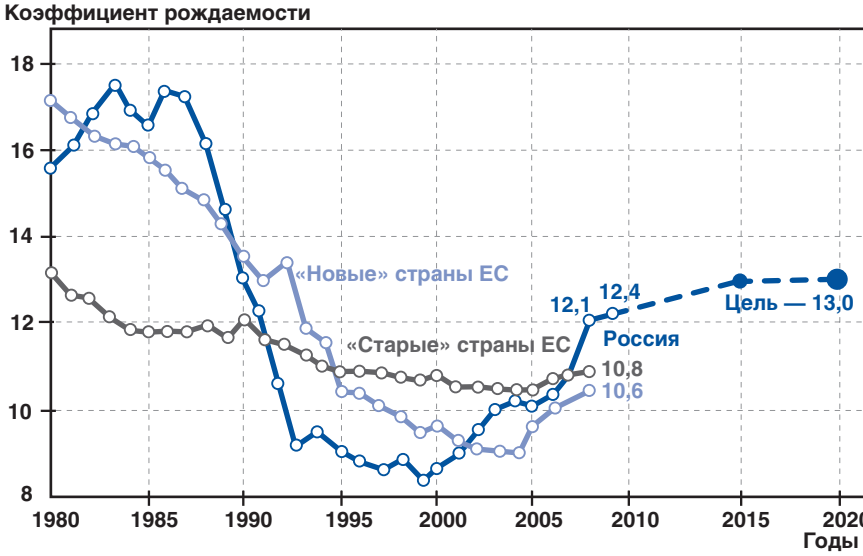

Рис. 4.2. Общий коэффициент рождаемости в РФ (на 1000 населения)

Во Франции за счет эффективной демографической политики он повысился до 1,92, в США равен 2,1.

Динамика изменения возрастной структуры населения России характеризуется уменьшением числа лиц молодого возраста и ростом возрастной группы 60 лет и старше. Причины этого кроются в низком за последние 15 лет коэффициенте рождаемости и более высоких его показателях в 70–80-е годы прошлого столетия. 20 лет назад дети в возрасте до 15 лет составляли около 24% населения России, а на долю лиц 60 лет и старше приходилось 14%; сейчас соответствующие показатели составляют 16 и 22%.

4.3.2. Смертность

Смертность — процесс вымирания поколения, складывающийся из массы единичных смертей, наступающих в разном возрасте. С позиции демографии на смертность влияют эндогенные (старение организма, болезни, пороки развития) и экзогенные (связанные с воздействием внешней среды) факторы.

Исторически различают 3 типа смертности: архетип, традиционный и современный типы (табл. 4.4).

Таблица 4.4. Характеристика типов смертности

Тип смертности	Период	Характеристика	Продолжительность жизни, годы
Архетип	Первобытные общества	Смертность определялась сменяющими друг друга периодами голода и эпидемий	Около 20
Традиционный тип	С эпохи рабовладения до середины XVIII века, в России — до начала XX столетия	Смертность определялась условиями и образом жизни большинства населения	30–35
Современный тип	С начала XIX века — в развитых странах, с XX века — во всех остальных	Смертность определяется эндогенными детерминированными причинами: болезнями системы кровообращения и злокачественными новообразованиями	65–80

Источники информации

В соответствии с законодательством смерть, как и рождение, подлежит обязательной регистрации в ЗАГСе по месту жительства умершего (на селе — в местных органах власти) 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 работают не менее 2 врачей. В сельской местности, имеющей в учреждении здравоохранения только 1 врача, в случае его отсутствия (отпуск, болезнь и т.п.), а также в учреждениях, где врача нет, 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, остающегося 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 нем обязательно заполняют «Врачебное свидетельство о смерти» и затем предоставляют свидетельство в 3-дневный 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 смерти, или патологоанатом на основании изучения медицинской документации и результатов вскрытия.

Патолого-анатомическому 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. Согласно приказу Министерства здравоохранения и медицинской промышленности № 82 (Д) от 29.04.1994 г. «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» отмена вскрытия не допускается:

1. При невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти и (или) непосредственной причины смерти, вне зависимости от продолжительности пребывания больного в стационаре;
2. При подозрении на передозировку или непереносимость лекарств или диагностических препаратов;
3. В случаях смерти:
   - связанных с проведением профилактических диагностических инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий во время или после операции переливания крови;
   - от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
   - от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
   - от заболевания, связанного с последствиями экологических катастроф;
   - беременных, рожениц и родильниц (включая последний день послеродового периода).
4. Требующих судебно-медицинского исследования.

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, 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 достоверности составления, правильности заполнения врачами «Врачебного свидетельства о смерти» и своевременности его выдачи родственникам умершего.

Бланки «Врачебных свидетельств о смерти» должны быть сброшюрованы в книжки и храниться 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 «Вра-

чебного 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 в соответствии с инструкцией подлежат уничтожению.

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, заполнить документ не сложно. Если смерть обусловлена 2 причинами и более, для статистической обработки необходимо выбрать одну из них, 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, неблагоприятно повлияв на течение первоначального (основного) заболевания. Под основным заболеванием следует понимать только определенную нозологическую единицу.

Анализ данных

Наиболее информативным и часто используемым показателем, который не зависит от численности населения, является общий коэффициент смертности (ОКС, см. табл. 4.5). Недостаток ОКС заключается в том, что он не учитывает возрастной структуры населения. Уровень смертности зависит от возраста и по мере старения населения после 20 лет растет в геометрической прогрессии. Поэтому ОКС может оказаться ниже для популяции людей с высокой долей молодых, чем для более благополучной популяции, но с высокой долей людей старше 60 лет.

Для анализа смертности с учетом возрастной структуры населения предложен стандартизованный коэффициент смертности. При расчете этого показателя для устранения влияния возрастной структуры на значение ОКС используют методы стандартизации. В качестве

стандарта используют возрастную численность населения (структуру населения) в некой стандартной популяции (прямой метод стандартизации) или возрастные коэффициенты смертности в стандартной популяции (косвенный метод стандартизации). Европейский стандарт возрастной структуры представлен в табл. 4.7. Однако их использование ограничено проведением сравнительного анализа, так как величина стандартизованного коэффициента смертности не отражает реальную смертность в конкретной популяции.

Таблица 4.5. Показатели смертности населения

Показатель	Методика расчета
Абсолютное число умерших	Количество людей, умерших в данной популяции в данной возрастной группе за определенный период времени (обычно за 1 год)
Общий коэффициент смертности (ОКС)	Отношение числа умерших от всех причин в течение определенного промежутка времени (как правило, 1 года) в изучаемой популяции к среднегодовой численности данной популяции. Обычно общий коэффициент смертности рассчитывается на 1000 населения
Повозрастные коэффициенты смертности	Рассчитывают отдельно для каждой возрастной (обычно 5-летней) группы по формуле: Mi = Di/Pi, где Mi — коэффициент смертности в возрастной группе i (от англ. *mortality* — смертность); Di — число умерших в возрастной группе i (от англ. *death* — смерть); Pi — численность возрастной группы i в популяции (от англ. *population* — популяция)
Стандартизованный коэффициент смертности	За стандарт могут применяться различные возрастные структуры населения, в том числе разработанные ВОЗ (обобщенная возрастная структура ряда европейских стран) и Всемирный стандарты. Когда повозрастные коэффициенты смертности в изучаемой популяции применяются к стандартной популяции, мы получаем коэффициент смертности, стандартизованный с помощью прямого метода: $ADR = \sum_i \frac{P_{si} M_{ui}}{P_s}$, где ADR — стандартизованный коэффициент смертности; P_{si} — численность возрастной группы i в стандартной популяции; P_s — общая численность стандартной популяции; M_{ui} — коэффициент смертности в возрастной группе i изучаемой популяции

Более точная картина смертности может быть получена с использованием коэффициентов смертности, дифференцированных по полу и возрасту. Наиболее важные из них — коэффициенты младенческой и материнской смертности, а также смертности в трудоспособном возрасте (см. главу 4.3.4).

Анализ и оценка показателя в РФ

Общий коэффициент смертности в 2009 г. составил 14,2 случая на 1 тыс. населения (в 2008 г. — 14,6) (рис. 4.3). Несмотря на сокращение этого показателя в РФ за последние 5 лет, ОКС остается в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах Евросоюза, и в 1,5 раза выше, чем в «старых» странах ЕС. Следует отметить, что в 1986 г. смертность в России была ниже, чем в «новых» странах ЕС, и такой же, как в «старых» странах ЕС; общий коэффициент смертности в те годы в РФ равнялся 10,5.

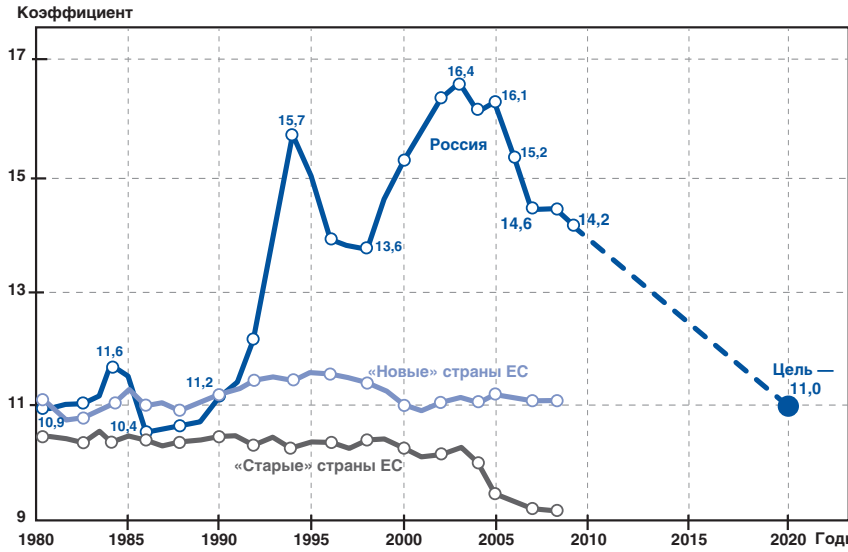

Рис. 4.3. Общий коэффициент смертности

4.3.3. Ожидаемая продолжительность жизни

Важнейшим показателем смертности является ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Это число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоего гипотетическо-

го поколения, родившемуся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте остается таким, как в год, для которого вычислен этот показатель. Ожидаемая продолжительность жизни — наиболее адекватная обобщающая характеристика соответствующего уровня смертности во всех возрастах, которая не зависит от возрастной структуры населения и соответственно может использоваться для более точных сравнений смертности между различными популяциями или в динамике.

Источники информации — см. главу 4.3.2.

Анализ данных

Показатель смертности, означающий среднее число лет, которое предстоит прожить дожившему до возраста *x* лет, при условии, что на протяжении предстоящей ему жизни сохранится повозрастная смертность данного календарного периода:

$$e_x = T_x/l_x$$
$$x = 0, 1, ..., \omega,$$

где ω — начало последнего возрастного интервала; T_x — суммарное время жизни для всех членов когорты в возрасте x и старше — для каждого возрастного интервала; l_x — число доживших до возраста x в таблице смертности.

Анализ и оценка показателя в РФ

С 2006 г. ожидаемая продолжительность жизни в России начала заметно расти и составила в 2009 г. 68,7 года (в 2008 г. — 67,9 года); (рис. 4.4). Тем не менее она остается на 6,3 года меньше, чем в «новых» странах ЕС, и почти на 12 лет меньше, чем в «старых» странах ЕС. Этот показатель также на 2,2 года меньше, чем был в Советском Союзе в 1985–1986 гг.

К началу XXI столетия Россия вернулась по ожидаемой продолжительности жизни примерно на тот же уровень отставания от развитых стран, что был в царской России в начале XX века, а у мужчин в сравнении со многими развитыми странами отличие стало даже бóльшим, чем в 1900 г. (табл. 4.6).

При этом следует отметить, что в России сохраняется катастрофическая (самая высокая в мире) разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин — 12,4 года. Ключевую роль в снижении ожидаемой продолжительности жизни населения

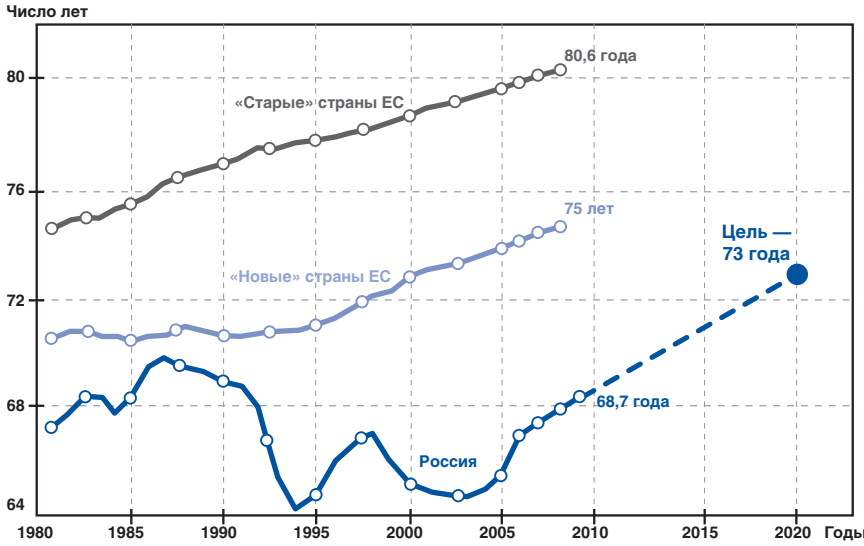

Рис. 4.4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

РФ играет увеличение смертности людей трудоспособного возраста, главным образом мужчин, которая по сравнению с 1990 г. возросла более чем на 40%.

Таблица 4.6. Отставание России от развитых стран по ожидаемой продолжительности жизни в начале XX — начале XXI в.

Год	Отставание показателя, годы			
	от США	от Франции	от Швеции	от Японии
Мужчины				
1900	15,9	12,7	20,3	14,5
1965	2,3	3,0	7,2	3,2
2008[1]	12,6	14,7	16,1	16,4
Женщины				
1900	16,2	14,1	20,8	13,1
1965	0,5	1,4	2,8	— 0,5
2008[1]	6,3	9,6	8,3	10,3

[1] Россия — 2008 г., США, Франция, Швеция и Япония — 2007 г.

4.3.4. Младенческая и материнская смертность

В настоящее время при международных сравнениях под **детской смертностью** понимается смертность детей от рождения до 5 лет (иногда под детской смертностью в РФ подразумевают смертность детей от 0 до 15 лет). Смертность детей первого года обозначается как **младенческая смертность**; это часть детской смертности. Младенческая смертность имеет исключительное 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). Как и большинство демографических показателей, младенческая смертность рассчитывается по числу случаев на **1000 рожденных живыми**. В числе умерших до 1 года примерно 1/3 родились в предыдущем году, поэтому рекомендуется в число детей, умерших в течение первого года жизни, включать 2/3 родившихся живыми в данном календарном году и 1/3 родившихся живыми в предыдущем году.

Источники информации — см. главу 4.3.2.

Анализ данных

Для расчета коэффициентов младенческой смертности применяют несколько методов. Наиболее распространенным является отношение числа детей, умерших в данном году в возрасте до 1 года, к числу родившихся живыми в том же календарном году, выраженному в промилле (‰):

$$\frac{\text{Число смертей в возрасте до 1 года} \times 1000}{\text{Число живорожденных}}.$$

Коэффициент **неонатальной смертности** (смертность от 0 до 28 полных дней жизни на 1 тыс. живорожденных) рассчитывается в 2 вариантах: **ранний** (в течение первых 7 дней жизни) и **поздний** (в период после 7 и до 28 полных дней жизни). Показатель играет ведущую роль при оценке младенческой смертности, поскольку при низких ее уровнях до 80% смертности детей до года приходится на неонатальный период.

Перинатальная смертность (околородовая) включает в себя мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность. Коэффициент перинатальной смертности оценивает интенсивность

перинатальной смертности — смертности плодов и детей в перинатальном периоде в расчете на 1 тыс. живорожденных и мертворожденных. Перинатальный период в соответствии с рекомендациями ВОЗ начинается от 22 нед (154 дня) беременности и заканчивается через 7 полных дней после рождения. В Российской Федерации перинатальный период начинается от 28 нед беременности и заканчивается также по истечении 7 полных дней после рождения. Таким образом, в соответствии с рекомендациями ВОЗ перинатальный период охватывает средние сроки беременности, а по российским критериям — только поздние.

Помимо общего, вычисляют специальные показатели перинатальной смертности в зависимости от массы плода при рождении и срока беременности. Например, выделяют смертность доношенных (роды при сроке беременности от 37 до 42 полных недель) и недоношенных детей (роды при сроке беременности менее 37 полных недель); а смертность — в зависимости от сроков наступления смерти: до начала родов (антенатальная), во время родов (интранатальная) или в первые 7 дней после рождения (постнатальная). Показатель постнатальной смертности не идентичен показателю ранней неонатальной смертности, поскольку, несмотря на совпадение числителя (число умерших в первые 7 сут после рождения), различается знаменатель — в первом случае все родившиеся (живыми и мертвыми), во втором — только живорожденные.

Аборты — прерывание беременности в первые 28 нед. Аборты ведут к негативным последствиям для здоровья женщин, бесплодию, а иногда и к случаям смерти (до 30% всех причин материнской смертности). Значение абортов издавна было острейшей социально-гигиенической проблемой общества. Криминальные аборты (т.е. проводимые в немедицинских условиях) 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.

Одна из важных причин, особенно в случаях криминальных абортов, — неустроенность семейной жизни. Незамужние женщины значительно чаще (при криминальных абортах — в 5 раз) прибегают к абортам. Без сомнения, во многих случаях причиной аборта

остаются неудовлетворительное материальное положение, плохие жилищные условия, неустроенность быта, наличие в семье других детей. Однако неудовлетворительные материальные и бытовые условия действуют обычно не прямо, а через внутрисемейные отношения, прежде всего отношения между мужем и женой. При благоприятных материально-бытовых условиях, но напряженных внутрисемейных отношениях число абортов не меньше (а часто даже больше), чем в семьях с плохими материально-бытовыми условиями, но дружескими, неконфликтными отношениями между супругами и другими членами семьи.

Материнская смертность определяется как смерть женщины в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания, независимо от сроков и локализации беременности (но не от внешних причин). Рассчитывается этот показатель на 100 тыс. родившихся живыми детей. Материнская смертность может быть связана непосредственно с акушерскими причинами (акушерскими осложнениями беременности, родов, послеродового периода в результате ошибок, упущений, неправильного ведения беременности, лечения и пр.) и причинами, связанными с болезнями беременной, существовавшими раньше или возникшими во время беременности вне связи с акушерскими осложнениями и пр.

Анализ и оценка показателей в РФ

На рисунке 4.5 представлена динамика коэффициента младенческой смертности (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми). Этот показатель постоянно улучшается и в 2009 г. составил 8,1 (в 2008 г. — 8,5, в 2007 г. — 9,4), однако остается в 1,2 раза выше, чем в «новых», и в 2,2 раза — чем в «старых» странах ЕС. Следует учесть, что показатель младенческой смертности в РФ учитывает смертность родившихся с массой тела 1 кг и выше, а в европейских странах — от 0,5 кг. Таким образом, при переходе в РФ на учет младенческой смертности по европейской методике этот показатель окажется еще выше, чем сегодня.

Сокращение младенческой смертности могло быть более значительным, однако оно сдерживается неблагоприятными тенденциями в репродуктивном здоровье населения России. Из 4 млн девушек в возрасте от 16 до 18 лет (будущие матери), по экспертным

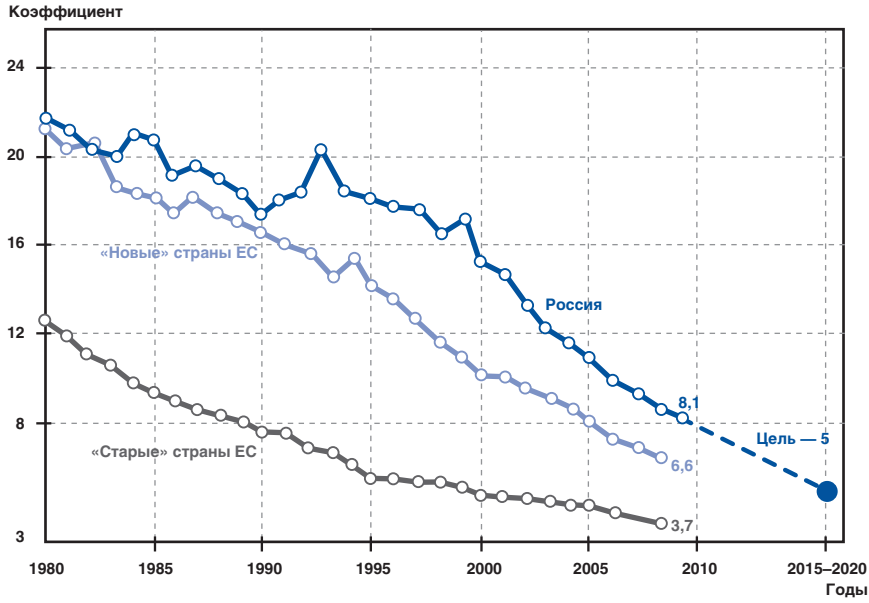

Рис. 4.5. Динамика коэффициента младенческой смертности

оценкам, абсолютно здоровыми являются не более 20%, остальные страдают теми или иными заболеваниями (в том числе злоупотребляют алкоголем, принимают наркотики), которые влияют на репродуктивную функцию женского организма. В структуре причин младенческой смертности более 2/3 случаев приходится на перинатальный период и врожденные аномалии, т.е. на заболевания, связанные со здоровьем матери.

Следует отметить, что в РФ, несмотря на то, что число абортов среди женщин в возрасте 15–49 лет с 1995 г. сократилось вдвое, этот показатель высок и составил в 2008 г. 36 случаев на 1 тыс. женщин детородного возраста или всего 1386 тыс. абортов в год, что сопоставимо с числом родов в этом же году — 1714 тыс.

4.3.5. Смертность по классам причин

При анализе смертности особое значение имеют **коэффициенты смертности по причинам смерти**. Эти коэффициенты обычно рассчитывают на 100 тыс. населения.

Источники информации

Источником информации являются записи врача в медицинских свидетельствах о смерти с указанием ее причины — заболевание, несчастный случай, убийство, самоубийство и другое внешнее воздействие (повреждения в результате действий, предусмотренных законом, повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера, повреждения в результате военных действий). Такие записи служат основанием для указания причины смерти в записях актов о смерти.

До 1999 г. кодирование причин смерти производилось в территориальных органах государственной статистики, а разработка данных осуществлялась в соответствии с Краткой номенклатурой причин смерти 1981 г., основанной на Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (IX пересмотр ВОЗ 1975 г.).

Начиная с 1999 г. кодирование причин смерти осуществляется врачом, выдавшим медицинское свидетельство о смерти, а разработка производится согласно Краткой номенклатуре причин смерти, основанной на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотр ВОЗ 1989 г.).

Анализ данных

Коэффициенты смертности по причинам смерти вычисляют как отношение числа умерших от указанных причин к среднегодовой численности населения по текущей оценке. В отличие от общих коэффициентов смертности они рассчитаны не на 1000, а на 100 тыс. населения. Общие коэффициенты смертности от осложнений беременности, родов и послеродового периода (материнская смертность) рассчитаны на 100 тыс. родившихся живыми. Показатели, стандартизованные по возрасту прямым способом рассчитываются, как средняя арифметическая из показателей для 5-летних возрастных групп, взвешенная по единой (стандартной) возрастной структуре. Для расчета принят Европейский стандарт возрастной структуры:

Коэффициенты **младенческой смертности по причинам смерти** рассчитываются аналогично коэффициентам смертности от всех причин, но вычисляются не на 100 тыс. человек среднегодового населения, а на 10 тыс. родившихся живыми.

Таблица 4.7. Европейский стандарт возрастной структуры

Возраст, годы	Удельный вес населения соответствующей возрастной группы в общей численности населения, %	Возраст, годы	Удельный вес населения соответствующей возрастной группы в общей численности населения, %
0	1,6	45–49	7,0
1–4	6,4	50–54	7,0
5–9	7,0	55–59	6,0
10–14	7,0	60–64	5,0
15–19	7,0	65–69	4,0
20–24	7,0	70–74	3,0
25–29	7,0	75–79	2,0
30–34	7,0	80–84	1,0
35–39	7,0	85 и больше	1,0
40–44	7,0	Всего	100

Коэффициенты **смертности населения в трудоспособном возрасте по основным классам причин смерти** вычисляются за 1 год как частное от деления числа умерших в трудоспособном возрасте от указанного класса причин смерти на среднегодовую численность лиц того же возраста.

Анализ и оценка показателя в РФ

Динамика смертности населения России по основным классам причин на 100 тыс. человек представлена на рис. 4.6. Видно, что в 1998–2004 гг. смертность населения России постоянно увеличивалась по всем основным классам причин. Определенная стабилизация и улучшение наступили только в 2005–2007 гг. При этом основная доля в росте смертности населения страны приходится на болезни системы кровообращения (рост более чем в 1,3 раза за последние 15 лет); далее следует смертность от новообразований и от внешних причин (самоубийств, транспортных несчастных случаев, травм, отравлений алкоголем, убийств и т.д.).

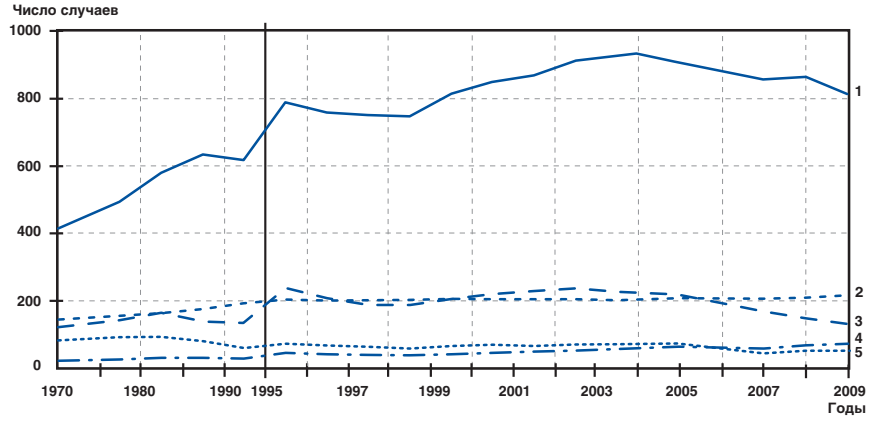

Рис. 4.6. Динамика смертности населения по основным классам причин (на 100 тыс. населения): 1 — болезни системы кровообращения; 2 — новообразования; 3 — внешние причины смерти; 4 — болезни органов пищеварения; 5 — болезни органов дыхания

В 2009 г. основными причинами смертности были неинфекционные заболевания: болезни системы кровообращения — 56,5% (1 млн 137 тыс. из 2 млн 10 тыс. умерших); новообразования — 14,6%, внешние причины — 11,2%, болезни органов пищеварения — 4,4%, болезни органов дыхания — 3,9%. От инфекционных заболеваний умерли 24 тыс. человек, что составило 1,7% всех умерших (рис. 4.7).

Смертность от болезней системы кровообращения. В РФ показатели смертности от болезней системы кровообращения являются одними из самых высоких в мире: в 2009 г. — 801 случай на 100 тыс. человек (в 2008 г. — 835,5, в 2007 г. — 834, в 2006 г. — 865, в 2005 г. — 908). Соответствующий показатель в 2008 г. в «старых» странах ЕС составил 188, в «новых» — 440. Анализ возрастной структуры смертности от болезней системы кровообращения в период с 1991 по 2006 г. показывает существенное увеличение смертности в трудоспособном возрасте. Например, в возрасте от 30 до 44 лет она увеличилась на 86% (с 76 до 142 случаев на 100 тыс. населения), а в возрасте от 45 до 59 лет — на 36% (с 431 до 585 случаев).

Смертность от отдельных причин, связанных с употреблением алкоголя. По данным Росстата, в 2008 г. смертность от отдельных

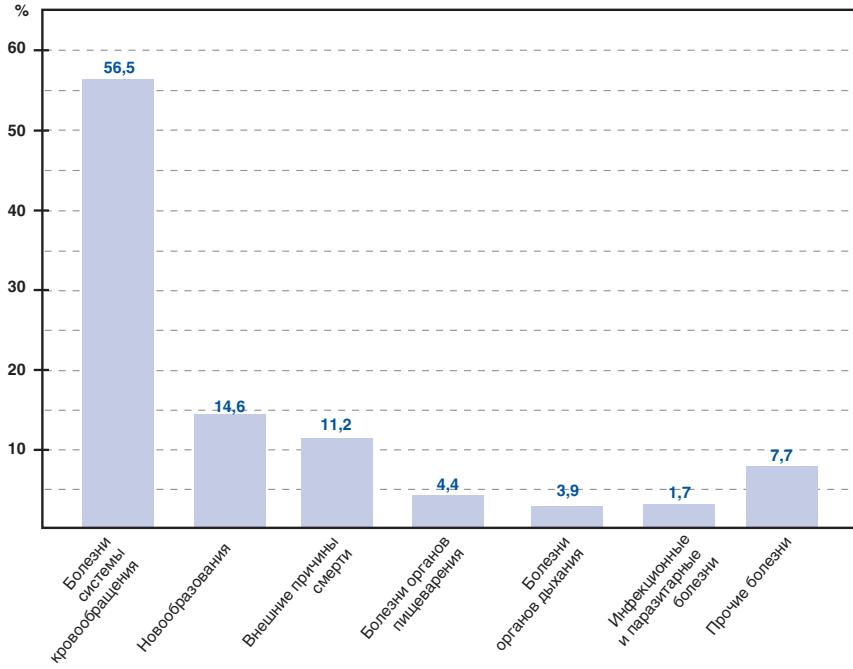

Рис. 4.7. Структура смертности населения России по основным классам причин в 2009 г.

причин, связанных с употреблением алкоголя (хронический алкоголизм, алкогольные психозы, алкогольная болезнь печени, случайные отравления алкоголем, алкогольная кардиомиопатия, дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, хронический панкреатит алкогольной этиологии), была в нашей стране одной из самых высоких в мире[1]: 53 случая на 100 тыс. человек (у мужчин — 84,4, у женщин — 25,8). По данным зарубежных ученых, неумеренное употребление алкоголя в последние годы в нашей стране обусловило более половины смертей в группе трудоспособного населения в возрасте от 15 до 54 лет. При этом учитывались смерти

[1] В статистической базе данных ВОЗ при оценке алкогольассоциированных смертей учитывается больший, чем в Росстате, перечень заболеваний.

не только от причин, регистрируемых Росстатом, но и алкогольассоциированные смерти от травм, несчастных случаев, убийств и самоубийств, злокачественных новообразований пищевода и гортани, рака печени, туберкулеза и пневмонии.

Новообразования. В 2009 г. смертность от онкологических заболеваний составила 207 на 100 тыс. человек (2008 г. — 204, 2007 г. — 203, 2006 г. — 201, 2005 г. — 201,2). Этот показатель в России на 24% выше, чем в «старых» странах ЕС (167 случая), и находится на одном уровне с «новыми» странами ЕС (200 случаев). Онкологические заболевания в России характеризуются высокой долей смертей в течение 1-го года после установления диагноза (например, от рака легкого — 56%, от рака желудка — 55%), что свидетельствует о низкой ранней выявляемости этих заболеваний. Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологических заболеваний почти в 2 раза чаще, чем женщины, но заболеваемость среди женщин выше.

Смертность от внешних причин в 2009 г. составила в России 158 случаев на 100 тыс. человек (в 2008 г. — 172,2, в 2007 г. — 182,5, в 2006 г. — 198,5, в 2005 г. — 220,7). Несмотря на снижение показателя, это почти в 5 раз больше, чем в «старых» странах Евросоюза, и в 2,6 раза больше, чем в «новых» (соответственно 33 и 61 случай на 100 тыс. человек).

По данным российских исследователей, чрезмерное потребление в России алкогольных напитков составляет огромную долю в смертности от внешних причин (59% среди мужчин и 43% среди женщин) как напрямую (смерть вследствие отравления алкоголем), так и косвенно — ведет к дорожно-транспортным происшествиям (ДТП), становится причиной насильственной смерти и т.д. В состоянии опьянения находились большинство убийц и (или) их жертвы, а также около половины самоубийц.

Случайные отравления алкоголем — одна из основных внешних причин смертности в России. Алкоголь — сильное психотропное вещество; прием 400 г даже качественного спирта в течение 1 ч может привести к смертельному исходу. Поэтому сама доступность спирта делает его опасным.

В 2009 г. смертность в результате случайного отравления алкоголем составила 15 случаев на 100 тыс. человек (в 2008 г. — 16,9, в 2007 г. — 17,7, в 2006 г. — 23,1, в 2005 г. — 28,6). При этом в 2008 г. смертность населения в трудоспособном возрасте от этой причины

была значительно выше и равнялась 21,7 (у мужчин — 35,1, у женщин — 7,7) на 100 тыс. человек трудоспособного возраста. В городе смертность населения трудоспособного возраста составила 19,1, на селе значительно больше — 29,2 случая на 100 тыс. человек трудоспособного возраста. Особенно высокий этот показатель у мужчин трудоспособного возраста в сельской местности, где он равняется 45,9 (у женщин — 10,3), что в 2 раза выше, чем в среднем по стране.

Транспортные несчастные случаи. В 2009 г. смертность от всех видов транспортных несчастных случаев (главным образом при ДТП) составляет 21,2 случая на 100 тыс. населения (в 2008 г. — 25, в 2007 г. — 27,5, в 2006 г. — 26,8, в 2005 г. — 28,1), что практически в 3 раза выше, чем в «старых» странах Евросоюза (6,8), и в 1,7 раза выше, чем в «новых» странах ЕС (12,2).

Самоубийства. В России частота самоубийств в 2009 г. составляла 26,5 случая на 100 тыс. человек (в 2008 г. — 27,1, в 2007 г. — 29,1, в 2006 г. — 30,1, в 2005 г. — 32,2), что почти в 3 раза выше, чем в «старых» странах Евросоюза (9), и в 1,9 раза выше, чем в «новых» странах ЕС (14,1).

Убийства. С 1990 по 2005 г. частота убийств в стране увеличилась в 1,7 раза — с 14,3 до 24,9 случая на 100 тыс. человек в год. В 2009 г. этот показатель составил 15 случаев на 100 тыс. населения (в 2008 г. — 16,7, в 2007 г. — 17,9, в 2006 г. — 20,2). Однако в РФ этот показатель все еще является одним из самых высоких в мире (в «старых» странах Евросоюза он равен 0,73 на 100 тыс. населения в год, в «новых» — 1,88). При этом средний возраст жертв насильственной смерти намного ниже, чем в случае смерти от других причин; это значительно увеличивает потери населения в трудоспособном возрасте. После 1998 г. начало расти число насильственных смертей среди молодых людей, что сопряжено с увеличившимся потреблением ими алкогольных напитков и наркотиков.

4.4. Динамика населения

4.4.1. Естественное движение населения

Демографическая динамика населения складывается из миграционного движения и естественного движения населения.

Естественное движение населения — принятое название всех рождений и смертей в некоторой совокупности населения на опре-

деленной территории, регистрируемых в данный календарный период времени. К естественному движению относят браки и разводы и соответственно процессы брачности и разводимости, хотя они непосредственно и не влияют на изменение количественных и качественных параметров населения. **Естественный прирост** (убыль) — разность между числом умерших и родившихся.

Источники информации — см. главы 4.3.1–4.3.2.

Анализ данных

Естественный прирост (убыль) является результирующим показателем естественного движения населения. Когда говорят о депопуляции, имеют в виду отрицательную величину естественного прироста населения (или убыль). Естественный прирост зависит от уровня как смертности, так и рождаемости. Абсолютная величина этого показателя позволяет судить лишь о масштабах прироста или убыли населения. Но следует понимать, что он зависит от численности населения и не пригоден для сравнений между различными территориями (странами) или в динамике. Устранить это влияние можно, используя специальные коэффициенты: жизненности и депопуляции. Их расчет представлен в табл. 4.8.

Таблица 4.8. Показатели естественного движения населения

Показатель	Методы расчета
Коэффициент жизненности (индекс Покровского–Пирла)	Представляет собой отношение числа родившихся к числу умерших
Коэффициент депопуляции	Представляет собой отношение числа умерших к числу родившихся
Суммарный коэффициент рождаемости, обеспечивающий нулевой естественный прирост населения	Показывает суммарный коэффициент рождаемости, необходимый для обеспечения нулевого естественного прироста населения (т.е. равенство числа родившихся и умерших), при сложившейся возрастной структуре населения и существующем уровне смертности. Рассчитывается путем деления общего коэффициента смертности на общий коэффициент рождаемости и умножения полученного частного от деления на реально имеющийся суммарный коэффициент рождаемости

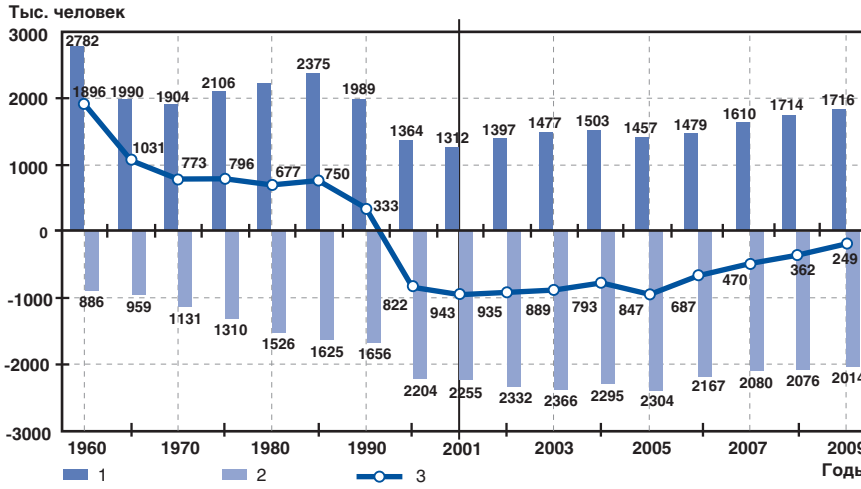

Рис. 4.8. Показатели естественного движения населения России: 1 — родившиеся; 2 — умершие; 3 — естественный прирост

Анализ и оценка показателя в РФ

На рисунке 4.8 показана динамика естественного движения населения России.

Видно, что в 1991 г. число умерших превысило число родившихся; в период до 2005 г. это превышение в среднем составляло 690–940 тыс. человек, или 0,48–0,66% всего населения страны, и только в 2008 и 2009 гг. эта величина снизилась до соответственно 362 и 249 тыс., или до 0,25 и 0,17%.

4.4.2. Миграционное движение населения

Миграционное движение — это прибытие мигрантов, увеличивающих конкретную совокупность людей, а также выбытие из нее части людей в другие регионы, для которых они — мигранты. В прошлом миграционное движение назвали механическим; сегодня под механическим движением понимается и миграционное движение, и преобразование населенных пунктов: городских — в сельские, сельских — в городские (соответственно изменяется и статус жителей этих пунктов).

Движение населения (миграция от лат. *migratio* — перехожу, переселяюсь) происходит в результате передвижения отдельных групп людей из одного района в другой или за пределы страны, как правило, в связи

со сменой места жительства. 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, туризм).

Кроме того, различают внешнюю (за пределы своей страны) и внутреннюю (перемещение внутри страны) миграцию. 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). К внутренней миграции относят межрайонные переселения и переселение из села в город.

Как правило, миграционные потоки ориентированы из менее развитых в более развитые страны и регионы, с более высоким уровнем заработной платы, лучшими социально-экономическими условиями. Обычно большей миграционной подвижностью обладают люди трудоспособного возраста (по сравнению с детьми и пенсионерами), одинокие (по сравнению с состоящими в браке), мужчины (по сравнению с женщинами), «новоселы» (по сравнению со «старожилами»), высокообразованные люди (по сравнению с имеющими низкую квалификацию).

По отношению к мигрантам из-за рубежа при описании их приживаемости на новом месте применяют термин **«интеграция»**, последняя может проявляться в ассимиляции (растворении) и взаимном сосуществовании культур. США, Франция, Германия придерживаются ассимиляционной миграционной политики, Великобритания, Канада, Австралия, Финляндия — политики взаимного сосуществования культур.

Источники информации

В настоящее время данные о миграции в РФ собираются несколькими государственными органами и службами: МВД (Министерство внутренних дел), ФМС (Федеральная миграционная служба).

Текущий учет миграции до последнего времени охватывал только постоянную миграцию, т.е. учитывали людей, прибывших (выбывших) на постоянное место жительства — учебу; в длительную командировку (более 1,5 мес); на работу, независимо от ее характера и продолжительности; учитывались все члены семьи, прибывшие (выбывшие) с данными лицами; проходящие срочную службу и заключенные. Критериями определения мигранта были цель прибытия, в некоторых случаях — срок предполагаемого пребывания. По мере становления рыночной экономики, в том числе рынка жилья, в России назревала необходимость в изменении системы регистрации.

Современная система регистрации позволяет собирать сведения и учитывать 2 категории мигрантов — постоянных (зарегистрированные по месту жительства) и временных (зарегистрированные по месту пребывания). При этом могут возникать определенные погрешности в четком определении фактического положения человека.

Первичным источником информации для текущего учета миграции являются листки статистического учета мигрантов (талоны прибытия и выбытия), которые заполняются в районных паспортных столах на каждого мигранта, прибывшего (выбывшего) на постоянное место жительства. Затем листки статистического учета мигрантов поступают в областные (краевые, окружные) паспортные столы в системе МВД РФ.

Далее из системы МВД основная часть листков учета мигрантов направляется в областные (краевые, окружные) подразделения Федеральной службы государственной статистики. В обработку не поступают талоны, заполненные на людей, изменивших место жительства в пределах одного населенного пункта (например, продавших старую квартиру и купивших новое жилье) и на мигрантов, зарегистрировавшихся по месту пребывания (временно). Кроме того, полная информация об изменении места жительства из паспортных столов поступает также в адресные бюро, где используется в справочных целях.

Информация из территориальных подразделений в сводном виде направляется в Федеральную службу государственной статистики, где данные по миграции корректируются в соответствии с данными о регистрации иностранцев в паспортно-визовой службе МВД России. Прибывшие из стран СНГ на постоянное место жительства стали регистрироваться через ОВИРы (отделения ФМС) только с октября 2000 г. Число прибывших определяется на осно-

вании числа разрешений на въезд на постоянное место жительства, для выбывших основанием для учета является число разрешений на выезд из страны на постоянное место жительства, хотя физически выезд из страны может и не осуществиться. Поэтому данные территориальных подразделений по прибывшим мигрантам после корректировки Федеральной службой государственной статистики, как правило, несколько увеличиваются.

Таким образом, Федеральная служба государственной статистики в ежегодных статистических бюллетенях «Численность и миграция населения Российской Федерации» публикует в виде таблиц информацию о мигрантах, переехавших из одного населенного пункта в другой в связи со сменой регистрации по месту жительства (постоянной регистрации). В этих данных не находят отражения зарегистрированные по месту пребывания и тем более нелегальные мигранты, которые не имеют никакой регистрации. Это обстоятельство следует учитывать при характеристике и анализе миграционной ситуации в любом регионе страны.

Иногда данные о временных мигрантах, т.е. зарегистрированных по месту пребывания, публикует МВД. Однако это делается нерегулярно и не носит систематического характера. Кроме того, такие данные имеют значительные погрешности.

В РФ текущий учет миграции позволяет также получить сведения о некоторых иных видах миграции: вынужденной, внешней трудовой миграции, фактах пересечения государственной границы с разными целями. Учет вынужденных мигрантов (беженцев и вынужденных переселенцев) ведется на основе данных об обращении и предоставлении статуса этой категории мигрантов Федеральной миграционной службой (ФМС) при МВД РФ. Регистрация и учет вынужденных переселенцев были начаты с 1 июля 1992 г., беженцев — с 20 марта 1993 г. Данные о вынужденных мигрантах ФМС передает в Федеральную службу государственной статистики, которая публикует их в официальных сборниках в виде таблиц.

Целью учета внешней трудовой миграции является получение информации по вопросам трудовой миграции российских граждан за рубеж и привлечения иностранной рабочей силы в Россию. Эта информация необходима для оценки масштабов привлечения иностранной рабочей силы и использования своих граждан в экономике других стран. Статистическое наблюдение ведут территориальные подраз-

деления ФМС при МВД РФ, которые предоставляют данные в Федеральную службу государственной статистики. Данные публикуются в сборнике «Труд и занятость в России», который выходит 1 раз в 2 года. Пограничная служба ФСБ РФ фиксирует факты въезда иностранных граждан в Россию и выезда российских граждан за рубеж. В частности, ведется учет по целям поездок: служебная, туристическая, частная, на постоянное место жительства, транзит, обслуживающий персонал.

При анализе миграционной ситуации следует учитывать, что данные о миграции отражают факты перемещения (события), а не передвижение конкретных людей (мигрантов). Это означает, что человек может сменить место жительства в течение года не один раз или пересечь границу несколько раз, и все эти факты найдут отражение в статистике.

Специальные обследования могут дать представление о некоторых формах миграции населения, которые неуловимы для текущего учета и переписи населения. Прежде всего, это социологические опросы мигрантов или всего населения. Часто для исследования миграции используется опрос экспертов, к числу которых можно отнести представителей органов власти, общин мигрантов, которые обладают информацией о численности мигрантов, характере миграции и некоторых других параметрах миграционных процессов, недоступных официальной статистике. Некоторые виды миграции (например, коммерческую, или «челночную») можно выявить исключительно методами социологического исследования или косвенными статистическими методами (взяв данные о количестве предпринимателей без образования юридического лица).

Источником информации о маятниковой и вахтовой миграции может служить информация отделов кадров и кадровых служб предприятий, информация высших и средних учебных заведений, а также транспортная статистика. Специальные обследования маятниковой миграции проводят Федеральная служба по статистике и ее территориальные подразделения.

Анализ и оценка данных

Для анализа миграции используются показатели, приведенные в табл. 4.9.

Изучение и анализ миграционных процессов имеют существенное значение для органов практического здравоохранения. Усилен-

Таблица 4.9. Показатели объема миграции населения*

Показатель	Методика расчета
Количество прибывших мигрантов	Число мигрантов, прибывших в данный регион или страну на постоянное место жительства (зарегистрировавшихся по месту проживания) за определенный период (обычно год)
Количество выбывших мигрантов	Число мигрантов, выбывших из данного региона или страны на постоянное место жительства (снявшихся с учета по месту жительства) за определенный период (обычно год)
Сальдо миграции, чистая миграция, нетто-миграция или миграционный прирост (убыль)	Рассчитывается как разница между количеством прибывших и выбывших мигрантов за определенный период (обычно год) для страны, региона, города, района. Формула для расчета: МП (МУ) = П – В, где П — прибывшие, В — выбывшие, МУ— миграционная убыль (прирост). Если показатель положительный, используется термин «миграционный прирост», если отрицательный — «миграционная убыль»
Валовая миграция, или брутто-миграция, или миграционный оборот	Рассчитывается как сумма прибывших и выбывших мигрантов. Формула для расчета: ВМ (МО) = П + В
Количество временно прибывших мигрантов, или зарегистрированных по месту пребывания	Число мигрантов, прибывших в данный регион или страну временно (зарегистрировавшихся по месту пребывания) за определенный период (обычно год) **

** Показатели объема миграции могут группироваться по различным признакам: территориальным (например, страны или регионы прибытия/выбытия мигрантов; количество прибывших/выбывших в сельскую или городскую местность), временным (количество прибывших/выбывших в динамике за период с 1990 по 2004 г.), социально-демографическим (количество прибывших/выбывших женщин или мужчин, мигрантов моложе трудоспособного возраста, в трудоспособном возрасте, старше трудоспособного возраста и пр.), целевым установкам (количество прибывших/выбывших по личным причинам, в связи с обострением межнациональных отношений и пр.).*

*** В настоящее время показатель имеет существенные погрешности.*

ная миграция изменяет социально-экономическую 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 в ряде случаев ведет 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.

Анализ и оценка показателя в РФ

В период 2000–2006 гг. миграционный прирост позволял компенсировать не более 10–20% естественной убыли населения страны (рис. 4.9). Ситуация улучшилась только в 2007 и 2008 гг., когда за счет ежегодного миграционного прироста на 240 тыс. человек замедлилось сокращение численности населения страны.

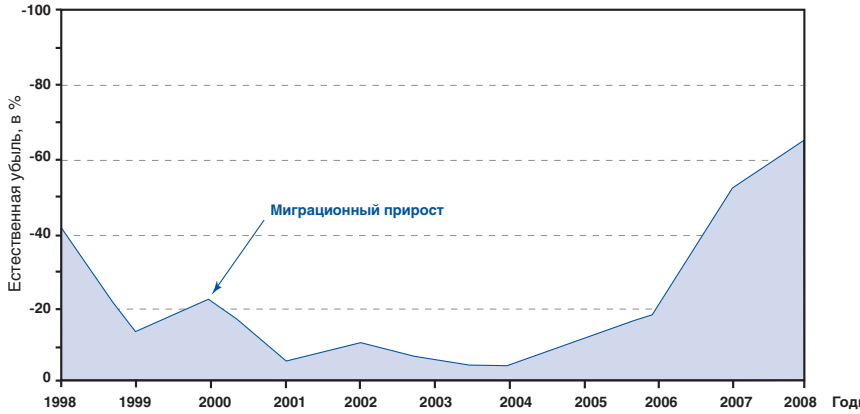

Рис. 4.9. Замещение естественной убыли населения России миграционным приростом

4.5. Брачность и разводимость населения

Эти показатели непосредственно не влияют на численность населения, но определяют распад и формирование семей и соответственно существенно сказываются на рождаемости.

Брачность — в узком смысле: процесс заключения брака, в более широком — совокупность процессов вступления в брак

и прекращения браков в результате развода или смерти одного из супругов.

Разводимость — расторжение брака.

Источники информации

Сведения о заключенных и расторгнутых браках (разводах) основаны на ежегодной статистической обработке данных записей актов гражданского состояния, составляемых на каждое такое событие органами ЗАГС. Данные о браках и разводах с 1997 г. получают на основании отчетности ЗАГСов, предусматривающей свод данных не по месту жительства вступающих в брак и расторгающих его, а по месту регистрации соответствующих событий.

Брачный возраст в Российской Федерации, установленный законом, составляет 18 лет для мужчин и для женщин.

Органы местного самоуправления вправе по просьбе лиц, желающих вступить в брак, дать разрешение на вступление в брак лицам, достигшим 16 лет. Законами субъектов Российской Федерации могут быть установлены порядок и условия, при которых вступление в брак может быть разрешено, в виде исключения, до 16 лет.

Датой заключения брака считается дата его регистрации в органах ЗАГСа. Брак, расторгаемый в органах записи актов гражданского состояния, прекращается со дня государственной регистрации расторжения брака в книге регистрации актов гражданского состояния, а при расторжении брака в суде — со дня вступления решения суда в законную силу. Возраст вступивших в брак вычисляется как интервал времени между датой регистрации брака и датой рождения.

Анализ данных

Общие коэффициенты брачности и разводимости вычисляются как отношение соответственно числа заключенных и расторгнутых в течение календарного года браков к среднегодовой численности населения. В таблице 4.10 представлены некоторые показатели брачности и разводимости и методики их расчета.

Анализ и оценка показателя в РФ

На рисунке 4.10 видно, что с 1960 по 2000 г. число браков в расчете на 1 тыс. населения постоянно падало, а число разводов росло. С 2000 г. коэффициент брачности приобрел положительную динамику, а число разводов по-прежнему увеличивается.

Таблица 4.10. Показатели брачности и разводимости

Показатель	Методика расчета
Абсолютное число браков	Представляет собой общее число зарегистрированных браков
Доля состоящих в браке	Представляет собой долю состоящих в браке среди населения данного пола и возраста. Рассчитывается путем деления числа состоящих в браке данного пола и возраста на общую численность населения соответствующей половозрастной группы и умножения полученного результата на 1000, т.е. рассчитывается в промилле
Доля вдовых	Представляет собой долю вдовых среди населения данного пола и возраста. Рассчитывается путем деления числа вдовых данного пола и возраста на общую численность населения соответствующей половозрастной группы и умножения полученного результата на 1000, т.е. рассчитывается в промилле
Абсолютное число разводов	Представляет собой общее число зарегистрированных разводов
Число разводов в расчете на 1000 браков	Представляет собой число разводов в расчете на 1000 браков, заключенных в том же году. Рассчитывается путем деления числа разводов на число браков и умножения частного от деления на 1000

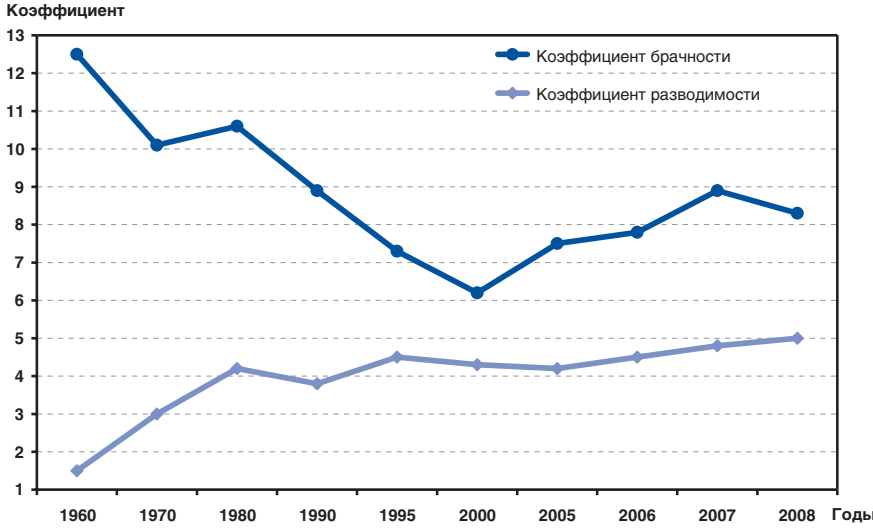

Рис. 4.10. Динамика коэффициентов брачности и разводимости

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятий «демографическая ситуация» и «народонаселение».
2. Что такое критический момент переписи?
3. Приведите примеры показателей, характеризующих половозрастную структуру населения. От чего зависит увеличение доли пожилого населения в структуре населения?
4. Какой численности населения хочет добиться Правительство РФ к 2020 г.?
5. Дайте определение суммарного коэффициента рождаемости. Каким должен быть этот показатель, чтобы добиться замещения поколений в стране?
6. Приведите критерии «живорождения» в РФ и по ВОЗ.
7. Приведите значения общего коэффициента смертности и ожидаемой продолжительности жизни в РФ в 2009 г.
8. Как рассчитывается показатель младенческой смертности?
9. Назовите три главные причины смерти в РФ.
10. Какими показателями характеризуется динамика населения?
11. Какую часть естественной убыли населения в РФ позволяет компенсировать миграционный прирост в 2000–2006 гг.?
12. Как влияют показатели брачности и разводимости на рождаемость, и какова динамика показателя разводимости в РФ в последние годы?

ГЛАВА 5
Заболеваемость

5.1. Основные понятия и определения

Данные по заболеваемости служат основой для планирования в здравоохранении. На основании этих данных планируются объемы необходимой населению медицинской помощи, коечный фонд, кадровые ресурсы здравоохранения.

Ранее отмечалось (глава 3), что понятия «здоровье» и «смертность» могут относиться как к отдельному человеку, так и к населению в целом. Здесь мы будем рассматривать заболеваемость по отношению к населению в целом.

Заболеваемость — это распространенность болезней среди населения или в его отдельных группах. Определяется путем выявления и регистрации числа случаев болезни при обращении в ЛПУ (или при диспансерном осмотре) в течение года.

Первичная заболеваемость регистрируется при установлении в данном году больному диагноза впервые в жизни. **Общая заболеваемость** учитывает не только новые случаи заболеваний, выявленные в данном году, но и все случаи заболеваний, которые были установлены в прошлом году и послужили поводом обращения (или первого посещения) в данном году. Уровень заболеваемости оценивается числом заболеваний на 1000 или 100 тыс. жителей, проживающих на конкретной территории.

Частота распространения заболеваний определяется отношением числа больных к среднегодовой численности населения.

Контингент больных — совокупность всех лиц, страдающих данной болезнью. Этот показатель исчисляется как число больных, состоящих на учете в учреждениях здравоохранения (обратившихся

как в текущем, так и в предыдущие годы) на конец года, к численности населения на конец года.

Данные по заболеваемости собираются из различных источников. Из них 2 основных: обращаемость населения за медицинской помощью и медицинские осмотры населения. Дополнительными источниками являются данные, получаемые при регистрации случаев госпитализации и причин смерти (полученные при патолого-анатомических и судебно-медицинских вскрытиях), а также данные комплексных социально-гигиенических исследований. С учетом всех этих данных о заболеваемости можно судить об исчерпанной, или истинной, заболеваемости. **Исчерпанная заболеваемость** включает все заболевания, выявленные по обращаемости, а также выявленные **дополнительно** при медицинских осмотрах и анализе причин смерти населения.

Независимо от источника информации о заболеваемости отдельному учету и анализу подлежат инфекционные и социально значимые заболевания, а также заболевания с временной утратой трудоспособности.

Анализ заболеваемости проводят: по отдельным группам патологий (согласно Международной классификации болезней), по обращаемости, данным медицинских осмотров, дополнительным источникам данных, по социально значимым, инфекционным заболеваниям, а также по заболеваемости отдельных групп населения (женщины, дети, подростки). Соответствующие показатели, а также данные по РФ представлены в разделах 5.2–5.8.

5.2. Международная классификация болезней

Для статистической разработки данных о заболеваемости населения применяется классификация болезней. С 1999 г. в РФ используется Международная статистическая классификация болезней, травм и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотр, ВОЗ, 1989). Всемирная организация здравоохранения производит пересмотр Международной классификации болезней (МКБ) каждые 10 лет, приводя ее в соответствие с уровнем знаний в медицине (табл. 5.1).

Таблица 5.1. Наименование классов причин смерти, МКБ, X пересмотра (1989)

Класс I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (коды A00—B99)
Класс II	Новообразования (коды C00—D48)
Класс III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (коды D50—D89)
Класс IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (коды E00—E90)
Класс V	Психические расстройства и расстройства поведения (коды F00—F99)
Класс VI	Болезни нервной системы (коды G00—G99)
Класс VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата (коды H00—H59)
Класс VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка (коды H60—H95)
Класс IX	Болезни системы кровообращения (коды I00—I99)
Класс X	Болезни органов дыхания (коды J00—J99)
Класс XI	Болезни органов пищеварения (коды K00—K93)
Класс XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки (коды L00—L99)
Класс XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (коды M00—M99)
Класс XIV	Болезни мочеполовой системы (коды N00—N99)
Класс XV	Осложнения беременности, родов и послеродового периода (коды O00—O99)
Класс XVI	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (коды P00—P96)
Класс XVII	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (коды Q00—Q99)
Класс XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (коды R00—R99)
Класс XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов (коды S00—T98)
Класс XX	Внешние причины смерти (коды V01—Y98)

5.3. Заболеваемость по данным об обращаемости в ЛПУ

Данные об обращаемости населения за медицинской помощью в ЛПУ — наиболее полный источник сведений о заболеваемости. Если сеть таких учреждений достаточна, удается установить заболеваемость с большой достоверностью.

Учетная форма обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения — статистический талон уточненных диагнозов. Принцип учета основан на обязательной регистрации обращений за медицинской помощью. На основании этих данных формируются показатели первичной и общей заболеваемости.

При статистическом учете заболеваемости в амбулаторно-поликлинические учреждения следует различать понятия: «посещение» и «обращение». Посещение — это **каждый** визит больного к врачу или врача к больному. Визит больного к врачу регистрируется с помощью талона на прием к врачу (учетная форма № 025/У — 11 «Талон амбулаторного пациента»[1]), визит врача к больному регистрируется в журнале вызовов врача на дом. На каждого жителя в РФ по ПГГ сейчас приходится около 9 посещений. **Посещение** — это показатель объема медицинской помощи.

В статистическом учете получает отражение **обращение** — или *первое* посещение врача по поводу данного заболевания, которое регистрируется в статистическом талоне уточненного диагноза; в нем ставят знак «+», если диагноз заболевания установлен впервые, и знак «–», если это посещение по поводу обострения хронического заболевания, диагноз которого был поставлен в предыдущие годы.

Например, у больного острое респираторное заболевание, по поводу которого он 1 раз вызывал врача на дом и 2 раза был в поликлинике. Таким образом, было 3 посещения, но обращение 1. Другой пример: у больной обострение хронического холецистита, по поводу которого она была у участкового терапевта в истекшем году 5 раз (диагноз холецистита был поставлен несколько лет назад). В данном случае посещений было 5, обращение 1 — первое посещение в данном календарном году, на которое должен быть заполнен статистический талон уточненного диагноза со знаком «–», так как диагноз установлен не впервые.

---

[1] Утверждена приказом Министерства здравоохранения РФ № 431 от 03.09.2003 г.

Таким образом, при расчете показателя первичной заболеваемости включаются все статистические талоны со знаком «+», т.е. учитывается впервые выявленная заболеваемость. При этом диагноз острых заболеваний учитывают каждый раз при их **новом** возникновении в течение года, а впервые возникшие хронические заболевания — только 1 раз в году. При расчете показателя общей заболеваемости учитывают все статистические талоны, как со знаком «+» (которые были учтены при расчете первичной заболеваемости), так и со знаком «–». При этом, как уже пояснялось, учитывается только 1-е посещение по поводу хронического заболевания в текущем году. Правильно заполнять учетные формы очень важно всем врачам, работающим в поликлиниках, так как это обеспечивает точность сведений о заболеваемости населения.

Наиболее часто используют 4 группы показателей заболеваемости:

1) уровень первичной заболеваемости за год на 1000 человек (статистические талоны со знаком «+»);

2) уровень общей заболеваемости на 1000 человек (все статистические талоны);

3) структура заболеваемости;

4) кратность заболеваний — число заболеваний на 1 человека.

При анализе заболеваемости по обращаемости остаются скрытыми прежде всего хронические заболевания. Для этого рекомендуется учитывать общую заболеваемость более чем за 3 года, тогда можно рассчитывать на выявление всех хронических заболеваний, по поводу которых, как показывает практика, в год обращается примерно 1/3 пациентов. Следует подчеркнуть, что уровень заболеваемости по обращаемости зависит от территориальной и временной доступности медицинской помощи и медицинской грамотности населения.

Можно отметить также особенности уровня заболеваемости по обращаемости в разных возрастных группах. Заболеваемость среди детей высокая на 2–4-м году жизни, причем наиболее высока она на 3-м году (3000 случаев на 1 тыс. человек соответствующего возраста), так как в этот период дети начинают посещать дошкольные учреждения, что и обусловливает рост заболеваемости. Самый низкий уровень заболеваемости в 10–14 лет. К 50 годам жизни он вновь повышается, а потом снижается (влияют социальные факторы, а также своевременность обращения за медицинской помощью).

Анализ и оценка заболеваемости в РФ

В последние 18 лет общая заболеваемость населения РФ постоянно увеличивается, что объясняется, с одной стороны, ростом доли пожилого населения и более полной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, с другой — ухудшением здоровья населения и неэффективностью системы профилактики и лечения заболеваний. Всего в 1990 г. было зарегистрировано 158,3 млн случаев заболеваний (в 2007 г. — 219,5 млн, в 2008 г. — 221,7 млн), т.е. рост составил 40% (в пересчете на 100 тыс. населения заболеваемость увеличилась на 46%). Наблюдаемый рост заболеваемости коррелирует с ростом смертности населения за этот период. Следует отметить, что реальная заболеваемость, требующая врачебного вмешательства, может быть выше, чем регистрируемая. Связано это с тем, что часть населения из-за низкой доступности медицинской помощи, особенно ПМСП, просто не обращается в медицинские учреждения.

На рисунке 5.1 представлена динамика общей заболеваемости по годам и отдельным классам болезней на 100 тыс. населения.

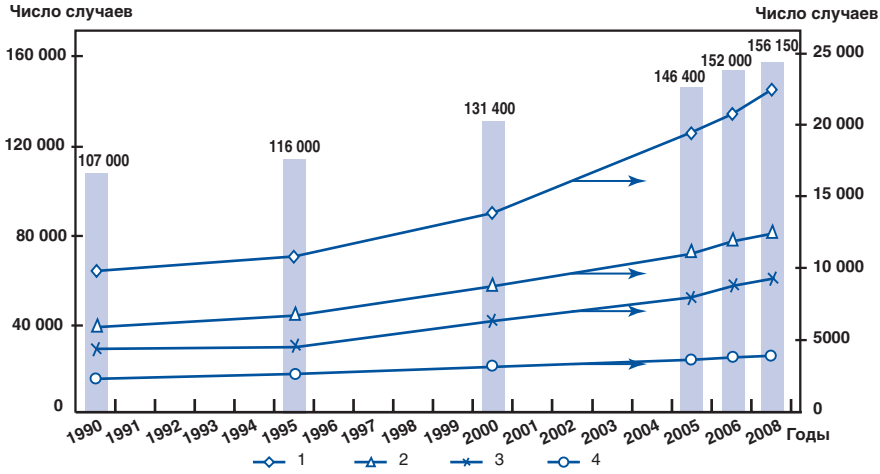

Рис. 5.1. Общая заболеваемость в РФ на 100 тыс. населения в 1990–2008 гг. (всего населения по классам болезней):

столбцы — все заболевшие (левая ось ординат); кривые — заболеваемость по классам болезней (правая ось ординат); 1 — болезни системы кровообращения; 2 — болезни костно-мышечной системы; 3 — осложнения беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. женщин в возрасте 15–49 лет; 4 — новообразования

Существенно, что с 1990 по 2008 г. возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти, например количество заболеваний системы кровообращения увеличилось в 2 раза, онкологических — на 60%. Частота приводящей к инвалидности патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также осложнений беременности, родов и послеродового периода возросла в 2 раза.

На рисунке 5.2 представлена структура общей заболеваемости в 2008 г. по основным классам болезней. Среди причин заболеваемости преобладала патология органов дыхания (23,5%) и системы кровообращения (14%).

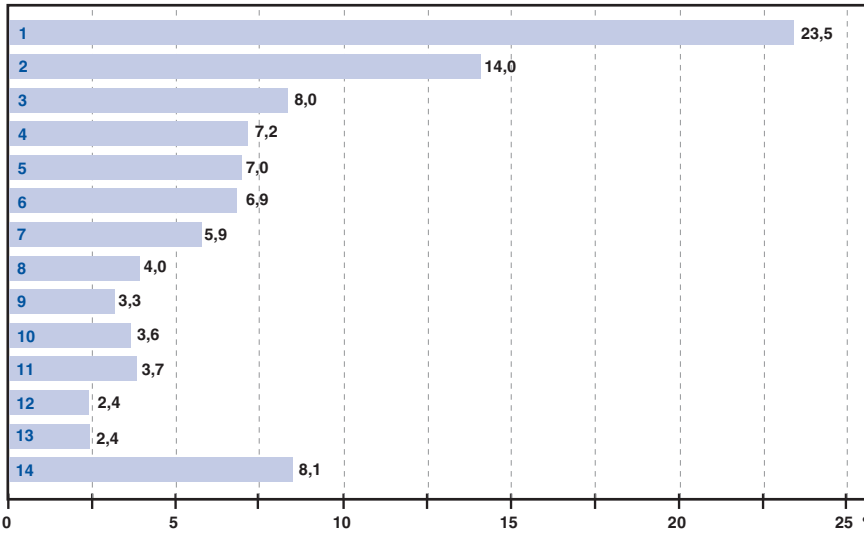

Рис. 5.2. Структура общей заболеваемости населения России по основным классам болезней в 2008 г.:
1 — болезни органов дыхания; 2 — болезни системы кровообращения; 3 — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; 4 — болезни органов пищеварения; 5 — болезни глаза и его придаточного аппарата; 6 — болезни мочеполовой системы; 7 — травмы, отравления и другие внешние воздействия; 8 — болезни кожи и подкожной жировой клетчатки; 9 — инфекционные и паразитарные болезни; 10 — болезни нервной системы; 11 — болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ; 12 — болезни уха и сосцевидного отростка; 13 — новообразования; 14 — все остальные

5.4. Заболеваемость по данным медицинских осмотров

Наибольшее число хронических заболеваний выявляется при комплексных медицинских осмотрах, наименьшее — по обращаемости за медицинской помощью. Комплексные медицинские осмотры увеличивают показатель заболеваемости по обращаемости у женщин почти вдвое, у мужчин — на 70–80%. При проведении повторных осмотров значительно снижается выявляемость заболеваний, в основном регистрируются не запущенные их стадии, а преморбидные и начальные.

Медицинские осмотры способствуют наиболее ранней диагностике заболеваний и соответственно своевременному началу лечения и профилактических мероприятий.

В зависимости от задач, медицинские осмотры подразделяются на:

1) предварительные;
2) периодические;
3) целевые (профилактические или диспансерные).

Предварительные медицинские осмотры проводятся при приеме на работу или учебу для определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения.

Периодические медицинские осмотры проводят с целью динамического наблюдения за состоянием здоровья работающих во вредных и опасных условиях труда, для установления начальных признаков профессиональных заболеваний.

В зависимости от контингента лиц выделяют предварительные и периодические медицинские осмотры:

- работников предприятий, организаций и учреждений, имеющих контакт с профессиональными вредностями;
- лиц, чья профессия может способствовать распространению заболеваний среди населения (работники пищевых предприятий, детских учреждений и др.);
- детей всех возрастов, подростков, учащихся профтехучилищ и вузов.

Периодические и предварительные медицинские осмотры регламентируются приказами Минздравсоцразвития РФ, которые определяют, кто подлежит осмотрам, и каков объем обследования. Эти осмотры позволяют полнее выявить хронические заболевания и своевременно провести лечебно-оздоровительные мероприятия.

Целевые (диспансерные, профилактические) медицинские осмотры проводят для выявления ранних форм социально-значимых заболеваний (злокачественные новообразования, туберкулез, сахарный диабет, СПИД и др.). Результаты таких осмотров имеют значение для планирования в здравоохранении и проведения лечебных и профилактических мероприятий.

Проведение профилактических медицинских осмотров требует отвлечения большого числа кадровых ресурсов и диагностического оборудования. Более экономным видом обследования населения на раннее выявление заболеваний является скрининг. **Скрининг** чаще всего проводят с целью обнаружения одного или нескольких заболеваний диагностическими (лабораторными или инструментальными) методами обследования. Например, скрининговым методом выявления рака молочной железы является маммография, рака предстательной железы — анализ крови на простатоспецифический антиген. Скрининг проводится не сплошным методом, а среди возрастных групп населения, наиболее подверженных данному заболеванию.

Для анализа данных, полученных при медицинских осмотрах, используют показатель **патологической пораженности**. Этот показатель рассчитывается как отношение числа заболеваний, выявленных на медицинских осмотрах, к числу осмотренных в расчете на 1000 населения. Этот показатель позволяет выявить заболевания, по поводу которых граждане не обращались в амбулаторно-поликлинические учреждения и соответственно не были зарегистрированы ранее.

Анализ и оценка показателя в РФ

Дополнительные диспансерные осмотры работающего населения, проведенные в 2006 и 2009 гг. в рамках ПНП «Здоровье», позволили выявить недиагностированные ранее заболевания. Данные Федерального ФОМС по группам здоровья граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию (в процентах), представлены на рис. 5.3.

Видно, что в 2009 г. из 13 млн всех обследованных к I группе здоровья (т.е. практически здоровые) относятся около 25% обследованных граждан трудоспособного возраста, ко II группе, имеющих риски развития заболеваний, — около 16%.

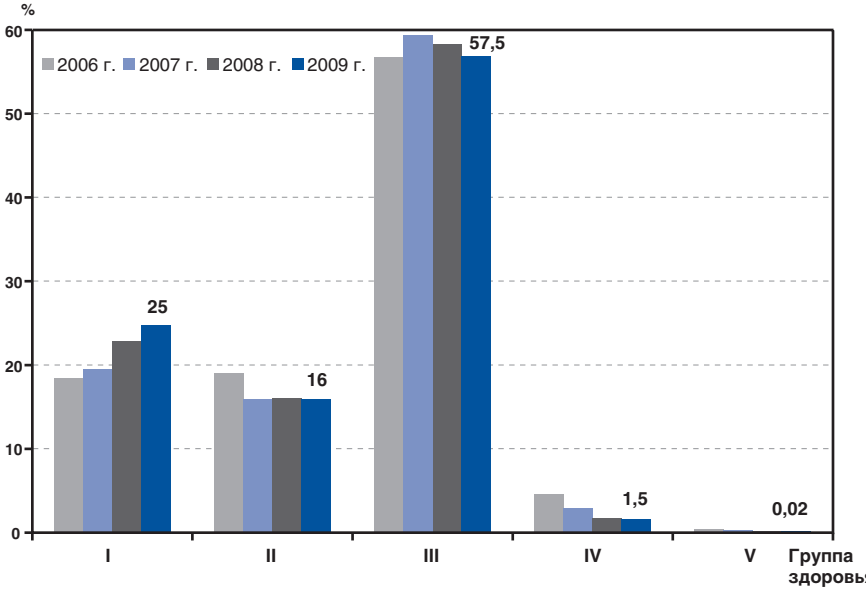

Рис. 5.3. Распределение обследованных граждан по группам здоровья (в %): I группа — практически здоровые; II — с риском развития заболевания; III — нуждающиеся в амбулаторно-поликлиническом лечении; IV — нуждающиеся в стационарном лечении; V — нуждающиеся в высокотехнологичной медицинской помощи

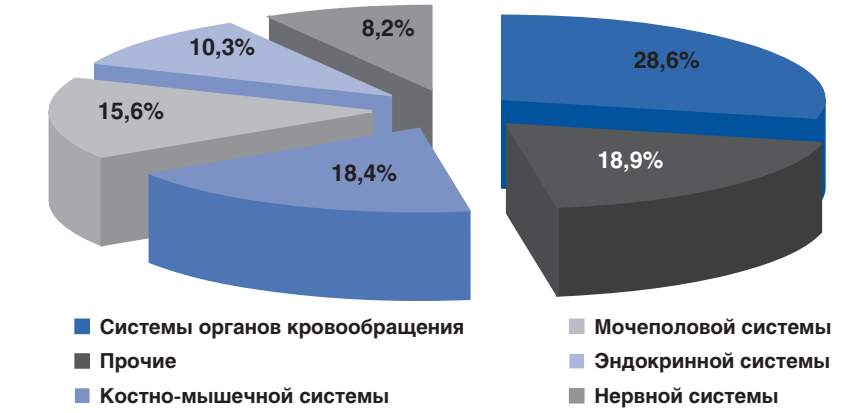

Рис. 5.4. Структура заболеваемости по результатам дополнительной диспансеризации в 2006–2009 гг.

При анализе структуры заболеваемости (см. рис. 5.4), выявленной в ходе диспансерных осмотров, на 1-м месте оказались заболевания системы кровообращения (28,6%), на 2-м — патология костно-мышечной системы (18,4%), на 3-м — мочеполовой системы (15,6%).

5.5. Дополнительные источники данных по заболеваемости

В диагностике наиболее сложных случаев заболеваний большая роль принадлежит **стационарам**. Учетная форма заболеваемости в стационарах — карта выбывшего из стационара. Информация о диагнозах, поставленных в больничных учреждениях, позволяет судить о правильности диагностики и лечения в амбулаторно-поликлинических условиях, частоте наиболее тяжелых случаев заболеваний, соответствии клинических и патолого-анатомических диагнозов. Данные о больничных диагнозах служат также источником информации о заболеваниях, по поводу которых население не обращалось в амбулаторно-поликлинические учреждения и соответственно позволяет рассчитать показатель истинной заболеваемости.

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. К заболеваемости по данным о причинах смерти относятся болезни, которые привели к гибели человека, но по поводу которых он при жизни не обращался в ЛПУ. Эти данные регистрируются при патолого-анатомическом или судебно-медицинском вскрытии. К сожалению, в практическом здравоохранении эти данные используют редко. Считается, что эти данные позволяют выявить до 1,2–1,3 случая на 1000 населения, причем около 80% из них составляют заболевания системы кровообращения.

На основании данных об обращаемости, результатом медицинских осмотров и дополнительных данных о заболеваемости рассчитывают показатель **исчерпанной (истинной) заболеваемости:**

$$\textbf{Исчерпанная (истинная) заболеваемость} = \frac{\begin{array}{c}\text{Число всех заболеваний,}\\ \text{выявленных в данном году по обращаемости}\\ + \text{число заболеваний, выявленных дополнительно}\\ \text{на медицинских осмотрах}\\ + \text{число заболеваний, вызвавших смерть больного}\end{array}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Усреднено истинная заболеваемость складывается из следующих составляющих: 52% (по обращаемости) + 47% (по данным медицинских осмотров) + 1–0,5% (по данным госпитализаций, патолого-анатомических и судебно-медицинских вскрытий).

Заболеваемость по результатам комплексных социально-гигиенических исследований. Комплексные социально-гигиенические исследования состояния здоровья населения проводятся отдельными исследователями и (или) коллективами научных работников и посвящены, как правило, особенностям состояния здоровья, в первую очередь заболеваемости и факторам риска развития заболеваний в определенных группах населения.

5.6. Заболеваемость важнейшими социально значимыми заболеваниями

Заболевания, своевременное выявление и лечение которых важно для общества в целом, подлежат специальному учету. Учетная форма — специальное извещение, которое заполняется в случае установления диагноза туберкулеза, онкологического и венерического заболеваний, ВИЧ-инфекции и СПИДа, алкоголизма, наркомании, психического заболевания.

При обнаружении социально значимых заболеваний заполняют:

- извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилис, гонорея, трихомоноз, хламидиоз, герпес урогенитальный, аногенитальные бородавки, микроспория, фавус, трихофития, микоз стоп, чесотка (ф. 089/у — кв);
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза, рецидива туберкулеза (ф. 089/у — туб);
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (ф. 090/у);
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании (ф. 091/у).

Все извещения должны быть отправлены в 3-дневный срок после установления диагноза в территориальные диспансеры (кожно-венерологический или противотуберкулезный), а также в территориальный орган Роспотребнадзора.

Анализ и оценка показателей в РФ

В РФ с 1990 по 2008 г. возросла первичная заболеваемость туберкулезом и некоторыми заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем. Так, первичная заболеваемость туберкулезом выросла в 2,5 раза (с 34,2 до 85,1 случая на 100 тыс. населения), причем почти у 1/3 больных с легочной формой туберкулеза была запущенная форма заболевания. Хотя первичная заболеваемость сифилисом с 1995 г. снижается, она по-прежнему остается в 11 раз выше, чем в 1990 г. (соответственно 5,3 и 59,9 случая на 100 тыс. населения). Рост распространенности этих заболеваний свидетельствует как о социально-экономическом неблагополучии в обществе, так и о низкой эффективности профилактических программ.

5.7. Заболеваемость инфекционными заболеваниями

В Российской Федерации действует строгая система учета инфекционных заболеваний, независимо от места заражения и гражданства заболевшего. Отдельному учету подлежат случаи **острых инфекционных заболеваний**. Учетная форма — экстренное извещение об инфекционном заболевании. В отношении каждой группы инфекционных заболеваний существует своя система сбора и обработки данных:

- карантинные заболевания, при появлении которых на территории страны представляются внеочередные донесения (чума, холера, оспа, желтая лихорадка, возвратный тиф);
- заболевания, о каждом случае которых сообщают в местную санитарно-эпидемиологическую службу (СЭС), приводя детальные сведения (брюшной тиф, паратифы, дизентерия, энтериты, корь, коклюш, менингиты, энцефалиты, инфекционный гепатит, скарлатина, столбняк и др.);
- заболевания, о которых из ЛПУ поступают только суммарные сведения (грипп, острые инфекции верхних дыхательных путей).

Медицинский работник, заподозривший инфекционное заболевание, обязан составить экстренное извещение и отправить его в течение 12 ч в территориальный центр гигиены и эпидемиологии. Медицинские работники ФАП составляют извещение в 2 экземплярах: один направляют в центр гигиены и эпидемиологии, другой — в лечебное учреждение, в ведении которого на-

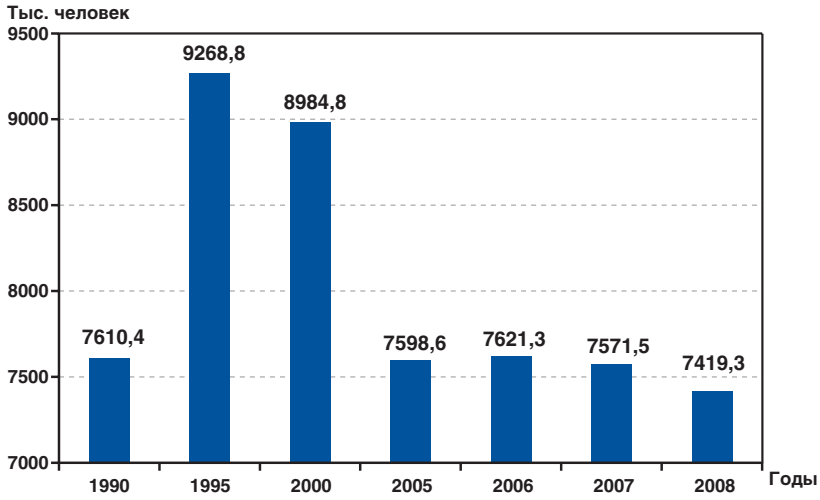

Рис. 5.5. Динамика общей заболеваемости населения РФ некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями

ходится данный ФАП. За полноту и правильность заполнения извещения ответственность несет главный врач учреждения.

Помимо оперативной информации, центрами гигиены и эпидемиологии ведется отчет «О движении инфекционных заболеваний» (ф. 85-инф).

Анализ и оценка показателей в РФ

Динамика общей заболеваемости некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями в РФ представлена на рис. 5.5. Виден ее рост с 1990 по 2000 г.: с 7610,4 тыс. человек до 8984,8. Этот рост во многом связан с увеличением миграции населения, в том числе из стран «ближнего» зарубежья. Сегодня эти показатели стабилизировались на уровне 1990 г.

5.8. Заболеваемость отдельных групп населения

Изучение заболеваемости отдельных групп населения позволяет не только планировать соответствующие мероприятия и ресурсы системы здравоохранения, но и выделять приоритетные направления в политике здравоохранения.

Анализ здоровья женщин проводят по следующим показателям:

- заболеваемость женщин отдельными болезнями;

- число заболеваний, осложнивших роды;
- заболевания, осложнившие роды и послеродовый период;
- число абортов на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет.

Анализ состояния здоровья детей в возрасте 0–14 лет проводится по следующим показателям:

- число новорожденных, родившихся больными и заболевших в перинатальный период;
- заболеваемость детей первого года жизни по основным классам и группам болезней;
- результаты профилактических осмотров детей в возрасте от 0 до 14 лет (по заболеваниям —в абсолютных числах и в процентах);
- заболеваемость детей по основным группам и классам болезней в возрасте от 0 до 14 лет.

Анализ состояния здоровья подростков в возрасте 15–17 лет проводится по показателю:

- заболеваемость подростков по основным группам и классам болезней.

Отдельно изучается заболеваемость детей: активным туберкулезом с новообразованиями; заболеваниями, передаваемыми половым путем; психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе связанными с употреблением психоактивных веществ; а также вследствие травм и воздействия других внешних причин.

Анализ и оценка показателей в РФ

Состояние здоровья женщин. Число девочек и женщин в общей численности населения РФ в 2008 г. составило 76,3 млн (или 54% населения), из них в возрасте 15–49 лет — 38,4 млн женщин (27% населения).

В структуре заболеваемости женского населения с диагнозом, установленным впервые в жизни, преобладают осложнения беременности, родов и послеродового периода, расстройства менструации и болезни шейки матки. Динамика заболеваемости женщин отдельными болезнями в расчете на 100 тыс. женского населения определенного возраста представлена на рис. 5.6. Из него видно, что по сравнению с 1995 г. в 2008 г. возросло число женщин, страдающих расстройствами менструации (показатель рассчитывается на 100 тыс. женщин от 10 до 49 лет) и со злокачественными новообразованиями (рассчитывает-

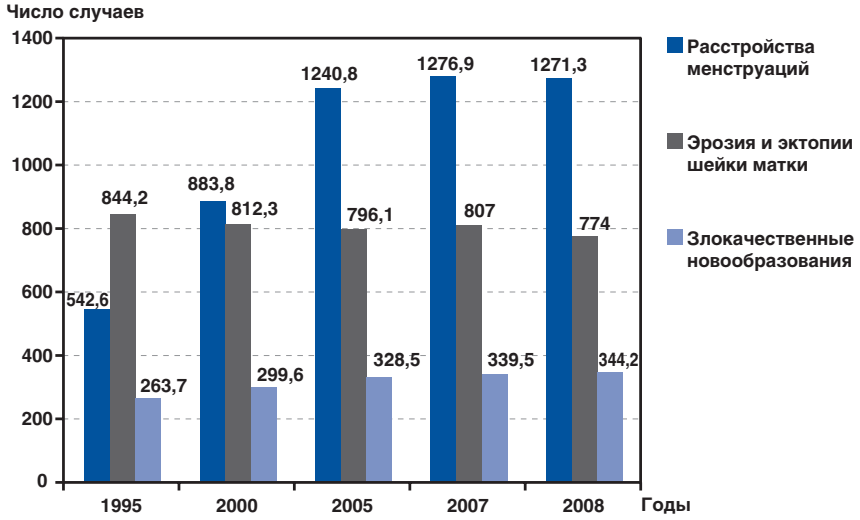

Рис. 5.6. Динамика заболеваемости женщин отдельными болезнями (количество больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 100 тыс.)

ся на женщин всех возрастов). Частота эрозии и эктопии шейки матки (показатель рассчитывается на женщин 18 лет и старше) несколько уменьшилась, что связано с реализацией программ, направленных на выявление и лечение этих заболеваний.

Среди женщин с доношенной беременностью анемия была у 37,5%, болезни мочеполовой системы — у 19,9%; отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства — у 18,3%, болезни системы кровообращения — у 10,5%; венозные осложнения — у 4,2%; сахарный диабет — у 0,2%.

На рисунке 5.7 представлено соотношение числа прерываний беременности (абортов) и численности родившихся живыми детей в динамике с 1995 по 2008 г. Видно, что в 1995 г. абортов было почти в 2 раза выше, чем родившихся детей. Однако к 2008 г. динамика изменилась в лучшую сторону: численность родившихся живыми стало превалировать над числом абортов.

Состояние здоровья детей. На 1 января 2009 г. в Российской Федерации зарегистрированы 22,5 млн детей в возрасте 0–15 лет (или 16% всего населения), в том числе детей до 1 года жизни — 0,517 млн.

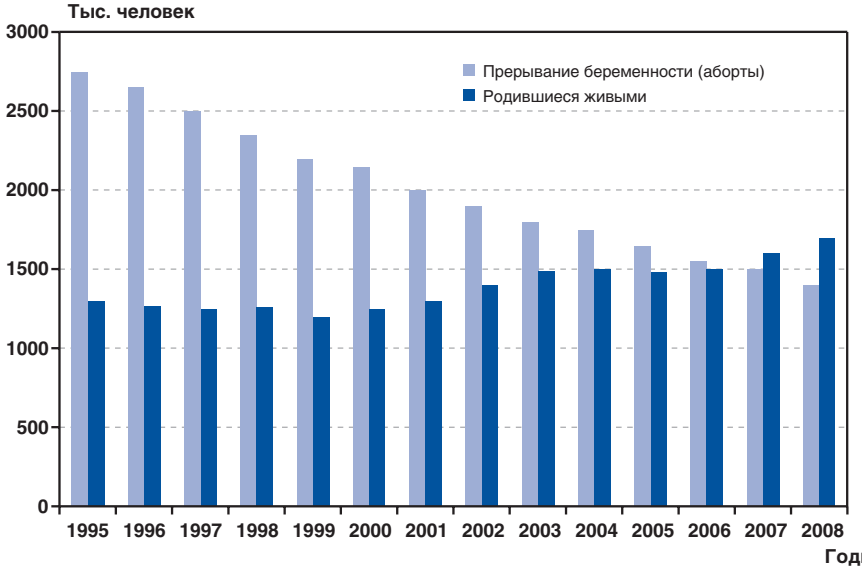

Рис. 5.7. Число прерываний беременности (абортов) и численность родившихся живыми детей

С 1990 г. отмечено резкое увеличение числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, и эта отрицательная динамика сохраняется (рис. 5.8). В 2000–2008 гг. больными оказались почти 40% родившихся детей, а из числа родившихся живыми 5,3% были недоношенными.

Общая заболеваемость детей первого года жизни в 2008 г. составила 4,12 млн человек, что на 38% выше, чем в 2000 г.; во многом это связано с увеличением числа детей в данной возрастной группе. При пересчете показателя на 1000 детей, достигших 1 года, рост общей заболеваемости с 2000 г. составил 8%. В структуре общей заболеваемости детей первого года жизни преобладали заболевания органов дыхания — 43% (1768 тыс. человек), заболевания вследствие отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, — 16% (669 тыс. человек), болезни нервной системы — 8% (319 тыс. человек).

Состояние здоровья подростков. Общая первичная заболеваемость подростков по всем классам болезней составляет 6,6 млн человек (показатель на уровне первичной заболеваемости 2000 г.). Однако при пересчете на 100 тыс. подростков рост первичной заболеваемости составил 41%, т.е. она серьезно увеличивается среди подростков. В структуре первичной заболеваемости подростков преобладают

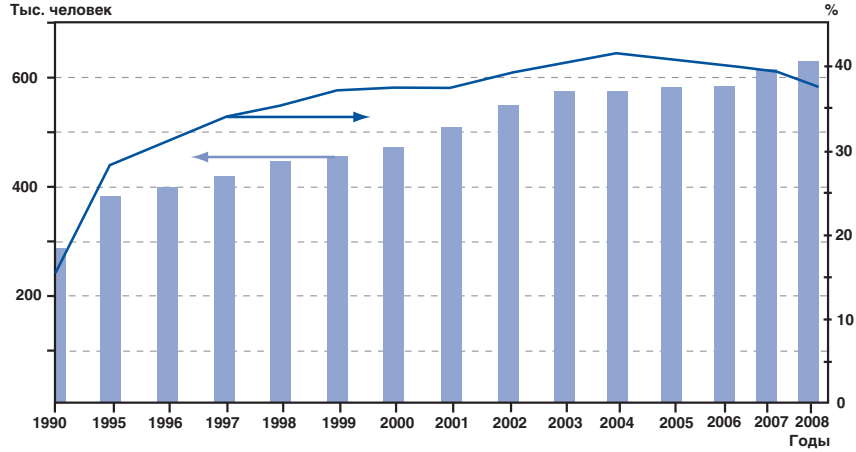

Рис. 5.8. Число детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, с массой тела более 1000 г:
столбцы (левая ось ординат) — абсолютное число детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности (тыс.); кривая (правая ось ординат) — их доля от всех родившихся (%); на оси ординат указывают стрелки

болезни органов дыхания — 46% (3 млн человек), последствия воздействий внешних причин — 12% (около 0,8 млн человек), болезни кожи и подкожной клетчатки — 7% (0,438 млн человек).

5.9. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности

Учетная форма — больничный лист. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) регистрируется на 100 человек работающих и оценивается по числу потерянных из-за нее дней и числу случаев в году в расчете на 100 работающих. Помимо заболеваний, она включает дни и случаи по уходу за больными, карантину, санаторно-курортному лечению. ЗВУТ (в днях и в случаях заболевания) из года в год претерпевает резкие изменения, что свидетельствует не столько об истинных переменах, сколько о социальных, психологических, правовых причинах, в частности о боязни безработицы, необращении больных в ЛПУ.

Кроме 2 указанных параметров, определяют также среднюю длительность случаев заболевания (она равна частному от деления числа дней на число случаев заболеваний).

Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности изложен в главе 14.

Анализ и оценка показателей в РФ

В таблице 5.2 представлены данные о временной нетрудоспособности населения РФ и в ряде других развитых странах. Видно, что число дней нетрудоспособности в расчете на 100 работающих с 1990 по 2008 г. в РФ сократилось. Однако эти изменения — не следствие улучшения здоровья работников, а, скорее, результат перехода страны на рыночную экономику, когда из страха потерять работу у частных работодателей люди, заболев, не обращаются к врачам и продолжают выходить на работу, не оформляя больничный лист. С другой стороны, обращаемость за медицинской помощью сокращается из-за снижения доступности мощностей производственной медицины для работающих граждан.

Таблица 5.2. Временная нетрудоспособность в РФ и в некоторых развитых странах на 1 работника в год

Страны	РФ		Германия		Чехия		«Новые» страны ЕС	
Годы	1990	2008	1990	2008	1990	2008	1990	2008
Число дней невыхода на работу по болезни в расчете на 1 работника в год	10,0	7,4	12,4	13,9	17,5	19,0	—	21,7

Весомую долю в заболеваемости с временной утратой трудоспособности составляют болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни костно-мышечной, сердечно-сосудистой систем и болезни кожи и подкожной клетчатки. Средняя длительность 1 случая нетрудоспособности составила в 2008 г. — 14,6 дня.

Контрольные вопросы

1. Как регистрируется заболеваемость в РФ?
2. Чем отличается первичная заболеваемость от общей?
3. Насколько выросла заболеваемость в РФ с 1990 по 2008 г. в расчете на 100 тыс. населения?
4. Какую долю составляют граждане III группы здоровья по данным медицинских осмотров?
5. Как рассчитывается исчерпанная заболеваемость?
6. Как соотносятся рождаемость и аборты в РФ?
7. Какова доля детей, родившихся больными и заболевших в период новорожденности?
8. С чем связано снижение показателей числа дней ЗВУТ в РФ с 1990 по 2008 г.?

ГЛАВА 6
Другие показатели здоровья населения

6.1. Инвалидность

Инвалидность, или стойкая нетрудоспособность, — это длительная или постоянная потеря трудоспособности вследствие значительного нарушения функций организма, вызванного хроническим заболеванием или травмой. Инвалидность характеризуют следующие показатели:

- 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 тыс. населения;
- распространенность инвалидности среди детей — число детей-инвалидов на 10 тыс. 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 тыс. населения (или на 10 тыс. работающих).

Инвалидность в РФ

Инвалидность в нашей стране с 1990 по 2008 г. не уменьшается, в том числе не уменьшается доля лиц трудоспособного возраста среди всех, впервые признанных инвалидами, составляя 44,7% (рис. 6.1). По данным Росстата, на 1 января 2009 г. зарегистрировано 12,7 млн инвалидов, или 9% населения. В последние годы в структуре первичной инвалидности преобладают заболевания системы

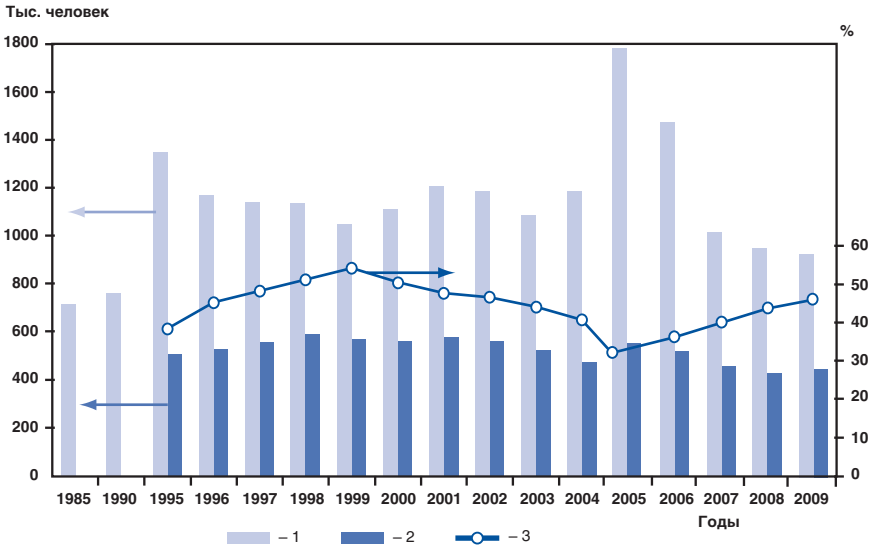

Рис. 6.1. Численность лиц, впервые признанных инвалидами, в возрасте 18 лет и старше:
1 — всего впервые признанных инвалидами (тыс.); 2 — абсолютное число инвалидов трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами (тыс., данные начиная с 1995 г.); 3 — доля инвалидов трудоспособного возраста от общей численности впервые признанных инвалидами (%)

кровообращения (44,5%), а также злокачественные новообразования (17,6%).

Структура причин общей инвалидности взрослых такова: болезни системы кровообращения — 45%, злокачественные новообразования — 18%, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 8%, последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин — 5%, психические расстройства и расстройства поведения — 4%, туберкулез — 3%, болезни эндокринной системы — 3%, болезни нервной системы — 3%, болезни глаза и его придаточного аппарата — 3%, болезни органов дыхания — 2,6%, болезни органов пищеварения — 1,8%, прочие — 3,6%.

Распространенность инвалидности имеет региональные особенности: больше всего впервые признанных инвалидами в Москве, Санкт-Петербурге, самые низкие показатели — в Республике Саха (Якутия), Амурской и Тюменской областях; Республике Ингушетия.

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, 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 место в структуре причин смертности и на 2–3-е место в структуре причин инвалидности.

Инвалидность в зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности подразделяют на 3 группы (порядок присвоения групп инвалидности описан в разделе 14.3). Наиболее часто определяют инвалидность II группы (более 60% случаев), затем — III группы (более 24% случаев) и I группы (примерно 12–13% случаев). Мужчины составляют большую часть признанных инвалидами впервые (55%), женщины — 45%; почти 80% из них — городские жители, 20% — жители села.

Реабилитация инвалидов. Для получивших инвалидность предусмотрена социальная пенсия. Специалистами бюро, проводившему медико-социальную экспертизу, разрабатывается также индивидуальная программа реабилитации инвалида, где определены содержание реабилитационных мероприятий, объем и сроки их проведения. Виды реабилитации:

- *Медицинская* реабилитация — направлена на восстановление нарушенных функций или на проведение различных лечебных мероприятий, приспосабливающих инвалида к жизни и общественно полезной деятельности.
- *Психологическая* реабилитация — направлена на выработку активной жизненной позиции и положительной трудовой установки у инвалида, в основном за счет средств психотерапии.
- *Профессиональная* реабилитация — включает комплекс мероприятий по профессиональной ориентации, профессиональной подготовке и переподготовке, подбор соответствующей профессии, обеспечение условий труда, отвечающих состоянию здоровья, приспособление рабочего места к имеющемуся дефекту и др.
- *Социальная* реабилитация — процесс восстановления способностей индивида к самостоятельной, общественной

и семейно-бытовой деятельности. Она включает в себя социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию. Социально-средовая ориентация представляет собой индивидуальный подбор доступных видов общественной и семейно-бытовой деятельности, а социально-бытовая адаптация определяет оптимальные режимы этой деятельности в конкретных социально-средовых условиях и приспособление к ним инвалида.

Основную роль в социальной помощи инвалидам, помимо получения пенсий, играют оказание социальной помощи одиноким инвалидам на дому, а также создание центров социальной реабилитации. Например, в Москве в середине 1990-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.

6.2. Физическое развитие

Важнейший критерий здоровья — физическое развитие. Чаще всего физическое развитие оценивают у детей.

О физическом развитии судят по **антропометрическим показателям** (масса и размеры тела, объем грудной клетки и т.д.). Антропометрические измерения и главный из них — ростовесовой показатель (рост, в сантиметрах, минус масса тела, в килограммах), а также все измерения тела (окружность грудной клетки, бедер, талии и т.п.) фиксируют при доврачебном обследовании пациентов и передают врачу. Эти сведения помогают в установлении диагноза, назначении лечения и профилактических рекомендаций, что значительно сокращает время приема пациентов. Если в структуре амбулаторно-поликлинических учреждений таких отделений или кабинетов нет, целесообразно поручать эти функции среднему медицинскому персоналу. Дополнительно оценивают физическое развитие по соматоскопическим и функциональным показателям. При **соматоскопических** наблюдениях следует обращать внимание не только на внешний вид детей, но и на телосложение, определяя его по общепринятым критериям — нормостенический, гипертонический, гипостениче-

ский типы; атлетический (мышечный), дыхательный, промежуточный и др. Кроме определения типа телосложения, оценивают состояние кожных покровов, слизистых оболочек (цвет, сухость, влажность и др.), тургор кожи (кожной складки) и другие признаки. Оценивают функциональные изменения — показатели лабораторных анализов (общие анализы крови, мочи), дыхательной емкости легких (спирометрия), измеряют артериальное и внутриглазное давление, возможно, мышечную силу (силу мышцы кисти) и др.

Полное и грамотное обследование физического состояния и особенно соматоскопические наблюдения позволяют быстро предположить характер 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 прошлого века 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. В последующем «волна» акселерации пошла на убыль, и возросло число ретардантов, т.е. детей, имеющих замедленное развитие. Это особенно заметно в настоящее время в связи с изменившимися в худшую сторону условиями жизни. Акселерация и особенно ретардация сказываются на состоянии здоровья. Это проявляется нарушением деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, эндокринной систем.

Детальная оценка показателей физического развития осуществляется при углубленных медицинских осмотрах детей. Обязательному освидетельствованию физического развития подлежат новорожденные, дети первого года жизни (ежемесячно), раннего и дошкольного возраста (ежегодно), перед поступлением в школу и ученики «декретированных» классов (3-й, 6-й, 8-й классы).

Антропометрические данные ребенка необходимо сопоставить со стандартами физического развития, разработанными с использованием различных методов статистического анализа. В настоящее время успешно применяется центильный метод. Центильные шкалы составлены по 10 признакам, которые позволяют детально охарактеризовать морфологический статус, опреде-

лить гармоничность физического развития, выявить детей, склонных к ожирению, оценить функциональное состояние организма, выявить детей с изменением сосудистого тонуса. Поскольку центильные шкалы разработаны для определенных половозрастных групп детей, необходимо установить возраст ребенка с точностью до дней, чтобы отнести его к соответствующей возрастной группе.

Физическое развитие детей в значительной степени определяется условиями анте- и перинатального периода, в том числе здоровьем родителей. Среди родившихся от женщин с токсикозами и другими заболеваниями детей с отклонениями в развитии больше в 1,5–3 раза, чем в общей популяции. У курящих и потребляющих алкоголь отцов в 2 раза, а у матерей — в 4 раза больше детей с отклонениями в развитии, чем у родителей, ведущих здоровый образ жизни.

Нарушение физического развития тесно причинно связано с факторами риска здоровья, особенно с гиподинамией, избыточной массой тела, самым непосредственным образом влияющей на заболеваемость и другие показатели здоровья. Так, по данным исследований, 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, которая была на 25–30% больше, чем у детей с нормальной массой тела.

К ведущим факторам риска по ожирению относятся искусственное вскармливание, гиподинамия, 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 возросло. Рацион питания детей преимущественно углеводистый, пониженной энергетической и питательной ценности. Федеральная программа развития индустрии детского питания выполняется неудовлетворительно.

Особенно неблагополучно состояние детей с несколькими факторами риска. В то же время почти 2/3 родителей, дети которых страдают ожирением, не считают их больными и соответственно не устраняют факторы риска, хотя практически все дети с ожирением II и III степени относятся к часто болеющим, причем у них не только чаще возникают острые заболевания, но и в большей мере распространены хронические заболевания.

6.3. Группы здоровья

Комплексным показателем, ориентированным на определение заболеваемости, являются группы здоровья. Для взрослых выделяют 5 групп 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, курильщики и др.); 3-я группа — лица с хроническими или обострением хронических заболеваний, нуждающиеся в амбулаторно-поликлиническом лечении; 4-я группа — декомпенсированные по заболеванию больные, нуждающиеся в госпитализации; 5-я — нуждающиеся в высокотехнологичной медицинской помощи. Данные распределения взрослого населения по группам здоровья см. в разделе 5.4.

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.

В зависимости от значения перечисленных критериев выделяют 5 групп здоровья детей. 1-я группа здоровья включает детей, не имеющих хронического заболевания и отклонений в функциональном состоянии организма, уровень их психического и физического развития соответствует возрасту, в течение года они переносят не более 1 заболевания. 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, имеющиеся у детей этой группы здоровья различные факторы риска с не-

возможностью их устранения способствуют развитию различных хронических заболеваний. Эти дети нуждаются в особом внимании педиатров. Дети 2-й группы здоровья составляют от 15 до 60%.

Число детей с различными хроническими заболеваниями (3–5-я группы) колеблется от 20 до 40% — в зависимости от возраста, региона проживания, основного места воспитания ребенка. Это самые неблагополучные по здоровью группы детей, нуждающиеся в более внимательном отношении.

Таким образом, 1-я группа здоровья включает в себя детей, практически не болевших в течение года; 2-я группа — детей, перенесших 2–3 заболевания в год (группа эпизодически болеющих), а 3–5-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 — дети, имеющие 4 заболевания в год и более (обычно это дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации), к 5-й, наиболее неблагоприятной, — больные в состоянии декомпенсации.

6.4. Перспективные направления оценки здоровья

Потерянные годы потенциальной жизни (potential years of life lost — PYLL)

Этот показатель позволяет рассчитывать число лет, недожитых популяцией до некоторого нормативного возраста, обычно равного 70 или 65 годам.

Предполагается, что у каждого индивидуума имеется 70 лет «продуктивной» жизни, и поэтому смерть в возрасте a приводит к потере $(70 - a)$ лет жизни при $a < 70$. При использовании 5- или 10-летних возрастных интервалов предполагается, что все смерти происходят в середине интервала.

В качестве первого шага рассчитывают так называемые недожитые годы:

$$a_i = T - x_i,$$

где T — верхний предельный возраст, до которого рассчитывают недожитые (обычно 70 или 65 лет) годы; x — середина соответствующего возрастного интервала.

Потерянные годы потенциальной жизни рассчитывают как сумму произведений числа умерших на недожитые годы в каждой возрастной группе:

$$PYLL = \sum_i D_i \cdot a_i.$$

Коэффициент потерянных лет потенциальной жизни рассчитывают по формуле:

$$Rate\ PYLL = PYLL/P_u,$$

где P_u — численность изучаемого населения в соответствии с возрастом от 1 до T.

Показатель DALY — годы жизни с поправкой на здоровье (disability-adjusted life year)

Показатель DALY получают путем суммирования двух компонент — потерянных лет жизни (years of life lost — YLL) и лет, прожитых в состоянии инвалидности (years lived with disability — YLD). Формула расчета YLL такова:

$$YLL = \sum_{x=0}^{\omega} D_x \cdot e_x,$$

где D_x — число умерших в возрасте x, e_x — ожидаемая продолжительность жизни в возрасте x (обычно берется из модельных таблиц смертности).

YLD рассчитывают по следующей формуле:

$$YLD = \sum_{x=0} n_x \cdot i_x \cdot L_x \cdot D.$$

где n — численность населения в возрасте x; i — заболеваемость данной болезнью в возрасте x; L — среднее время пребывания в группе x; D — уровень инвалидности.

Показатель DALY является дальнейшим развитием концепции потерянных лет жизни. Он включает в себя не только потерянные годы жизни из-за смертности, но и потерю здоровых лет жизни вследствие болезней. Так что для расчета показателя необходимы данные о повозрастной заболеваемости для различных болезней (и травм), о средней продолжительности каждой болезни в зависимости от возрастной группы, о средней величине возраста воз-

никновения данной болезни для каждой возрастной группы, весовой функции инвалидности (от 0 до 1).

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные причины инвалидности в РФ и опишите динамику этого показателя в РФ с 1990 по 2009 г.
2. Какие факторы влияют на физическое развитие детей?
3. Охарактеризуйте четыре группы здоровья детей.
4. Какие показатели используются для оценки потерянных лет жизни?

ЧАСТЬ III
Система здравоохранения

ГЛАВА 7

Цели, структура и функции систем здравоохранения

Здравоохранение, как уже пояснялось ранее в разделе 1.1 можно определить как деятельность государства и всего общества в целом (его представителей, учреждений и организаций: медицинских политических, экономических, общественных, государственных, частных, религиозных и благотворительных), направленную на укрепление и сохранение здоровья населения, оказание медицинской и лекарственной помощи, проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Система здравоохранения — это система организаций, учреждений, предприятий, ассоциаций, научных обществ, специалистов и иных хозяйственных субъектов, вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы деятельности, призванных сохранять и укреплять здоровье граждан, оказывать медицинскую и лекарственную помощь, осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

ВОЗ четко определены **главные критерии** оценки результативности деятельности любой системы здравоохранения (более подробно см. главу 16):

1. Состояние здоровья населения (ожидаемая продолжительность жизни, смертность, инвалидность и др.)

2. Образ жизни населения: распространенность табакокурения, алкоголизма, ожирения и др.

3. Степень удовлетворения обоснованных нужд населения: уважение базовых прав человека, самостоятельность гражданина в принятии решения, право на конфиденциальность, ориентированность системы на пациента.

4. Справедливость в оплате медицинской помощи и равенство в доступности медицинской помощи (оплата основана на доходах, а не на рисках развития заболевания).

Системы здравоохранения создаются именно для того, чтобы обеспечивать улучшение этих показателей, т.е. главная **цель** здравоохранения — способствовать улучшению здоровья населения (см. также раздел 3.4).

Структура и функции систем здравоохранения, порядок их изучения

Система здравоохранения РФ как любая система (см. раздел 1.6.1) может быть охарактеризована по структуре (которая описывает составные элементы системы), по типу связей (которые сложились между элементами этой системы) и по функциям (которые выполняют различные элементы системы для достижений целей, поставленных перед системой).

Структура системы здравоохранения может быть подразделена **по форме собственности** организаций, входящих в ее состав. Например, структура системы здравоохранения РФ по форме собственности организаций, входящих в ее состав, подразделена на государственную, муниципальную и частную системы.

По **функциональному признаку** структура здравоохранения может быть подразделена на:

1. Органы управления здравоохранением — министерства, ведомства, службы, которые осуществляют функции управления системой.
2. Организации, участвующие в финансировании системы здравоохранения и медицинском страховании населения, — страховые государственные внебюджетные фонды и страховые компании, участвующие в системе ОМС и ДМС.
3. Надзорные и контрольные органы (в РФ функции контроля качества медицинской помощи осуществляет Росздравнадзор).
4. Лечебно-профилактические учреждения, которые предоставляют лечебные и профилактические услуги населению (больницы, поликлиники, диспансеры).
5. Образовательные учреждения (вузы, училища).
6. Научно-исследовательские организации.
7. Аптечные учреждения и фармацевтические организации, которые осуществляют продажу лекарственных средств населению.

Решения по управлению системой здравоохранения могут приниматься на всех уровнях: на макроуровне (федеральный, региональный и муниципальный), мезоуровне (медицинские и фармацевтические организации) и микроуровне, на котором происходит взаимодействие врача и пациента (рис. 7.1). Все самое важное и главное происходит на уровне взаимодействия врач–пациент. Именно на обеспечение высокой результативности и эффективности этого взаимодействия должны быть направлены усилия всей системы.

В случае если большинство решений регламентируются на федеральном уровне, говорят о централизованных системах управления. Когда право принятия решения имеется и на низовых уровнях, такие системы здравоохранения называют децентрализованными. Так, в РФ система здравоохранения децентрализована по управлению — самостоятельные управленческие решения принимаются на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Функции системы здравоохранения представлены на рис. 7.2. Самая главная функция — это оказание медицинской и профилактической помощи населению. Реализации этой функции подчинены все остальные — обеспечение ресурсами (кадровыми,

Рис. 7.1. Уровни управления системой здравоохранения. СМО — страховая медицинская организация

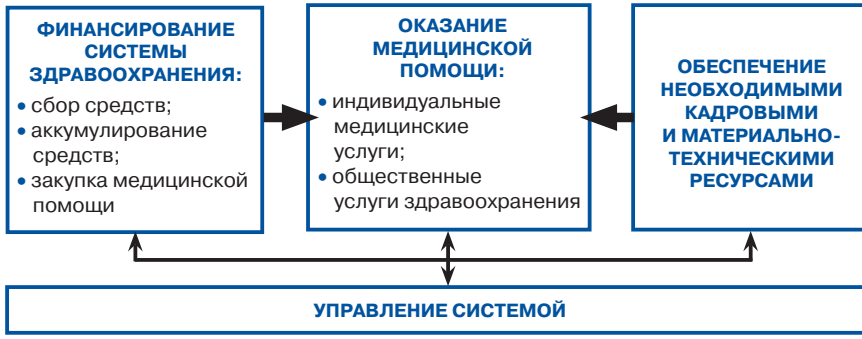

Рис. 7.2. Базовые функции системы здравоохранения

материально-техническими и информационными), финансирование и управление.

Выполняя свои функции, отрасль здравоохранения взаимодействует с внешней средой:

- с другими отраслями экономики (например, с медицинской и фармацевтической промышленностью, которые поставляют медицинское оборудование и лекарственные средства);
- с рынком труда, который поставляет медицинские и фармацевтические кадры для здравоохранения;
- с профессиональными организациями и объединениями медицинских работников;
- с образовательными и научными учреждениями немедицинского профиля.

Обычно описание системы здравоохранения включает следующие разделы: историю формирования, организационную структуру, систему управления, систему финансирования, кадровые и материально-технические ресурсы, систему организации медицинской помощи населению, оценку эффективности и результативности системы здравоохранения, направления реформирования. В соответствии с этой рубрикацией в учебнике представлено описание системы здравоохранения РФ (см. главы 9–16).

Контрольные вопросы

1. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
2. Назовите базовые функции системы здравоохранения.

ГЛАВА 8
Основы экономики здравоохранения

8.1. Основные понятия и определения

Экономика (в переводе с греч. — «законы хозяйства») как наука изучает законы хозяйства, а экономическая практика — действия людей в соответствии с законами хозяйства. Таким образом, **экономика** — это наука о хозяйстве, способах его ведения, отношениях между людьми в процессе производства и обмена товаров, закономерностях протекания хозяйственных процессов. Экономические отношения складываются между людьми при создании, распределении, обмене и потреблении жизненных благ (материальных благ, товаров и услуг).

Экономика здравоохранения — это отраслевая экономическая наука, изучающая правила использования (распределения) ограниченных **ресурсов** здравоохранения для получения определенных **результатов**. Экономика здравоохранения также изучает правила **обмена** одних благ на другие, в процессе которого стороны соизмеряют свои затраты и результаты.

Ресурсы здравоохранения (финансовые, кадровые, материально-технические, медико-технологические, в том числе расходные материалы, лекарственные средства и др.) могут использоваться на разных **уровнях** системы здравоохранения (например, улучшения здоровья населения — на уровне страны в целом или выздоровления — на уровне индивида). **Эффективная** трата ресурсов подразумевает, что путем использования имеющихся ресурсов был получен наилучший результат (более подробно вопросы результативности и эффективности здравоохранения изложены в главе 16).

На макроуровне ресурсы распределяются преимущественно государством в соответствии с установленными законами. Государство решает, сколько общественных средств и на какие направления медицинской помощи потратить, каким образом распределить кадровые, материально-технические и информационные ресурсы государственной системы здравоохранения, чтобы получить наилучший результат. Результаты на макроуровне измеряются в показателях здоровья населения. Например, можно потратить дополнительные средства преимущественно на массовую профилактику заболеваний, которая считается наиболее эффективным способом вложения средств, или на закупку дорогостоящего медицинского оборудования. Закупка оборудования также важна, но обеспечит улучшение результатов лечения только ограниченного круга пациентов, т.е. эффективность вложений будет ниже, чем при вложениях в профилактику.

На мезоуровне медицинская организация решает, как потратить имеющиеся у нее ресурсы для оптимального оказания медицинской помощи пациентам, которые обратились (поступили) в эту организацию. Главный врач (в соответствии с установленными правилами) решает, сколько и какого профиля развернуть койки, какие специалисты должны работать в данном учреждении, какие технологии медицинской помощи развивать. Результатами работы медицинской организации являются: выздоровление, смерть, стабилизация состояния пациента и др.

Ресурсы используются и на микроуровне системы — врач, выбирая конкретное лечение пациенту, может использовать те или иные методы диагностики и лечения, у каждого из которых есть своя стоимость и свой ожидаемый результат лечения. Например, врач может выписать дженериковое (более дешевое) или оригинальное (более дорогое) лекарственное средство (ЛС), которые в большинстве случаев будут иметь одинаковый терапевтический эффект (определение дженериков и оригинальных ЛС — см. словарь терминов).

В здравоохранении **производителями (поставщиками)** медицинских (медико-профилактических) услуг являются медицинские организации или частнопрактикующие врачи. **Покупателями** медицинских услуг являются: государство, страховые компании, сами пациенты. Поставщики медицинских услуг получают в обмен на свои услуги денежные средства. И поставщики, и покупа-

тели медицинских услуг соизмеряют своих расходы с ожидаемыми результатами. Потребителями медицинских (профилактических) услуг являются отдельные граждане или население в целом (например, санитарно-эпидемиологические мероприятия направлены на все группы населения).

Граждане (покупатели медицинских услуг) также принимают решения, полагаться ли только на государственную систему здравоохранения, или покупать **дополнительно** полис ДМС, или заниматься самолечением. Граждане как потребители медицинских услуг также могут встать перед необходимостью выбора страховой медицинской организации (СМО), медицинского учреждения, врача. Все эти решения могут повлиять на результаты оказания медицинской помощи и в конечном счете — на показатели здоровья населения.

Экономика здравоохранения была выделена в отдельную область знаний вследствие ряда **особенностей**, которые требуют специального изучения.

1. **Блага**, создаваемые в здравоохранении, носят **общественный** характер, т.е. некоторые из них направлены на общество в целом, а не на отдельного индивида (например, меры по обязательной вакцинации населения, санитарно-эпидемиологические мероприятия).

2. Блага в здравоохранении получили также название **доверительных благ** (самостоятельная оценка которых потребителями затруднена). Это связано с тем, что потребитель не может глубоко разбираться в особенностях течения своего заболевания, предоставляемого лечения и его результатах. Носителем этой информации является врач, который лечит пациента; соответственно он является выразителем интересов последнего. Однако врач и (или) медицинская организация, обладая этой информацией о пациентах и болезнях, могут сами формулировать спрос на определенные виды услуг, так как одновременно являются и поставщиками медицинских услуг, т.е. стороной, заинтересованной в получении бóльших доходов за оказанную медицинскую помощь. Например, врачи и медицинские организации могут увеличивать предложение определенных медицинских услуг, которые пользуются наибольшим спросом у населения (например, косметологические, офтальмологические, урологические), но не всегда отражают приоритетные потребности населения в медицинской помощи. Это

может привести к тому, что средства здравоохранения будут потрачены **неэффективно**, т.е. в результате не будет получен максимально возможный эффект (результат). Такая проблема в экономической теории называется «**изъяном рынка**».

3. Следующая важнейшая экономическая особенность здравоохранения заключается в том, что предметом значительной части экономических взаимоотношений в здравоохранении выступают **риски** (возникновения заболевания и связанного с этим расходования средств). В этой связи в здравоохранении возникли и развиваются институты медицинского страхования. Суть медицинского страхования состоит в том, что люди вносят некоторые средства в общий фонд (страховой пул), из которого затем в случае возникновения заболевания происходит оплата медицинской помощи. В результате риски возникновения заболеваний распределяются среди большого числа людей, что позволяет конкретному лицу приобрести полис страхования (страховку) за меньшую сумму, чем потребуется для оплаты лечения (если заболевание у него возникнет). Таким образом, принцип страхования заключается в том, что здоровый платит за больного. Однако любому рынку страховых услуг свойственны изъяны, которые определенным образом проявляются и в здравоохранении — это моральный риск (связан с изменением поведения застрахованного лица, которое не понимает истинной стоимости услуги и начинает потреблять ее неограниченно) и селекция рисков (связана с тенденцией отбора страховыми компаниями лиц с наименьшими рисками).

4. Требование **справедливости** — еще одна важнейшая особенность экономических отношений в здравоохранении. Это проявляется в том, что несправедливо оставлять бедных людей без медицинской помощи, если они не способны платить за нее. Таким образом, в справедливом государстве как минимум вся неотложная медицинская помощь должна оказываться бесплатно и все граждане должны получать некий минимальный набор медицинских услуг вне зависимости от социального положения и доходов, т.е. должен действовать принцип: «богатый платит за бедного». О том, какое именно здравоохранение социально справедливо, каждая страна решает по-своему, определяя набор минимальных услуг (или пакет государственных гарантий). Обеспечение доступности этого пакета услуг требует от государства существенного **вмешательства** в от-

ношения, возникающие в здравоохранении между покупателями, поставщиками и потребителями медицинских услуг.

5. Множественность **источников финансирования** и различие **моделей** финансирования медицинской помощи — это и средства населения, и средства бюджетов всех уровней, и средства ДМС и ОМС (см. главу 10).

6. **Непрерывный рост** расходов на здравоохранение. Во многих странах с развитой рыночной экономикой темпы роста расходов на здравоохранение превышают темпы роста ВВП и составляют в странах ОЭСР в среднем уже более 11%, а в США — 17%. С одной стороны, это способствует оживлению экономики этих стран, так как активно развиваются не только само здравоохранение, но и такие отрасли, как медицинская и фармацевтическая наука, производство медицинской техники и лекарственных средств, информационные технологии. С другой стороны — такие большие расходы требуют понимания того, как и насколько эффективно они используются.

8.2. Общие категории, используемые в теории экономики

8.2.1. Понятие рынка

В данном разделе дано толкование наиболее важных экономических категорий или наиболее общих обозначений какого-либо факта, явления, процесса.

Рынок — это совокупность экономических отношений, которые складываются между субъектами рынка (покупателями и продавцами, производителями и потребителями) по поводу движения товаров и денег. Рыночные отношения строятся на следующих принципах:

- экономической заинтересованности участников экономических отношений;
- возмездности или платности, т.е. за товарную массу (за благо) необходимо платить;
- эквивалентности или равенства, т.е. стороны договариваются посредством заключения договоров, что продаваемые и приобретаемые блага эквивалентны.

Понятие рынка сопряжено со следующими экономическими категориями: стоимость, цена, прибыль и издержки.

Стоимость — затраты факторов производства (земля, труд, капитал), овеществленные в данном объекте. **Цена** представляет собой денежное выражение стоимости товара. Цена каждого отдельного товара (услуги) не обязательно совпадает с его стоимостью — она может быть выше или ниже стоимости (в зависимости от спроса и предложения на данный товар). Цена и ценообразование являются основными элементами рыночной экономики. Цены устанавливаются собственниками товаров и проходят проверку рынком, где под влиянием рыночных факторов (спрос, конкуренция) определяется их окончательный уровень. Цены также могут регулироваться государством, которое пытается не допустить постоянного их роста. Например, государство регулирует цены на лекарственные средства, по которым производители и посредники поставляют их на рынок.

Спрос товара — это количество блага, которое готовы приобрести покупатели по разным ценам в данный момент времени, **предложение товара** — это количество блага, которое готовы продать производители по разным ценам в данный момент времени. Под **полезностью товара** понимают его способность удовлетворять потребности людей. Полезность — субъективное понятие, например, полис медицинского страхования более полезен для больного человека, чем для здорового. **Эластичность спроса** — это изменение количества товара под влиянием каких-либо его характеристик, прежде всего цены. Низкой эластичностью, т.е. низкой зависимостью спроса от цены на товар, обладают товары, которые всегда необходимы (например, продукты питания — такие, как хлеб и молоко). Высокой эластичностью обладают товары роскоши, услуги развлечения и отдыха, из продуктов питания — мясо.

При анализе производственного процесса необходимо владеть также пониманием следующих категорий: издержки и прибыль**. Прибыль —** это разница между доходами, полученными фирмой от продажи товара, и понесенными **затратами или издержками**. Издержки бывают постоянными, т.е. не зависящими от объема произведенной продукции (арендная плата, заработная плата административного персонала, обслуживание средств производства и др.), и переменными, т.е. зависящими от объема производства (расходы на сырье и материалы для производства продукции, заработная

плата персонала, непосредственно вовлеченного в производство продукции и др.). Примером переменных издержек медицинской организации могут быть расходы на перевязочные материалы, лекарственные средства, заработную плату медицинского персонала, питание больных.

8.2.2. Рыночные отношения и конкуренция. Понятие собственности

Рыночные отношения складываются в следующих условиях:

- наличие конкуренции;
- возможность предпринимательства, т.е. экономической деятельности с целью получения дохода и прибыли;
- равный доступ к ресурсам всех участников системы;
- возможность потребительского выбора.

Конкуренция — это соперничество, состязание между производителями (продавцами) товаров, а в общем случае — между любыми экономическими, рыночными субъектами; борьба за рынки сбыта товаров с целью получения более высоких доходов, прибыли, других выгод.

Считается, что **конкуренция** является одним из важнейших двигателей экономического развития. Фирмы, стремясь повышать свою прибыль, улучшают качество продукции и снижают издержки, тем самым способствуя наиболее эффективному использованию ресурсов. Следует отметить, что не во всех отраслях экономики возможно реализовать конкуренцию, например использование конкуренции серьезно ограничено в здравоохранении и в образовании (см. раздел 8.7.1).

Для анализа конкуренции экономисты предложили теоретическую модель **совершенной конкуренции**, при которой ресурсы отрасли (фирмы) используются максимально эффективно. Эта модель может существовать при следующих условиях:

1. На рынке действует достаточное число покупателей и продавцов и ни один из них не в состоянии повлиять на формирование рыночной цены.

2. Покупатели и продавцы принимают решения независимо друг от друга.

3. Продукт однороден, все продаваемые товары являются совершенными заменителями.

4. Отсутствуют барьеры для входа и выхода на рынок.

5. Каждая из фирм использует сходные технологии, ни у одной из них нет технологического преимущества.

6. На рынке имеется вся необходимая информация для принятия решения.

Совершенная конкуренция не существует в реальности. В реальной экономике существует так называемая несовершенная конкуренция, в которой отсутствуют те или иные условия, характерные для совершенной конкуренции. В зависимости от того, как развита конкуренция на рынке, различают 3 типа рыночных структур:

- монополистическая конкуренция — большое число фирм производят сходную, но невзаимозаменяемую продукцию;
- олигополия — небольшое число продавцов, вход новым продавцам блокируют различные барьеры, например, необходимость большого стартового капитала или наличие исключительных прав на производство продукции. Рынок в здравоохранении (на уровне одного региона) можно охарактеризовать как олигополию, так как существует небольшое количество поставщиков медицинских услуг (государственные и муниципальные медицинские организации);
- монополия (или отсутствие конкуренции) — предложение осуществляется одной единственной фирмой-производителем, а спрос — множеством покупателей, каждый из которых не может повлиять на формирование рыночной цены.

Конкуренция обеспечивается многообразием типов **собственности** и видов хозяйствования. **Собственность** — это отношения между людьми по поводу владения, пользования и распоряжения имуществом, ресурсами, средствами производства. Эти отношения определяют, кто и как присваивает результаты производства, осуществляет процесс управления. Права собственности:

- **владение** — это право исключительного физического обладания собственностью, закрепленное законодательством;
- **пользование** — право применения полезных свойств благ от собственности для себя и право на доход от **реализации** собственности.
- **распоряжение** — право решать, кто и как будет использовать объекты собственности; это 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.

Все организации в РФ по цели деятельности, а именно возможности извлекать прибыль в качестве основной цели, и по наличию права собственности (а именно права пользоваться, владеть и распоряжаться имуществом организации) классифицируются на коммерческие и некоммерческие. Без права собственности коммерческая деятельность невозможна. К коммерческим организациям по организационно-правовой форме (которая фиксируется в уставе предприятия) относятся: хозяйственные товарищества и общества (общество с ограниченной ответственностью, акционерные общества), производственные кооперативы и др. К некоммерческим организациям по организационно-правовой форме относятся: общественные и религиозные организации, фонды, учреждения и др. По форме собственности некоммерческие организации могут быть государственными, муниципальными и частными. Некоммерческие организации могут распоряжаться имуществом организации (которое вверено им собственником) на правах хозяйственного ведения или оперативного управления; первое предоставляет несколько более широкие права во владении, управлении и распоряжении имуществом.

В соответствии с Федеральным законом от 08.05.2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» все медицинские учреждения, находящиеся в государственной и муниципальной собственности, относятся к некоммерческим организациям, которые подразделяются на автономные, бюджетные и казенные. Поскольку «бюджетными» ранее назывались все учреждения, находившиеся в государственной и муниципальной собственности, то условно вновь создаваемые бюджетные учреждения называются «новыми» бюджетными учреждениями. «Новые» бюджетные учреждения — это более самостоятельные (или более автономные)

учреждения по сравнению «со старыми» бюджетными. Казенные предприятия — это фактически «старые» бюджетные, у них сохраняется финансирование по смете и отсутствуют права на владение имуществом. Автономные учреждения — это практически такие же по самостоятельности, как и «новые» бюджетные. Для преобразования государственных и муниципальных учреждений в автономное требуются сложные организационные процедуры, регулируемые Федеральным законом об «Автономных учреждениях». В то время как изменение типа государственного и муниципального учреждения в «новое» бюджетное или казенное может произойти без его реорганизации путем внесения изменений в учредительные документы. Собственники имущества (субъекты РФ и муниципальные образования) вправе сами определить, какие учреждения останутся казенными, а какие будут преобразованы в бюджетные. Например, казенными должны остаться такие учреждения, как психиатрические больницы, станции переливания крови, центры борьбы со СПИДом, т.е. фактически все те, деятельность которых не должна и не может быть компенсирована за счет коммерческой деятельности. В таблице 8.1 представлена сравнительная характеристика бюджетных учреждений и казенных предприятий.

Таблица 8.1. Сравнение бюджетных и казенных учреждений

	«Старое» бюджетное учреждение	**«Новое» бюджетное учреждение**	**Казенное предприятие**
Собственник имущества	Публичное правовое образование: Российская Федерация, субъект РФ, муниципальное образование	Остается без изменений	Остается без изменений
Владение, пользование и распоряжение имуществом	На правах оперативного управления только с согласия собственника	На правах оперативного управления, в соответствии с законом. С согласия собственника только в части недвижимого и особо ценного движимого имущества	Так же как и у «старого» бюджетного учреждения

Окончание табл. 8.1

	«Старое» бюджетное учреждение	**«Новое» бюджетное учреждение**	**Казенное предприятие**
Финансирование	По смете	В соответствии с государственным заданием в объеме этого заказа путем предоставления субсидии	По смете
Контроль за расходованием средств	Контроль за расходами происходит по соответствию содержания кассовой операции выделенным лимитам	Использование субсидии не контролируется, но контролируются результативность и эффективность расходования средств. Данные о деятельности — в открытом доступе	Как у «старого» бюджетного учреждения
Субсидиарная (совместная) ответственность собственника за неисполнение обязательств учреждения	Есть	Нет	Есть
Право заниматься коммерческой деятельностью	Имеется. Доходы от этой деятельности поступают в самостоятельное распоряжение, но расходование подконтрольно собственнику	Имеется. Коммерческие услуги оказываются сверх госзадания. Средства, полученные от этой деятельности, поступают в самостоятельное распоряжение учреждения	Имеется. Доходы от этой деятельности поступают в бюджет РФ
Вероятность банкротства	Бюджетное учреждение не может быть признано банкротом	Бюджетное учреждение не может быть признано банкротом	Казенное учреждение не может быть признано банкротом

Следует отметить, что переход «старых» бюджетных учреждений в «новые», более самостоятельные бюджетные учреждения, сопровождается бóльшей свободой в управлении и распоряжении имуществом. Серьезный риск представляет вопрос выживаемости учреждения на субсидии при отсутствии субсидиарной (совместной) ответственности собственника за обязательства предприятия. То есть, если субсидии не будут расти, учреждение, чтобы выжить, будет вынуждено заниматься коммерческой деятельностью, или сокращать свои штаты, или наращивать долги.

В рыночной экономике большинство средств производства и предприятий находятся в руках частных собственников. В здравоохранении стран, имеющих развитую рыночную экономику, доля медицинских организаций, находящихся в частной собственности, зависит от страны. Из стран ОЭСР наибольшая доля частных медицинских организаций, предоставляющих медицинские услуги, — в США и Германии, наименьшая — в Великобритании.

8.2.3. Роль государства в рыночной экономике и плановая экономика

Несмотря на то что конкурентные рыночные отношения в экономике высокоэффективны, современная экономика большинства стран — смешанная, когда многие вопросы решаются как на основе рыночных механизмов, так и на основе **регулирования** этих вопросов **государством**. Связано это с ограничениями рыночной экономики, например нерегулируемые рыночные отношения могут привести к истощению невоспроизводимых ресурсов (нефть, газ, водные богатства). Рыночная экономика не обеспечивает защиту окружающей среды, не создает стимулов для производства товаров и услуг коллективного пользования (дороги, дамбы, все услуги общественного транспорта, образования, здравоохранения и т.д.); не гарантирует право на труд и минимальную оплату труда всему населению. Все это требует государственного вмешательства.

Выделяют следующие основные функции государства по регулированию экономики:

- стабилизационная — регулирование макроэкономических процессов (сглаживание экономических колебаний, стимулирование экономического роста, уменьшение инфляции);
- аллокационная — деятельность по защите прав собственности и корректировке провалов рынка (например, таких,

как монополизация); деятельность по созданию общественных благ, например, по обеспечению населения медицинскими и образовательными услугами;

- перераспределительная — деятельность по достижению справедливого распределения благ в обществе. Примером может служить прогрессивная шкала налогообложения, которая через налоги перераспределяет доходы сверхбогатых групп населения — бедным. Тем самым государство достигает политической стабильности в стране и способствует развитию экономики, так как увеличивает спрос на товары у бедной и, как правило, немалочисленной группы населения.

В завершение поясним о том, как функционирует экономика государства в условиях **централизованного планирования и командного управления**. Эта система хозяйствования была организована в нашей стране с 1917 г. и закончила свое существование с распадом Советского Союза в 1991 г.

Основа этой системы — общественная собственность на все природные и производственные ресурсы страны. Развитие экономики Советского Союза происходило по единому, обязательному для всех народно-хозяйственному плану, который утверждался для всех отраслей экономики на 5 лет. Госплан устанавливал всем предприятиям страны задания по производству (кто, что и сколько должен производить), а Госснаб контролировал все хозяйственные связи между предприятиями. Планы получали все организации — магазины, столовые, ремонтные мастерские, вузы, больницы, школы. План предписывал каждому производителю, кому тот должен продать свой товар, у кого покупать сырье, материалы, детали и в каких количествах, т.е. устанавливал хозяйственные связи. Потребление регулировалось путем централизованного установления цен на товары и услуги, а также размеров заработной платы работающих в народном хозяйстве. Все показатели плана были взаимно сбалансированы.

Такая система планирования хотя и гарантировала населению страны необходимый для жизни регламентируемый набор жизненных благ, но и обладала существенными недостатками. Ошибки планирования приводили к тому, что одних товаров производилось больше, чем нужно, а других — меньше, т.е. возникал, с одной стороны, избыток, а с другой — дефицит товаров и услуг.

Ошибки приводили к разрыву между планами и реальной жизнью. Производители не были заинтересованы в повышении качества товара, так как оплата их труда не зависела от результатов производства. Экономика в системе централизованного управления и планирования была негибкой, в нее медленно внедрялись результаты научных исследований, она требовала содержания дорогостоящего административного аппарата. Вместе с тем следует отметить, что в годы советской власти была создана единая система здравоохранения, которая обладала многими положительными чертами (см. главу 9 и раздел 11.1).

8.3. Общие вопросы финансирования медицинской помощи

8.3.1. Модели государственного финансирования и организации здравоохранения

Все страны по способу финансирования здравоохранения из общественных (государственных) источников можно условно разделить на две модели.

В первой — **бюджетной модели** — средства формируются из централизованно собираемых налогов; функция сбора осуществляется государственными структурами; функция аккумулирования и оплаты (закупки) медицинских услуг возложена на центральные и региональные органы управления здравоохранением. Первая модель существовала ранее в Советском Союзе и странах соцлагеря, сегодня она действует в различных вариациях в Великобритании, Дании, Испании, Италии, Новой Зеландии, Норвегии, Португалии, Финляндии, Швеции.

Во второй — **модели ОМС** — источниками финансирования являются страховые взносы работников и работодателей; функции сбора, аккумулирования и оплаты (закупки) медицинских услуг для населения осуществляют страховые фонды или организации (в Германии они называются больничными кассами). Модель ОМС существует в Австрии, Бельгии, Германии, Израиле, Люксембурге, Нидерландах, Франции, Чехии, Швейцарии. Упрощенно эти модели финансирования и организации медицинской помощи представлены на рис. 8.1 (на примере Великобритании) и на рис. 8.2 (на примере Германии).

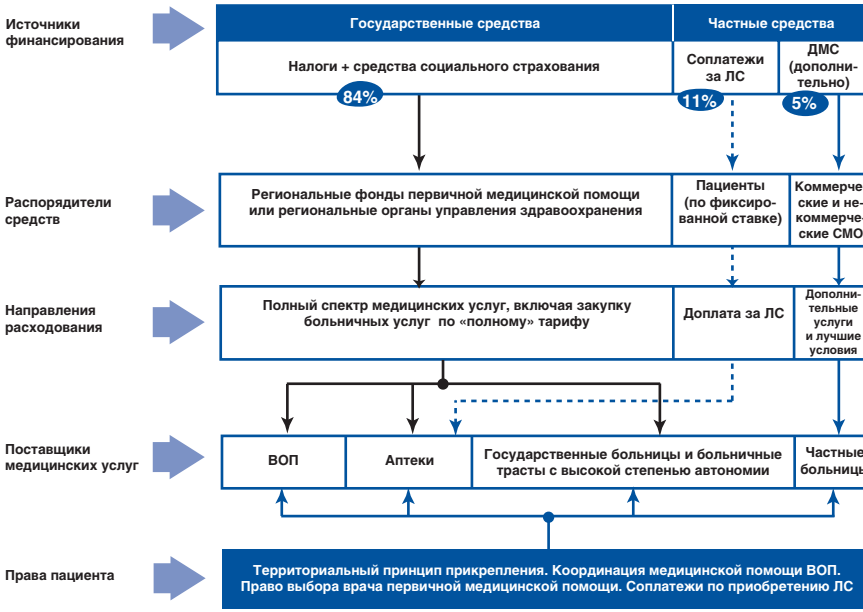

Рис. 8.1. Бюджетная модель финансирования медицинской помощи (пример Великобритании)

Принципиальных преимуществ та или иная модель не имеет. Рассмотрим плюсы и минусы каждой из моделей и направления их реформирования, которые сегодня осуществляются в этих странах.

Бюджетная модель проще в управлении, так как существует единая вертикаль управления денежными средствами и поставщиками медицинских услуг, большинство из которых находятся в государственной или общественной собственности. С другой стороны, наличие единого собственника в лице покупателя и поставщика медицинских услуг снижает эффективность работы системы, ведет к наращиванию излишних мощностей МО (что и происходило в Советском Союзе).

В решении этой проблемы в странах с бюджетной моделью финансирования здравоохранения апробируются различные механизмы разделения покупателей и поставщиков медицинских услуг, например, используется система фондодержания. Фондодержание подразумевает способ оплаты медицинской помощи

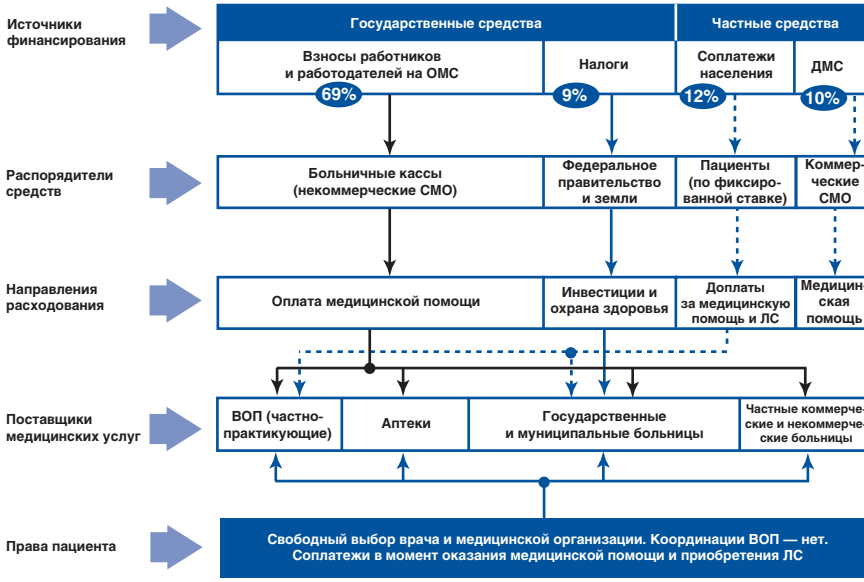

Рис. 8.2. Модель финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (пример Германии)

через специально созданные фонды при объединенных врачебных практиках. Эти фонды оплачивают как услуги этих практик, так и закупают медицинские услуги у диагностических центров и стационаров в интересах прикрепленного населения. Непотраченные средства идут на оплату труда или развитие учреждения. Таким образом, создается финансовая заинтересованность амбулаторно-поликлинических учреждений в улучшении здоровья населения (более здоровое население меньше потребляет медицинских услуг) и в экономии ресурсов здравоохранения.

В Великобритании функционирует система фондодержания на уровне первичного звена здравоохранения. Опыт Великобритании показал, что держателям фондов удалось несколько повысить качество оказываемой населению медицинской помощи и расширить возможности для выбора пациентами учреждений для лечения.

В РФ фонды создавались как фонды средств для АПУ на уровне СМО (а не как отдельные организации). Эта система апробирована

в ряде субъектов (например, в Самарской области — СО). Фондодержание в СО привело к более эффективному использованию ресурсов: сократилось число необоснованных госпитализаций в стационары (на 30%), вызовов скорой медицинской помощи (на 35%), излишний коечный фонд сократился на 40%.

Следующими направлениями реформирования бюджетной модели финансирования стало использование рыночных инструментов управления: введение контрактных отношений между покупателями медицинской помощи и поставщиками медицинских услуг, расширение прав выбора пациентами поставщиков медицинских услуг, конкуренция между поставщиками услуг и расширение самостоятельности в управлении учреждениями со стороны самих поставщиков услуг. Контракты (вместо системы простого распределения средств между поставщиками услуг по установленным тарифам) предусматривают оплату за оговоренные объемы, качество и результаты работы, возможность штрафов и другие условия. Опыт Великобритании и Испании в этом направлении принес первые положительные результаты: повысилась эффективность деятельности медицинских учреждений, снизилась очередность на плановые госпитализации.

Преимуществом в странах с моделью ОМС являются наличие независимого источника финансирования здравоохранения — страховых взносов (в бюджетной модели ежегодно приходится отстаивать средства здравоохранения у других конкурентных отраслей) и разделение между покупателями и поставщиками медицинских услуг (они находятся в собственности и управлении различных организаций). Однако при работе по модели ОМС субъектов управления больше, оно сложнее, и соответственно административные расходы несколько большие, чем в бюджетной модели (4–5% против 2–3%). Возможность в этой системе свободного выбора пациентами врачей первичного звена и врачей-специалистов, с одной стороны, способствует расширению прав пациентов и повышению эффективности деятельности поставщиков, но с другой — приводит к снижению координированности медицинской помощи и росту расходов на ее оказание.

В странах с моделью ОМС в целях повышения эффективности работы фондов страхования и снижения расходов на медицинскую помощь государство проводит следующую политику: укрупнение

фондов страхования до нескольких основных с региональными отделениями; расширение функций и ответственности страховщиков, например разделение финансовых рисков между ними и поставщиками услуг; проведение фондами профилактических мероприятий и программ по контролю над хроническими заболеваниями.

В нескольких странах ввели управляемую (т.е. регулируемую государством) конкуренцию между страховыми фондами (Германия, Нидерланды). В Нидерландах пошли дальше: разрешили управлять средствами ОМС частным страховым компаниям, которые конкурируют между собой за заключение контрактов с населением. Следует подчеркнуть, что конкуренция в указанных странах жестко регулируется государством: установлена максимальная ставка страхового взноса, через центральный фонд выравниваются риски, установлен единый базовый пакет страхового покрытия и др. Средства ОМС и ДМС не объединяются и не смешиваются, даже если оба вида страхования осуществляет одна и та же частная страховая компания.

Следует отметить, что в обеих моделях средства на оплату всех видов медицинской помощи консолидируются преимущественно в одной структуре — территориальном страховом фонде или территориальном органе управления здравоохранением, направляются на оплату медицинской помощи из одного источника и покрывают стоимость услуг поставщиков полностью, т.е. включают все статьи затрат. Отдельной статьей из бюджета (центрального или регионального) финансируются только капитальные расходы на развитие инфраструктуры учреждений здравоохранения, а также расходы на общественное здравоохранение и медицинское образование. Ситуации, аналогичной сложившейся в РФ, когда поставщикам медицинских услуг оплата за лечение застрахованного поступает из нескольких государственных источников (соответственно существует несколько центров управления средствами), нет практически ни в одной стране мира (см. главу 9).

Таким образом, и бюджетная модель, и модель ОМС имеют как свои преимущества, так и недостатки; выбор зависит от сложившихся исторических условий и политики государства. Смешанная модель, сложившаяся в РФ, не продемонстрировала никаких преимуществ.

Анализ объемов финансирования здравоохранения в РФ и за рубежом представлен в разделе 10.1.1, а реформы финансирования здравоохранения РФ в главе 15.

8.3.2. Баланс между государственным (общественным) и частным финансированием здравоохранения

К государственным источникам финансирования здравоохранения относятся средства бюджетов всех уровней и средства ОМС. К частным источникам — взносы населения и работодателей, уплачиваемые в систему ДМС[1], а также личные средства населения. Последние за рубежом подразделяются на официальную сооплату или **соплатеж** (который чаще всего производится в форме дополнительного, обязательного и фиксированного платежа застрахованных граждан за гарантированные государством медицинские услуги и ЛС в момент их получения); на оплату населением ЛС, не гарантированных государством, и на оплату незастрахованным населением полной стоимости медицинских услуг.

Ни в одной из развитых стран нет 100% государственного финансирования — существуют и соплатежи населения, и взносы в систему ДМС (см. раздел 8.6.3). Соплатежи введены в странах с преимущественно государственным финансированием здравоохранения как дополнительный источник средств и мера по сдерживанию излишнего потребления медицинской помощи (например, в Германии установлена фиксированная сумма за каждый день пребывания в больнице в размере 10 евро в день; доплата за ЛС — 5–10 евро за рецепт, оплата приема у ВОП — 10 евро).

ДМС в этих странах направлено или на страхование услуг, не вошедших в программу обязательных гарантий (Нидерланды, Германия, Канада), или на получение услуг, предусмотренных гарантиями, но вне очереди и в лучших условиях (Великобритания, Новая Зеландия, Австралия). Во Франции страхуются также соплатежи населе-

[1] Средства, уплачиваемые работодателем в систему ДМС, строго говоря, не являются личными средствами граждан, но за рубежом считается, что предоставление работодателем «пакета» социальных услуг в форме страхования ДМС является косвенной прибавкой к заработной плате работника, т.е. условно его личными доходами.

ния (т.е. страховка компенсирует возможные соплатежи застрахованного населения по программам ОМС). В ряде стран (США, Германия) ДМС направлено также на полное страхование части населения.

Общественные источники доминируют в большинстве стран с развитой рыночной экономикой и составляют в общих расходах на здравоохранение в среднем 73%. Доля соплатежей выросла за последние 10 лет, но в среднем не превышает 20% от общих расходов на здравоохранение; на средства ДМС приходится 5% общих средств. Исключение — США, Мексика, Китай, где общественные расходы составляют менее 50%, а остальные расходы покрываются из частных источников, преимущественно ДМС.

Чем выше доля государственного финансирования здравоохранения, тем в большей степени население удовлетворено качеством медицинской помощи. Положительный тому пример — страны Северной Европы и Великобритания, государственные расходы которых на здравоохранение составляют более 80%, а удовлетворенность населения качеством медицинской помощи — 70–80%, одна из самых высоких среди стран ОЭСР.

Ярким отрицательным примером могут служить США и Китай. В США государственные расходы составляют только 46% общего объема средств, а показатель удовлетворенности населения системой здравоохранения и медицинскими услугами на 15–25% ниже, чем в среднем в странах ОЭСР. И это при том, что в абсолютных показателях, т.е. на душу населения, расходы в США в 2,3 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР.

В Китае общие государственные расходы на здравоохранение низки (122$ППС на душу в год или 2% ВВП; 2006 г.), и их доля в общем финансировании здравоохранения упала с 80% в 1980 г. до 51% в 2006 г. (соответственно расходы населения выросли с 20 до 49%). Это существенно увеличило число недовольных медицинской помощью — до 60–65%. Поэтому сегодня проблемой номер один в Китае является увеличение доступности медицинской помощи за счет государственных средств. При этом ожидаемая продолжительность жизни в Китае на 5 лет выше, чем в России, и общий коэффициент смертности меньше, чем в РФ, и составляет 6,8 против 14,2 соответственно.

Важно понимать, что увеличение размеров личных расходов населения сопровождается сокращением обращений за медицинской

помощью (особенно среди малообеспеченных слоев населения) и соответственно приводит к ухудшению здоровья населения. Например, даже в благополучной Новой Зеландии введение соплатежей в размере 30% от стоимости визита к ВОП привело к увеличению младенческой смертности, и только после того, как в 1996 г. медицинская помощь детям до 5 лет стала бесплатной, этот показатель за 2 года улучшился на 28%, составив 5,7 на 1000 родившихся живыми.

Высокие личные расходы населения зачастую приводят к катастрофическим расходам домохозяйств на медицинскую помощь (т.е. расходам, доля которых составляет более 30–40% бюджета домохозяйства после вычетов расходов на питание). Это резко снижает качество жизни людей, иногда они просто отказываются от обращений к врачам. Доказано, что если доля личных расходов населения составляет в общих расходах на здравоохранение менее 15%, то риск возникновения катастрофических расходов значительно снижается. Это означает, что минимальная доля государственного финансирования здравоохранения должна составлять не менее 80%, а частные расходы (включая личные расходы населения и взносы в систему ДМС) — не более 20%.

Расширение объемов финансирования медицинской помощи через ДМС хоть и является более предпочтительной формой оплаты медицинских услуг по сравнению с личными платежами граждан (поскольку является солидарной формой, правда, для ограниченного числа граждан), но также не способствует улучшению здоровья населения и может подорвать доступность общественной системы здравоохранения. Например, в Великобритании и Новой Зеландии расширение параллельного сектора ДМС для определенных видов стационарных услуг (в частности, получение высокотехнологичной помощи вне общей очереди) не привело к ожидаемому снижению очередности в государственном секторе здравоохранения, а наоборот, вызвало отток ресурсов из общественной системы здравоохранения. Этот феномен возникает из-за увеличения занятости в частном секторе врачей, работающих в государственных учреждениях, и отбора более «легких» пациентов в систему ДМС, вследствие чего в общественной системе остаются более «тяжелые», а значит, и более затратные случаи.

В США наличие системы ДМС как способа финансирования медицинской помощи для 73% населения (только 27% населения США

подлежит страхованию через государственные программы — малообеспеченные категории, пенсионеры, дети и инвалиды) привело к тому, что из-за непомерно высоких затрат на этот вид страхования 16% населения оказались вообще незастрахованными — преимущественно представители малого бизнеса. Многие эксперты считают, что сложности в оплате высоких взносов на ДМС малым бизнесом являются косвенным препятствием для его дальнейшего развития.

Таким образом, чем выше доля государственного (общественного) финансирования здравоохранения, тем выше удовлетворенность населения медицинской помощью и выше доступность медицинской помощи. **Снижение доли общественного финансирования здравоохранения приводит к ухудшению показателей здоровья. Оптимальный уровень государственных расходов — выше 75% всех расходов на здравоохранение.**

8.4. Потребители медицинских услуг

Прежде чем перейти к вопросам формирования спроса на медицинские услуги, необходимо дать понятие **медицинской услуги**. 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. 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, требующий материального и финансового обеспечения, ресурсов. Услуги должны оплачиваться по ценам, соответствующим понесенным затратам. Перечисленные характеристики отличают понятие «медицинские услуги» от понятия **«медицинская помощь»**. Помощь может быть основана не на рыночных отношениях, а на отношениях дружбы, сочувствия, сострадания, не предполагающих оплаты,

поэтому для государственной системы здравоохранения Советского Союза использовали термин «медицинская помощь». Она оказывалась бесплатно медицинскими учреждениями, находившимися в собственности государства; работниками, являвшимися его служащими, труд которых оплачивался в соответствии с запланированными показателями.

Важнейший вопрос экономики здравоохранения — как формируется **спрос** на медицинские услуги? Зная спрос, можно оценить, какие ресурсы здравоохранения потребуются (какие виды медицинской помощи необходимо развивать, сколько планировать коек, каких специалистов готовить). Поскольку в большинстве стран государство является плательщиком за медицинскую помощь, оно и **планирует ресурсы** здравоохранения. Это планирование происходит следующим образом (рис. 8.3): сначала оценивается потребность в медицинской помощи по таким показателям, как смертность, заболеваемость и половозрастная структура населения. Затем планируются необходимые объемы медицинской помощи, направленные на лечение заболеваний и улучшение здоровья населения. Исходя из этих объемов, планируются мощности сети медицинских учреждений, необходимое число медицинских кадров и других ресурсов.

Следует четко понимать, что подготовка ресурсов здравоохранения — процесс долговременный, врачебные кадры обучаются не менее 7–8 лет, строительство больниц и их оснащение требует не менее 3–5 лет, поэтому прогнозирование спроса и соответственно определение потребности в необходимых ресурсах должно происходить заблаговременно.

В дополнение к этому наиболее важному способу определения потребности в медицинской помощи следует учитывать и изучать вопросы, связанные с реальным потребительским спросом населения на медицинские услуги. Одним из факторов, влияющих на спрос, является **цена** на услуги и лекарственные средства. Потребители за свои собственные деньги оплачивают эти медицинские услуг и покупают лекарственные средства. Для бедных категорий населения цена может быть существенным ограничителем спроса на медицинские услуги, соответственно они меньше обращаются к врачу, не покупают необходимых лекарств, что в результате может привести к ухудшению их здоровья (см. раздел 8.3.2).

Рис. 8.3. Порядок планирования ресурсов в здравоохранении: МО — медицинская организация

При изучении спроса на медицинские услуги следует учитывать такой фактор, как **время**. Для получения больничного листа и обращения к врачу необходимо отложить работу, поехать в поликлинику или больницу, а иногда (для получения специального лечения) — и в другой город. Многочисленные исследования показали, что эластичность спроса по времени удивительно высока, т.е. чем дольше добираться до пункта обращения к врачу, тем выше вероятность того, что человек откажется от этого обращения. Временную и тесно связанную с ней **территориальную** доступность медицинской помощи необходимо учитывать в планах строительства и размещения учреждений здравоохранения, в том числе учитывать наличие дорог и общественного транспорта от населенных пунктов до лечебного учреждения.

Такой показатель, как **качество услуги**, также влияет на выбор пациента. Но это влияние сказывается только в той части услуг,

качество которых пациенту понятно (например, это могут быть стоматологические и косметологические услуги). Во всех остальных случаях определение качества медицинской услуги сопряжено с дополнительными сложностями (например, потеря времени), и пациент, как правило, предпочитает отказаться от таких поисков. Например, в США было показано, что пациенты при выборе больницы для проведения оперативного вмешательства в большинстве случаев не изучают показатели качества работы больниц. Из этого следует вывод, что вопросы обеспечения качества медицинской помощи всеми поставщиками медицинских услуг на должном уровне должны контролироваться государством (см. главу 2).

Следующий фактор, который необходимо учитывать при прогнозировании спроса на медицинские услуги, — **культурные традиции**. Например, многие пациенты предпочитают заниматься самолечением и не обращаться к врачу, пока симптомы заболевания не примут угрожающий жизни характер. В ряде случаев пациенты не выполняют предписания врача по соблюдению режима и приему лекарственных средств (фактор неподчинения). Все эти факторы необходимо изучать и влиять на них с целью получения максимально лучшего результата по улучшению здоровья конкретных пациентов и населения в целом. Например, частота «необращений» и «неподчинений» пациентов уменьшается, если проводить среди них разъяснительную работу, снабжать материалами по медико-санитарному просвещению, проводить «школы здоровья» и др.

И наконец, фактором спроса может являться поведение самих **врачей**. Поскольку врачи при определенных способах оплаты медицинской помощи (например, при «оплате за услугу») заинтересованы в увеличении объема медицинских услуг, у некоторых из них может возникнуть искушение назначить дополнительные обследования, которые на самом деле пациенту не нужны, т.е. **навязать** их. В ряде случаев увеличение спроса провоцируется не только навязыванием услуг, но и наличием **избыточного предложения** со стороны врачей. Например, доступность большого числа специалистов по эндоскопической хирургии и соответствующего оборудования может увеличить потребление операционных услуг этого вида. Все это диктует необходимость регулирования государством этих **изъянов рынка**. Например, способы оплаты вра-

чей могут быть изменены с оплаты за услугу на подушевую оплату, могут также применяться способы оплаты за результат, т.е. учитываться показатели качества и результаты лечения пациента.

8.5. Поставщики медицинских услуг

8.5.1. Экономический статус медицинской организации. Предпринимательская деятельность в здравоохранении

Все юридические лица в здравоохранении можно по форме собственности разделить на государственные, муниципальные и частные. По организационно-правовой форме они подразделяются на строго подчиненные государству или частично автономные. В РФ по организационно-правовой форме государственные и муниципальные медицинские организации подразделяются на автономные, бюджетные и казенные. Автономия означает большую свободу в принятии решений (подробнее см. раздел 8.2.2).

Развитие частной предпринимательской деятельности в здравоохранении разрешено законом. Предпринимательство (в соответствии со ст. 2 ГК РФ) — это самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнение работ или оказание услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке. Соответственно в здравоохранении различают следующие виды предпринимательской деятельности:

- производственная деятельность (оказание медицинских услуг, изготовление лекарственных средств и оборудования);
- торговая деятельность (медикаментами, товарами медицинского назначения);
- страховая деятельность (осуществление ДМС и участие в ОМС);
- финансовая деятельность, например кредитование медицинских организаций.

Частный сектор представлен в здравоохранении РФ наиболее полно на рынке стоматологических услуг, частными являются также большинство предприятий оптовой и розничной торговли

лекарственными средствами, фармацевтические компании. Большинство амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений находятся в государственной и муниципальной собственности, частных МО всего 11%.

Частные коммерческие организации жестко ориентированы на получение прибыли; соответственно они могут завышать объемы медицинской помощи в ущерб ее качеству, а также стоимость услуг. Такое поведение медицинских организаций на рынке (при том, что пациенту сложно самостоятельно принимать решение о необходимости определенных видов лечения) требует контроля со стороны государства и (или) сохранения сети некоммерческих больниц, находящихся в государственной или муниципальной собственности.

8.5.2. Экономическая деятельность медицинской организации

До перехода на рыночные отношения финансирование учреждений здравоохранения в РФ из государственного бюджета осуществлялось по смете расходов. Смета представляла собой финансовый план учреждения, где были зафиксированы его расходы по утвержденным статьям. Эти расходы определялись на основании жестких нормативов, средства использовались исключительно по назначению, неиспользованные в течение года деньги возвращались в бюджет.

Смета медицинских учреждений включала следующие статьи: заработная плата, начисления на заработную плату (на социальное страхование работающих), канцелярские и хозяйственные расходы, командировки и служебные разъезды, расходы на питание больных, приобретение медикаментов и перевязочных средств, приобретение оборудования и инвентаря, капитальные вложения, капитальное строительство и ремонт, прочие расходы.

При сметном порядке расходования средств финансирование учреждения осуществлялось не по потребности, а по нормативу. Государство, являясь единственным покупателем медицинских услуг, само назначало и регулировало условную цену работ, товаров и услуг в здравоохранении, обеспечивая населению бесплатную, доступную, квалифицированную медицинскую помощь в условиях жесткой экономии, устанавливая низкие цены на все товары, необходимые системе здравоохранения.

При переходе к рыночной экономике подходы к ценообразованию в здравоохранении меняются и используются различные группы цен на медицинские услуги: бюджетные расценки, тарифы на медицинские услуги по ОМС, прейскурантные цены на платные медицинские услуги, договорные цены.

Бюджетные цены. Величина бюджетных цен не зависит от реальных издержек медицинского учреждения. Они разрабатываются исходя из имеющихся средств на финансирование здравоохранения, предусмотренных сметой финансирования учреждения:

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 «издержки (себестоимость) плюс прибыль» при расчете бюджетных цен не использовалась, себестоимость и прибыль не выделялись.

В настоящее время в условиях бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения бюджетные цены продолжают использовать при финансировании учреждений из государственных источников финансирования.

Тарифы на медицинские услуги по ОМС. Из системы обязательного страхования финансируется только 5 статей расходов учреждения: заработная плата и начисления на заработную плату; расходы на питание; лекарственные средства; расходные материалы; мягкий инвентарь и перевязочные средства. Другие статьи по содержанию учреждений, работающих в системе ОМС, финансируются из бюджета собственника — муниципалитета, региона или федерального бюджета (см. раздел 10.1.2). Тарифы устанавливаются по тарифному соглашению, которое подписывают совместно органы исполнительной власти субъектов РФ или региональный орган управления здравоохранением, территориальный фонд ОМС, представители Ассоциаций страховщиков и медицинских работников. Прибыль и себестоимость в тарифах на ОМС, как и в бюджетных ценах, не выделяются.

Недостаточное финансирование учреждений здравоохранения привело к тому, что государство разрешило государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения оказывать **платные**

услуги. Цены на платные услуги рассчитываются по классической формуле и представляют собой сумму себестоимости (фактические затраты на производство медицинских услуг, рассчитанные на основе утвержденных трудовых и материальных норм и нормативов) и прибыли. Цены, утвержденные на уровне субъекта РФ или муниципалитета, называются **прейскурантными**. Правила предоставления платных услуг регулируются постановлением Правительства РФ № 239 от 07.03.1995 г. «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)» и Методическими рекомендациями Министерства экономики № СИ484/7982 от 06.12.1995 г., причем уровень рентабельности при установлении цен не регламентирован.

Договорные цены на медицинские услуги являются 3-й 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 МО. 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.

В настоящее время договорные цены формируются лечебным учреждением при заключении договоров с предприятиями на медицинское обслуживание, при оказании услуг ДМС. Договорные цены формируются и частными медицинскими организациями.

Расчет стоимости медицинских услуг бюджетных учреждений. Расчет стоимости простой медицинской услуги (С) осуществляется по формуле:

$$С = С_П + С_К = З_Т + Н_З + М + И + О + П,$$

где $С_П$ — прямые расходы; $С_К$ — косвенные расходы; $З_Т$ — расходы на оплату труда; $Н_З$ — начисления на оплату труда; М — расходы на медикаменты, перевязочные средства и пр.; И — износ мягкого инвентаря; О — износ оборудования; П — прочие расходы.

Расчет расходов на оплату труда. Для определения $З_т$ — одной из основных составляющих затрат на медицинскую услугу, необходимы следующие показатели.

Для простых услуг:

- затраты рабочего времени медицинского персонала на выполнение каждой медицинской услуги;
- годовой бюджет рабочего времени по каждой категории медицинского персонала;
- коэффициент использования рабочего времени медицинского персонала на осуществление лечебно-диагностической деятельности.

В качестве примера перестройки деятельности здравоохранения и отдельных учреждений по рыночному типу приведем эксперимент, который проходил в Советском Союзе в 1989 г. и получил название **нового хозяйственного механизма** (НХМ). Положение о НХМ в здравоохранении было одобрено Комиссией при Совете Министров СССР (23.06.1989 г.). Он проводился в 3 регионах страны (Кемеровской, Самарской, Ленинградской областях); в дальнейшем к нему по собственной инициативе присоединились другие территории и отдельные медицинские учреждения.

В положении о НХМ в здравоохранении было указано: «Основными целями перевода учреждений здравоохранения на новые условия хозяйствования являются 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 происходило в условиях единой государственной системы здравоохранения с финансированием из государственного бюджета.

Основными направлениями НХМ в здравоохранении стали: распределение средств по подушевому нормативу; оплата труда с учетом его количества и качества; разрешение платных услуг; предоставление экономической самостоятельности руководителям учреждений. НХМ также предусматривал расчет цен на услуги в учреждениях здравоохранения, введение взаиморасчетов внутри учреждения между подразделениями и между учреждениями в соответствии с выполненной работой. При НХМ апробировались

новые формы организации труда в медицинских учреждениях (бригадный метод, бригадный и арендный подряд), организацию дневных стационаров и т.д. 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. Реализации НХМ была прекращена в начале XXI века.

8.6. Медицинское страхование

8.6.1. Основные понятия и определения

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Медицинское страхование может быть обязательным или добровольным. **Обязательное медицинское страхование** (ОМС, Compulsory or social health insurance) страхует граждан без учета рисков возникновения заболевания, т.е. без учета пола, возраста, наличия заболеваний в анамнезе и других признаков, которые могут увеличить риск возникновения заболевания. ОМС регулируется государством и реализуется в большинстве стран некоммерческими общественными фондами, реже — частными страховыми организациями. Выплаты в системе ОМС не зависят от размера страховых взносов и соответствуют величине ущерба.

Добровольное медицинское страхование (ДМС, Voluntary health insurance) — всегда рисковое и финансируется из добровольных средств граждан и (или) взносов работодателей (см. раздел 8.6.3).

Описание системы ОМС, ее особенностей и тенденций в развитии (как в РФ, так и за рубежом) представлено далее в разделе 8.6.2.

Участниками системы страхования являются: страхователи, страховщики и застрахованные лица.

Страхователи — это физические и юридические лица, оплачивающие договор страхования.

Застрахованные лица — это лица, на которых распространяется ОМС в соответствии с действующим Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании». Ими являются

граждане Российской Федерации, а также постоянно проживающие на территории Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства.

Страховщиками (страховыми посредниками) могут выступать частные компании или специальные государственные агентства.

Страховой взнос — плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором или законом.

Страховой риск — объект медицинского страхования, связанный с финансовыми затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Страховой случай — совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу или третьим лицам.

Страховая программа — это перечень видов медицинской помощи и видов медицинских услуг, оплату которых гарантирует страховщик в случае возникновения заболевания.

Взаимоотношения между участниками системы страхования представлены на рис. 8.4.

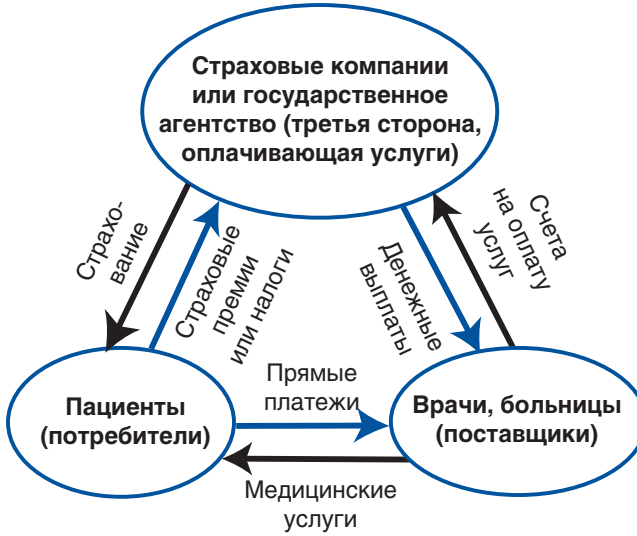

Рис. 8.4. Взаимодействие экономических агентов в здравоохранении

8.6.2. Обязательное медицинское страхование

Кто и сколько должен платить за ОМС

В странах, где существует система ОМС, страховые взносы не зависят от рисков (т.е. пола, возраста пациента, наличия заболеваний) и составляют в среднем не менее 13–15% фонда оплаты труда (в РФ — 3,1%, а с 2011 г. — 5,1%). Взносы равномерно распределены между работодателем и работником (Германия, Румыния, Словения) или большую нагрузку несет работодатель (Чехия, Франция). В Нидерландах основную нагрузку несет работник, который платит 1150 евро в год и дополнительно от 4,4 до 6,5% от своих годовых доходов (при этом для населения с низкими доходами существует система компенсаций). Дополнительно к указанным взносам на ОМС работник в Нидерландах вносит 12,5% со своих доходов на страхование по длительному уходу. В Германии на те же цели 1,7% от ФОТ расходует работодатель.

Дети обычно страхуются из взносов работающих родителей. Взносы за пенсионеров и безработных оплачивают соответствующие страховые фонды (Германия) или эти расходы финансируются из общего объема средств, в том числе от государства за счет дополнительных налоговых поступлений (Нидерланды, Франция).

По данным ВОЗ, регрессивная шкала отчислений страховых взносов (которая, например, сегодня существует в РФ) не является солидарной, а по сути перераспределяет бремя расходов на финансирование государственной системы здравоохранения с богатых слоев населения на бедные.

Обеспечение равенства финансовых условий в системе ОМС

Равенство финансовых условий означает, что фактические расходы на душу населения в больших территориальных единицах (например, субъектах РФ) должны быть максимально близки и не должны отличаться от установленного усредненного подушевого норматива для всей страны. Обеспечивается это равенство в общественной системе финансирования здравоохранения, где все платят по возможности, а получают по потребности, через систему выравнивания финансового обеспечения программы госгарантий (ПГГ) или набора гарантированных по ОМС услуг, а также единую тарифную политику.

Выравнивание финансового обеспечения ПГГ необходимо по двум причинам: вследствие неравных бюджетных возможностей различных территорий или контингентов застрахованных (условно: «мало/много собрали средств на ОМС») и неравного распределения между фондами страхования (или территориями) застрахованных с различными рисками (условно: «мало/много потребляют медицинских услуг»). Каждая из групп застрахованных может потреблять различный объем медицинской помощи в зависимости от пола, возраста, наличия сопутствующих заболеваний, уровня образования, климатических условий проживания и др.

Осуществляется выравнивание финансового обеспечения путем перераспределения средств между плательщиками (страховыми компаниями). Расчеты проводят по специальной методике, которая определяет уровень отклонения потребления медицинской помощи различных групп от средней расчетной величины потребления на одного застрахованного. Эта методика может также учитывать специфические особенности региона, например необходимость снижения смертности определенных групп населения.

Во всех странах с общественными системами финансирования здравоохранения существует система выравнивания финансового обеспечения, которая реализуется путем перечислений между фондами (Франция) или через специальный центральный фонд (в Германии в этот фонд поступает 7–8% средств от больничных касс, которые затем перераспределяются). В Нидерландах в центральный фонд поступают все взносы, и только потом эти средства распределяются по страховым компаниям по подушевому принципу с учетом рисков застрахованного населения. В Германии и Нидерландах риски рассчитывают по полу для каждого года рождения; учитывают число иждивенцев; доходы и наличие заболевания. В Великобритании средства из центральных органов управления здравоохранением распределяются по подушевому принципу с учетом демографических рисков в «фонды первичного звена» при объединенных врачебных практиках, которые обслуживают определенное число прикрепленных граждан.

Единая тарифная политика означает, что установлены единые способы оплаты поставщикам медицинских услуг и единые тарифы.

Что касается способов оплаты медицинской помощи, важно, что в рамках общественной системы финансирования они прак-

тически всегда едины. Например, во Франции и Германии услуги врачей первичного звена оплачиваются по фиксированным тарифам за услуги, которые оказывают эти врачи. В Великобритании способ оплаты смешанный: подушевой за прикрепившееся население и за услуги, в Нидерландах — преимущественно подушевой (подушевой способ оплаты означает, что за каждого прикрепленного к практике пациента врачу перечисляется финансированная сумма, рассчитанная на год). Общая тенденция при оплате услуг врачей первичного звена — переход на подушевую оплату или введение частичной подушевой оплаты. Например, во Франции и Германии предусмотрена дополнительная подушевая оплата услуг по профилактике или координации медицинской помощи застрахованным. Введение подушевого способа оплаты способствует повышению ответственности врачей за здоровье застрахованных (см. раздел 17.2.4).

Стационарные услуги практически во всех странах ОЭСР оплачиваются по диагностически связанным группам (ДСГ). Упрощенно этот способ предусматривает оплату по фиксированному тарифу для групп диагнозов. Опыт показал, что с введением ДСГ стационары стали более эффективно расходовать ресурсы — сократилось число дней госпитализации. Для снижения числа необоснованных госпитализаций дополнительно во многих странах вводится принцип разделения рисков между страховой компанией и стационаром при увеличении запланированных объемов медицинской помощи, т.е. дополнительные объемы медицинской помощи (сверх оговоренных в контракте) оплачиваются медицинской организацией по более низким тарифам.

В таблице 8.2 представлена информация по структуре и организации деятельности системы ОМС за рубежом.

Таблица 8.2. Структура и организация деятельности системы ОМС в зарубежных странах

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Среднее число фондов (СМО), участвующих в ОМС	Германия — 355, Бельгия и Швейцария — около 100, остальные — до 20. Общая тенденция — сокращение числа СМО

Продолжение табл. 8.2

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Статус СМО (коммерческие или некоммерческие организации)	Все СМО — частные некоммерческие организации. Только в Нидерландах и Швейцарии в реализации программ ОМС принимают коммерческие СМО, но по установленным федеральным законам таким же, как и для некоммерческих СМО
Доля застрахованного населения	100%, исключая Германию, где по закону 12% населения, имеющего ФОТ более 3500 евро в месяц, и госслужащие обязаны застраховаться в системе ДМС (деятельность страховых компаний в системе ДМС жестко регулируется законами)
Возможность выбора населением страховой компании	В половине стран есть возможность выбора страховой компании
Размер взносов	От 7,4 до 15% ФОТ, с разделением между работником и работодателем (всегда). В ряде стран есть дополнительные индивидуальные взносы работников на страхование (взносы необходимо отличать от соплатежей, которые выплачиваются населением в момент оказания медицинской помощи)
Наличие верхней планки ФОТ и возможность выхода из системы ОМС	Верхняя планка ФОТ, с которой не начисляются взносы, есть только в Германии и Нидерландах, но это компенсируется другими социальными налогами с богатых. В Германии и Нидерландах можно покинуть систему ОМС и застраховаться в ДМС, но часть взносов богатых остается в системе ОМС
Кто оплачивает страхование пенсионерам и детям	Взнос с пенсионеров меньше или равен взносу работающих либо частично субсидируется пенсионным фондом. Страхование детям покрывается за счет страхования работника. За безработных взносы оплачивает фонд занятости
Доля налогов в финансировании ОМС	Существенная — не менее 30–40%. Эти средства направляются в виде субсидий напрямую фондам или поставщикам медицинских услуг (преимущественно за стационарную помощь или на инвестиционные расходы)

Продолжение табл. 8.2

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Кто собирает взносы	Сами фонды, или их объединения, или специальные подконтрольные государству организации. В Нидерландах — налоговая служба
Как рассчитываются страховые взносы	Без учета рисков развития заболевания и возраста
Как выравниваются риски	По специальной формуле путем перераспределения средств (Германия, Франция) или путем направления в единый централизованный фонд (Бельгия, Люксембург, Нидерланды)
Что учитывают формулы выравнивания	Пол, возраст, трудовой статус, регион проживания, доходы, смертность в регионе
Что покрывают программы ОМС	Все по перечням услуг или ЛС (могут быть негативные перечни, т.е. перечисляют то, что не гарантировано). В большинстве стран не покрываются только косметические услуги, частично услуги стоматолога и приобретение ЛС, вне установленного перечня ЛС
С кем заключаются контракты, и как осуществляется взаимодействие с поставщиками медицинских услуг	Все поставщики отделены от плательщиков. Только несколько медицинских организаций в Израиле и в Швейцарии работают по принципам сетевых. Все поставщики принимают участие в реализации услуг по программам ОМС. В большинстве случаев СМО должна заключить договор с каждым из поставщиков. Большинство поставщиков является государственными или частными некоммерческими организациями. Ранее контракты носили преимущественно коллективный характер, т. е заключались с ассоциациями и объединениями поставщиков. Современная тенденция — заключение селективных (индивидуальных) контрактов (разрешены в Германии и Нидерландах). В Германии, Франции и Израиле цены согласовываются между фондом и поставщиками (но в рамках общих ограниченных бюджетов или предельных тарифов)

Продолжение табл. 8.2

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Что предусматривают контракты с поставщиками	Объемы услуг и их стоимость (для больниц — по ДСГ с учетом длительности госпитализации различных случаев). Для поликлиник — по перечню услуг и с элементами подушевого финансирования. Устанавливаются лимиты общих бюджетов
Роль федерального уровня власти в здравоохранении	Регулирует: • обязательность страхования всех граждан; • обязанность СМО застраховать любого обратившегося; • возможность конкуренции между СМО; • предельные ставки (тарифы) взносов и порядок их исчисления; • кто собирает взносы; • как выравниваются риски между застрахованными в разных СМО; • какой объем и виды помощи покрывает пакет гарантий; • кто принимает решение по включению и исключению услуг из пакета гарантий; • какие поставщики могут принимать участие в оказании услуг и требования к ним; • какие контракты могут заключаться с поставщиками услуг (коллективные или селективные); • предельные тарифы и способы оплаты медицинской помощи; • размеры соплатежей застрахованных; • наличие направлений от врачей первичного звена на более высокоспециализированные уровни помощи
Роль региональных и местных органов управления здравоохранением	Оплата услуг по долговременному уходу и организация системы общественного здоровья, софинансирование (совместно с федеральным уровнем) больничной помощи и инвестиционных расходов
Выбор пациентом поставщиков, наличие системы направлений	Направление врачами первичного контакта к врачам-специалистам обязательно только в Нидерландах. Общая тенденция — введение направлений и постоянное прикрепление к врачам первичного контакта

Окончание табл. 8.2

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Долгосрочное планирование	Не входит в функции ОМС, может осуществляться с их участием региональными и местными органами управления здравоохранением
Участие в программах по общественному здоровью (профилактика и раннее выявление заболеваний)	Может осуществляться (администрироваться) СМО на средства региональных и местных органов управления здравоохранения
Программы долговременного ухода за инвалидами и престарелыми	Могут оказываться совместно за счет средств ОМС и региональных бюджетов, могут быть отдельной системой страхования (Нидерланды и Германия)
Контроль СМО	Ассоциации страховщиков, отделения по работе с ОМС при федеральных министерствах здравоохранения, федеральное управление страховщиков (все имеют право опротестовывать решения СМО)
Тенденции	Усиление требований к качеству услуг, в том числе введение механизма государственной аккредитации МО. Введение требования обязательного наличия стандартов качества МО. Введение селективных контрактов между СМО и поставщиками. Конкуренция между СМО всех форм собственности за страхование населения по программам ОМС. Увеличение размеров соплатежей населения. Усиление государственного регулирования ДМС, расширение автономии государственных МО

Работа ОМС в РФ представлена в разделе 10.1.2.

8.6.3. Добровольное медицинское страхование

ДМС подразумевает, что при страховании граждан учитываются риски возникновения заболеваний, и величина страховых взносов устанавливается в соответствии с величиной этих рисков. Взносы в систему ДМС делают добровольно. В большинстве стран ДМС

представлено комплементарной (дополняющей) формой, т.е. когда страхуются дополнительные услуги, не входящие в стандартный пакет государственных гарантий. Для ввода этой комплементарной формы ДМС необходимо четко определиться с перечнем услуг и ЛС, гарантированных по ОМС.

В ряде стран ЕС, например в Германии, **для части** граждан существует также альтернативное добровольное медицинское страхование (т.е. страхование, покрывающее полный пакет медицинских услуг, аналогичный программе ОМС). Эти граждане уже не страхуются по ОМС, но медицинская помощь по таким альтернативным программам ДМС не отличается от программ ОМС. Различия могут быть только по условиям предоставления медицинской помощи. Стандарт лечения по заболеваниям — одинаковый. Исключение составляют лекарственные средства в амбулаторных условиях — пациент может за свой счет доплатить за ЛС, стоимость которого превышает референтную цену (т.е. цену, по которой государство гарантирует компенсацию стоимости ЛС).

Есть еще одна форма ДМС — страхование соплатежей (содоплаты) граждан, которые они делают, будучи застрахованными по ОМС, в момент оказания медицинской помощи. Эта форма ДМС распространена во Франции; соплатежи чаще всего носят фиксированный характер и от них освобождаются социально необеспеченные граждане (см. также раздел 8.3.2).

Состояние рынка ДМС в РФ

Как уже обсуждалось в разделе 8.3.2, оплата расходов на медицинскую помощь по ДМС, относится к частным расходам на здравоохранение. В РФ расходы по ДМС составляют 2,8% общих расходов на здравоохранение, в странах ОЭСР — 5–6%.

Структура всех частных расходов в 2008 г. в РФ представлена на рис. 8.5. Видно, что преимущественную долю занимают расходы населения на ЛС в амбулаторных условиях — почти 50% (308,3 млрд руб.), расходы населения на платные медицинские услуги составляют 31% (196 млрд руб.), на санаторно-курортные услуги и на выплаты по ДМС составляют примерно по 9% (соответственно 58 и 59 млрд руб.).

Бóльшая доля платных медицинских услуг по сравнению с выплатами по ДМС в РФ свидетельствует о неразвитости рынка ДМС и отсутствии активной государственной политики, направленной

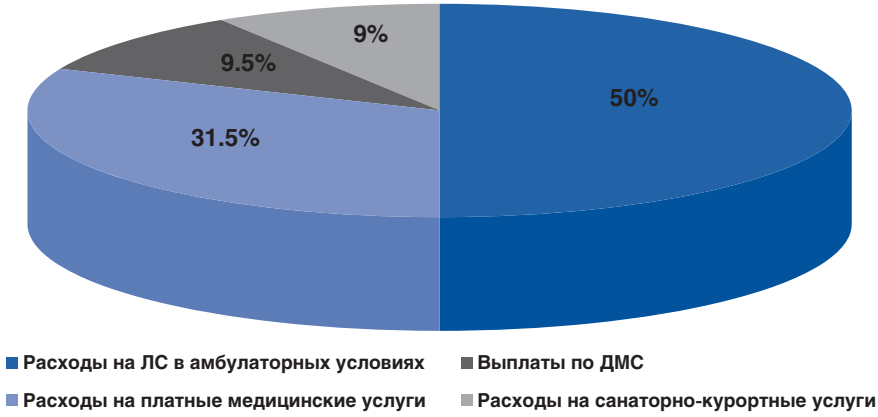

Рис. 8.5. Структура частных расходов на здравоохранение РФ

на снижение доли оплаты населением медицинских услуг. Последнее может быть достигнуто за счет увеличения государственных расходов (наиболее предпочтительный вариант) или за счет развития рынка ДМС (как более прогрессивного по сравнению с оплатой населением медицинских услуг из собственных средств).

В среднем за 2006–2008 гг. доля застрахованных по ДМС граждан (16 лет и старше) составила 15% взрослого населения РФ. По оценкам большинства страховых компаний, индивидуальные клиенты составили от 5 до 10% всех застрахованных по ДМС. Практически все крупные работодатели финансируют ДМС для своих работников (полностью или с участием последние). Практически все крупные корпорации РФ имеют свои страховые компании («СОГАЗ», «ЖАСО», «Уралсиб», «Энергогарант» и др.), через которые и страхуют своих работников. В сегменте среднего и малого бизнеса потребителями ДМС являются следующие компании (в порядке убывания): предоставляющие консалтинговые услуги, предоставляющие услуги в сфере развлечений, IT-компании, издательства, фирмы-перевозчики, строительные компании.

Предлагаемые «пакеты» страховых услуг в РФ. Страховщики по ДМС наиболее часто предлагают следующие пакеты услуг: поликлиническое обслуживание, в том числе стоматологические услуги (90% застрахованных); вызов врача на дом; стационарная помощь, скорая медицинская помощь, ведение беременности и родов,

восстановление и реабилитация, также комплексное медицинское обслуживание.

Не страхуются по ДМС, как правило, риски, связанные:

- с возникновением онкологических заболеваний;
- с осложнениями, вызванными врожденными заболеваниями;
- с применением наркотических средств и алкоголя;
- с заболеванием СПИД.

Застрахованные по ДМС прикрепляются преимущественно к МО всех форм собственности. Наблюдается следующая тенденция: чем дешевле стоимость «пакета» услуг по ДМС, тем выше доля государственных и муниципальных учреждений, к которым прикрепляются застрахованные. Небольшая доля застрахованных по ДМС (3–5%) имеют возможность лечиться за рубежом — это высший менеджмент крупных корпораций. К лидерам рынка ДМС в РФ (по сумме страховых премий) относятся: «СОГАЗ», «ЖАСО», «Ингосстрах», «РЕСО-Гарантия», «Альфастрахование».

8.7. Рыночные отношения и государственно-частное партнерство в здравоохранении

8.7.1. Рыночные отношения в здравоохранении

Рыночные отношения в здравоохранении предполагают наличие конкуренции, свободного выбора поставщиков медицинских услуг (не только коллективного, но и индивидуального — самим пациентом), заключение контрактов между покупателями и поставщиками медицинских услуг, расширение автономии (независимости) поставщиков медицинских услуг от государственного регулирования, вплоть до приватизации государственных учреждений. При рассмотрении вопроса о рыночных механизмах управления здравоохранением следует отличать их от государственно-частного партнерства (ГЧП). Рыночные механизмы управления не обязательно подразумевают участие частного капитала; они могут быть реализованы в рамках управления только государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, таким образом создается «внутренний рынок».

Внедрение рыночных отношений в странах, финансирующих здравоохранение преимущественно из государственных источ-

ников, началось в 90-х годах прошлого века с целью повышения эффективности и прозрачности деятельности объектов системы здравоохранения, в первую очередь поставщиков медицинских услуг. Предполагалось, что конкуренция и расширение потребительского выбора позволят сократить расходы на медицинскую помощь, будут способствовать большей эффективности и снижению бюрократизма системы. Конкуренция может быть также организована между СМО (см. раздел 8.3.1).

В странах с исторически сложившимся разделением между покупателями и поставщиками медицинских услуг (т.е. работающих по модели ОМС) акцент сделан на конкуренции между страховыми компаниями. Такая конкуренция существует практически во всех странах, кроме Австрии и Франции (здесь страхование населения происходит по месту работы). В Бельгии, Германии, Израиле, Нидерландах, Швейцарии любая страховая организация обязана застраховать каждого обратившегося в нее (выбравшего ее) гражданина по программе ОМС. Предложения компаний для страхователей в этих странах различаются, например, размерами взносов, дополнительными пунктами в пакете услуг, размерами обязательных доплат. В Израиле, Нидерландах и Швейцарии СМО разрешено заключать селективные контракты с поставщиками медицинских услуг, т.е. отбирать их по критерию цены и качества. Разрешение государством конкуренции СМО сопровождается жестким регулированием с его стороны — обязательность страхования любого, обратившегося в страховую компанию, выравнивание рисков между страховыми компаниями, установление пакета гарантий и предельных бюджетов по его финансированию, порядок разделения финансовых рисков по превышению запланированного бюджета, контроль качества медицинской помощи, оказанной поставщиками (см. также раздел 8.6.2).

В странах, финансирующих здравоохранение по бюджетной модели, для развития рыночных отношений была введена внутренняя конкуренция, которая заключалась в разделении функций плательщика и поставщика медицинских услуг (подробно см. раздел 8.3.1).

Для медицинских организаций, находящихся в государственной или муниципальной собственности, общей тенденцией во всех рассматриваемых странах стало получение ими большей незави-

симости (при сохранении государственной собственности) в части как распределения «заработанных» средств, так и управления кадрами.

Что касается приватизации медицинских учреждений, то в «старых» странах Европы она в основном коснулась стоматологического и фармацевтического секторов здравоохранения, что повысило эффективность работы последних. В восточных странах Европы (Чехия, Эстония, Венгрия, Польша) происходит приватизация амбулаторного и частично госпитального сектора. Результаты такой приватизации неоднозначные: несмотря на увеличение предложения (бóльший выбор и лучшие условия), доступность медицинской помощи для малообеспеченных слоев населения существенно сократилась.

В Норвегии в 2001 г. также началась приватизация больничных учреждений, но позже (по закону 2004 г.) была запрещена любая приватизация в секторе здравоохранения. В Великобритании приватизация также неприемлема по политическим соображениям, но, как уже указывалось, здесь расширяется автономия медицинских учреждений, используются контрактные отношения с поставщиками медицинских услуг, а также проводится аутсорсинг[1] лечебных услуг в частном секторе.

Внедрение оплаты труда медицинских работников по его результатам активно внедряется в некоторых странах (США, Великобритании, Финляндии). В Великобритании с 2003 г. были впервые применены государственные контракты с врачами общей практики, учитывающие выполнение различных показателей качества (выполнение каждого из них оценивается в определенную сумму баллов), что стало примером для многих других стран.

Рыночные отношения также подразумевают использование рыночных инструментов управления: планирование бюджетов, ориентированных на результат; контроль за издержками, оплата по результатам труда, установление целевых показателей деятельности системы здравоохранения и отдельных учреждений, сравнение полученных результатов с лучшими по региону (в стране, за рубежом). Такие подходы в управлении активно использовались

[1] Аутсорсинг — привлечение организацией услуг сторонних организаций в рамках долгосрочного сотрудничества.

при разработке Национальных стратегий развития здравоохранения, например, в Великобритании, Австралии, Канаде, Новой Зеландии.

В таблице 8.3 суммирован зарубежный и российский опыт по результатам внедрения рыночных отношений и децентрализации (как одного из элементов рыночных отношений) в здравоохранении.

Следует также учитывать, что развитие частного предпринимательства усиливает конкуренцию, ведет к увеличению предложения и спроса на услуги, в том числе и **неоправданного спроса** с точки зрения сохранения и улучшения здоровья населения. Поскольку конкуренция подразумевает наличие нескольких поставщиков медицинских услуг или нескольких страховых компаний, она может привести **к неоправданным и излишним расходам** в системе здравоохранения на содержание и обеспечение деятельности нескольких МО с избыточной коечной мощностью. Конкуренция также может **увеличивать стоимость услуг** в системе здравоохранения за счет дополнительных расходов МО на рекламу и маркетинг. Рыночные отношения в здравоохранении требуют **дополнительных регулирующих мер со стороны государства** в части контроля качества, доступности медицинской помощи, установления цен и тарифов. Например, снижение числа повторных госпитализаций невыгодно МО, так как снижает поток пациентов, соответственно необходимо жестко контролировать их деятельность по показателям качества медицинской помощи со стороны государства. **Рынок неэффективен в части проведения профилактических мероприятий** и **долгосрочного планирования** инфраструктуры медицинских организаций (которая должна отражать долгосрочные потребности населения в медицинской помощи).

Таким образом, из рыночной экономики можно заимствовать: внедрение дифференцированной системы оплаты труда; расширение прав руководителей бюджетных и муниципальных ЛПУ; введение элементов конкуренции между учреждениями всех форм собственности; составление (и публикация) рейтинга больниц, врачей; подготовка обязательных ежегодных докладов об эффективности и результативности системы здравоохранения – по стране и по регионам.

Таблица 8.3. Результаты внедрения рыночных отношений за рубежом и в РФ

Направление	Результат за рубежом	Результат в РФ
Конкуренция между СМО	Увеличение административных издержек СМО Селекция СМО застрахованных с минимальными рисками В Нидерландах конкуренция между СМО и право выбора пациентом СМО пока не эффективны — только 4% пациентов ежегодно меняют СМО	Таковой не было до 2011 г., выбор СМО происходил административным путем. Установление конкуренции с 2011 г. требует наличия конкурентных характеристик, с одной стороны, и системы выравнивания рисков — с другой
Конкуренция между поставщиками медицинских услуг	Там, где она возможна (преимущественно для высокоспециализированных видов помощи) — эффективна, так как приводит к снижению издержек, но происходит под жестким контролем государства. В США доказано, что конкуренция между МО и право выбора пациентом МО — не эффективны, пациенты выбирают МО по месту жительства и по рекомендации. В Великобритании публичные рейтинги МО привели к повышению эффективности их деятельности	Реальной конкуренции нет, так как не определены объективные показатели, по которым СМО и пациенты могут выбирать МО
«Свободный рынок» или нерегулируемый государством рынок (пример — США)	Провалился: неоправданный рост расходов на медицинскую помощь и снижение числа граждан, имеющих возможность оплачивать ДМС (16% населения)	«Свободный» рынок в здравоохранении существует только для частного медицинского сектора
Дифференцированные системы оплаты труда медицинских работников, в том числе оплата за результат	Способствуют повышению КМП и снижению издержек	Внедрены в ряде МО, но в условиях низких заработных плат и отсутствия четких критериев оценки эффективности труда привели к демотивации персонала

Окончание табл. 8.3

Направление	Результат за рубежом	Результат в РФ
Фондодержание на уровне ПМСП	В Великобритании показало некоторую эффективность, например снижение числа необоснованных госпитализаций в стационар. Требует дополнительных расходов на обучение персонала «фондов» (трастов) первичной медицинской помощи	Показало эффективные результаты в Самарской области. Но введение возможно только при достаточном уровне финансирования ПГГ. При наличии системы ОМС создание дополнительных фондов нецелесообразно
Децентрализация в финансировании	Идет процесс рецентрализации во всех странах, так как децентрализация привела к неравенству в доступности медицинской помощи	Существует и привела к существенному неравенству регионов в финансовом обеспечении ПГГ
Децентрализация в управлении здравоохранением (качество, тарифы, инфраструктура)	Централизация управления существует в большинстве стран ЕС, в настоящее время наблюдается усиление государственного регулирования, роль профессиональных обществ снижается	Существует и привела к неэффективному развитию системы здравоохранения в регионах (Федеральные приказы Минздравсоцразвития РФ носят рекомендательный для регионов характер)
Автономизация МО	Существует и увеличивается. Способствует снижению административных издержек, но сочетается с жестким государственным контролем центрального уровня и достаточным уровнем финансирования здравоохранения за счет общественных средств	Планируется, но при недофинансировании и нечетко сформулированном государственном задании приведет к снижению доступности медицинской помощи населению РФ (см. раздел 8.2.2)

8.7.2. Государственно-частное партнерство (ГЧП)

ГЧП — совокупность форм средне- и долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях как в области экономики, так и в социальной сфере. На основании опыта зарубежных стран можно выделить следующие виды ГЧП в здравоохранении (рис. 8.6): 1) финансирование медицинских услуг, т. е расширение роли ДМС и введение соплатежей; 2) участие частных страховых компаний в страховании населения; 3) привлечение МО всех форм собственности на равных правах к реализации государственного заказа; 4) строительство и оснащение МО, оказывающих медицинские услуги по ПГГ: привлечение частных компаний для совместного строительства (концессия); 5) управление государственной собственностью: передача в управление частным компаниям медицинских учреждений, находящихся в государственной и муниципальной собственности (концессия).

Участие негосударственных учреждений здравоохранения в реализации медицинской помощи, оплачиваемой из общественных средств, активно практикуется в таких странах, как Франция и Германия, где около 30% коек — частные (преимущественно некоммерческие), эти учреждения успешно участвуют в системе ока-

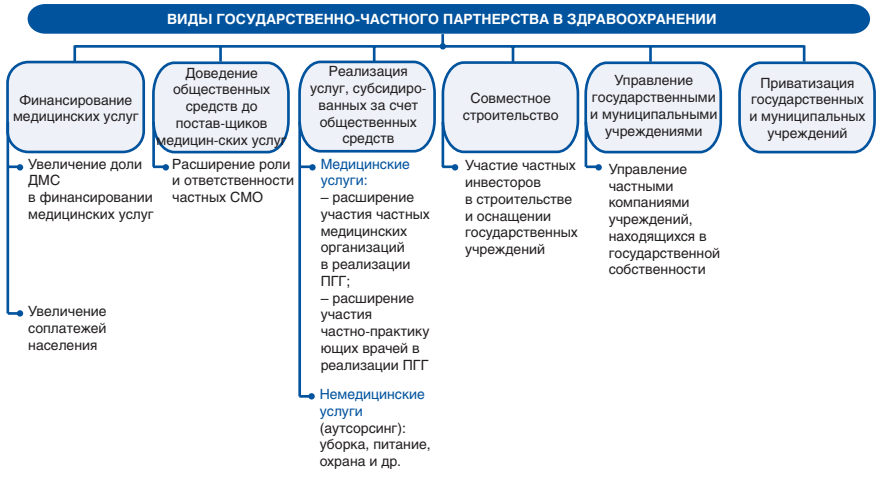

Рис. 8.6. Виды ГЧП в здравоохранении

зания медицинской помощи за счет как общественных, так и частных средств. В Италии, Португалии, Испании около 25% коек — частные (половина из них коммерческие), и все они реализуют медицинскую помощь по ПГГ. В Великобритании и Скандинавских странах — не более 10% коек сегодня находится в частной собственности, и только несколько лет назад им было разрешено участвовать в реализации ПГГ. Общеевропейская тенденция сегодня — это активное привлечение частных поставщиков для оказания медицинских услуг за счет общественных средств. Выгоды для государственной системы — концентрация расходов не на капитальном строительстве и инвестициях, а на оказании собственно медицинских услуг. Более того, возникающая конкуренция между частными и государственными учреждениями способствует повышению эффективности деятельности последних.

ГЧП в части оказания медицинских услуг учреждениями всех форм собственности требует от государства усиления системы контроля качества медицинской помощи, например, через такие инструменты, как аккредитация и лицензирование МО.

Позитивный опыт использования ГЧП имеется и в РФ. Например, медицинские учреждения системы ОАО «РЖД» (де-юре: частные, некоммерческие, но со 100% государственным владением) принимают участие в реализации государственного и муниципального задания. Такое сотрудничество не только позволило в ряде случаев местному населению получать более качественную помощь и в лучших условиях, но и муниципальным органам уменьшить на 35% издержки по содержанию учреждений здравоохранения.

ГЧП в строительстве медицинских учреждений — активно развивающаяся форма взаимодействия частного и государственного сектора в странах ЕС, но имеющиеся данные об эффективности такого партнерства неоднозначны. С одной стороны, участие частного капитала позволяет оптимизировать государственные расходы на инфраструктуру учреждений здравоохранения. Например, опыт совместного строительства в Великобритании, Германии и Испании показывает, что проекты в целом выполняются в срок и в рамках запланированного бюджета. Другие исследователи отмечают, что ГЧП в строительстве медицинских учреждений является экономически неэффективным и требует от госу-

дарства разработки серьезной нормативной базы, регулирования и создания специальных фондов, что, в свою очередь, может повысить стоимость строительства. Обязательным условием должно стать участие вновь созданного учреждения в реализации ПГГ. Предоставление льгот на строительство частных учреждений возможно только при условии, что данные льготы будут возвращены государству за счет исполнения государственного заказа в установленном объеме.

Передача в управление государственных МО частным компаниям (концессия) часто следует после их совместного строительства. Управление этими МО передается на определенных условиях и на определенный срок. Считается, что частная компания более эффективна в управлении, более эффективно и экономно расходует ресурсы (так как заинтересована в максимизации прибыли), быстрее внедряет современные информационные системы, более заинтересована в удовлетворенности пациентов, чем государственная компания. Это подтверждает опыт ряда медицинских центров в Испании и Германии, находящихся в управлении частных компаний. Вместе с тем имеются данные, что такие компании в погоне за прибылью снижают качество предоставляемых медицинских услуг.

Следует также рассмотреть вопрос о налоговых послаблениях, которые частные компании, участвующие на рынке медицинских услуг, просят от государства. Следует четко понимать, что любое налоговое послабление — это снижение поступлений в бюджет, из которого финансируется солидарная система здравоохранения. В преобладающем большинстве случаев частный бизнес ориентирован на прибыль самой компании и на обслуживание небольшого числа богатых (обеспеченных) граждан или работников крупных предприятий. Почему деятельность таких организаций должна иметь льготы по налогам или работодателям должны даваться преференции для участия в ДМС (как это, например, происходит в РФ сегодня), вызывает серьезный вопрос. Организаторы здравоохранения за рубежом рассматривают каждый случай налогового послабления только с точки зрения выгоды большинства населения.

В заключение следует отметить, что пример США, продемонстрировал отрицательное влияние «свободных» (т.е. вне государ-

ственного регулирования) рыночных отношений на доступность медицинской помощи. «Свобода» в деятельности частных страховых компаний и частных поставщиков медицинских услуг (на негосударственном рынке) в США привела к нерегулируемому росту цен на их услуги и сокращению пакета страхования (см. также раздел 8.3.2). Сегодня медицинская помощь в США дороже, чем в среднем в странах Евросоюза: в 3 раза — по стационарной помощи, в 6 раз по администрированию и в 2 раза — по услугам частнопрактикующих врачей.

Справедливости ради необходимо отметить, что рост цен на медицинские услуги в США обусловлен также высокой инновационностью предоставляемой помощи и ростом распространенности хронических неинфекционных заболеваний, на лечение которых расходуется 75% средств здравоохранения. В таблице 8.4 суммированы результаты внедрения ГЧП в РФ и за рубежом.

Таким образом, можно заключить, что примеры эффективного использования инструментов ГЧП для достижения общественных интересов — это использование частных МО в реализации государственного заказа и строительстве инфраструктуры учреждений здравоохранения.

Другие результаты ГЧП противоречивы и зависят от используемых форм этих отношений и партнерства. Все организаторы здравоохранения констатируют, что рыночные отношения необходимо использовать только в том случае, если это приносит однозначную пользу государственной системе здравоохранения и при сохранении жесткого контроля со стороны государства. **Приватизация медицинских организаций (больниц) неприемлема для большинства стран с развитой рыночной экономикой**.

8.8. Маркетинг в здравоохранении

Маркетинг — это деятельность в сфере товаров, услуг, ценных бумаг и других, осуществляемая в целях стимулирования сбыта товаров и ускорения обмена ими. Цели маркетинга в здравоохранении: 1) больше продать и 2) максимально удовлетворить потребности клиента, чтобы он обратился за помощью повторно. Маркетинг включает управление:

Таблица 8.4. Результаты внедрения ГЧП за рубежом и в РФ

Направление	Результаты за рубежом	Результаты в РФ
Участие частных СМО в доведении государственных средств до МО	При жестком контроле со стороны государства за деятельностью СМО — форма собственности СМО не принципиальна. Требует дополнительных регулирующих мер со стороны государства	Излишние административные издержки на содержание СМО, дублирование функций территориального фонда ОМС и СМО. Необходимость дополнительного государственного контроля над деятельностью СМО
Участие частных МО в реализации государственного заказа	Экономия общественных средств за счет снижения инвестиционных расходов. Некоторое повышение эффективности деятельности государственных МО в результате конкуренции	На примере ОАО «РЖД» показано — экономия государственных средств на инвестиционных расходах и текущем содержании ЛПУ
Совместное строительство за счет государственных и частных средств	Результаты неоднозначны — на данный момент увеличение инвестиционных издержек при строительстве	Примеров пока нет
Управление государственных МО частными компаниями	Результаты неоднозначны. Противоречие между целями частной компании иметь прибыль и долгосрочными общественными интересами	Примеров пока нет
Приватизация медицинских учреждений	Снижение влияния региональных органов власти на развитие инфраструктуры учреждений. Запрещена законом в Норвегии и Великобритании. В Германии доля общественных МО, перешедших в форму ООО (GmbH), растет	Произошла по ряду учреждений в 90-е годы прошлого века, что привело к использованию общественной собственности в частных интересах

- производимыми услугами;
- ценой услуг;
- способами продвижения услуг на рынок;
- местом предоставления услуг.

Таким образом, маркетинг услуг — это комплексная деятельность специалистов по организации производства, сбыта продукции и реализации услуг, ориентированная на удовлетворение потребностей населения с учетом выявленного ранее спроса и необходимости получения прибыли. В силу чрезмерной социальной ориентированности системы здравоохранения, исключающей использование жестких коммерческих механизмов, направленных на получение прибыли, маркетинг здравоохранения относится (по определению экономистов) к **социально ориентированному**.

Это подразумевает, что организация должна не только наиболее полно удовлетворять выявленные запросы потребителей, делая это эффективнее, чем конкуренты, но также поддерживать и улучшать благосостояние общества в целом.

Тем не менее вне зависимости от определения целей маркетинга в здравоохранении их суть одна — продать как можно больше медицинских услуг. То есть можно сказать, что поставщики медицинских услуг заинтересованы в том, чтобы было больше больных, нуждающихся в медицинской помощи, потому что чем больше больных обратилось в МО, тем выше ее прибыль. И в этом главное **противоречие между целями маркетинга и целями системы здравоохранения**, которая должна быть заинтересована в улучшении здоровья населения и снижении числа больных.

Более того, активная реклама и расширение предложения со стороны МО **увеличивают потребление медицинских услуг**. В ряде случаев это именно те услуги, которые не являются жизненно необходимыми пациенту (например, операция липосакции или резекция желудка для похудения и др.). Учитывая, что современные медицинские вмешательства небезопасны, это не только приводит к неоправданным расходам населения, но и увеличивает риски неблагоприятных последствий. В таблице 8.5 приведены плюсы и минусы использования маркетинга в здравоохранении.

Таким образом, при решении вопроса о применении маркетинга в здравоохранении следует изучать и учитывать возникающие проблемы, а также искать пути их нивелирования.

Таблица 8.5. Маркетинг в здравоохранении — «плюсы» и «минусы»

Минусы	Плюсы
Нарушает принцип солидарности и равенства в доступности медицинской помощи (акцент на тех, кто может оплатить и требует меньших затрат). Увеличивает неоправданное потребление медицинской помощи. Может привести к избытку предложения услуг и неэффективной трате общественных и личных средств граждан на оплату этого предложения. Ставит перед врачом дилемму: избыточное оказание медицинской помощи (в частных клиниках) или недостаточный ее объем (в системах с ограниченными ресурсами). Требует от государства жесткого контроля КМП и наличия стандартов лечения. Приводит к дополнительным административным издержкам на осуществление маркетинговых услуг	Может способствовать большей информированности пациента о КМП. Позволяет эффективнее управлять соотношением: затраты, качество и доступность медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения. Способствует повышению КМП (при наличии контроля со стороны государства, так как пациент сам оценить КМП не может). Способствует снижению издержек МО

Контрольные вопросы

1. Дайте определение экономики и назовите основные особенности экономики здравоохранения.
2. На каких принципах строятся рыночные отношения?
3. Охарактеризуйте права собственности.
4. Какие нововведения предусмотрены для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Федеральным законом № 83-ФЗ от 08.05.2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»?
5. Назовите основные отличия плановой экономики от рыночной.
6. Какие модели финансирования здравоохранения существуют? Дайте их характеристики.
7. Каков баланс между общественным и частным финансированием здравоохранения?
8. Как формируется спрос на медицинские услуги?
9. Перечислите виды предпринимательской деятельности в здравоохранении.
10. Назовите главное отличие ОМС от ДМС.
11. Как происходит выравнивание финансовых условий оказания медицинской помощи по ОМС за рубежом?
12. В чем риски рыночных отношений в здравоохранении?
13. Перечислите основные направления ГЧП в здравоохранении.
14. В чем плюсы и минусы применения маркетинга в здравоохранении?

ГЛАВА 9

История формирования, структура и управление системой здравоохранения РФ

9.1. Вехи развития и организационная структура системы здравоохранения

Развитие здравоохранения в России до 1918 г.

Вплоть до XVI века медицинское дело не входило в юрисдикцию центральной государственной власти: и устройство лечебниц, и обучение врачей в медицинских школах, и юридическая регламентация деятельности медиков осуществлялись на региональном или местном 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. Главная причина этого заключалась в политической раздробленности. Не смогли создать какую-то единую организацию или службу здравоохранения, постоянно враждующие между собой 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.

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, например Лекарская школа (1654).

По мере развития государственного устройства и особенно вследствие петровских реформ конца XVII — начала XVIII веков было реорганизовано все медицинское дело. Вместо боярской приказной была 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 была преобразована в Медицинскую коллегию. В городах все богоугодные, медицинские и другие учреждения перешли в ведение Приказов общественного призрения.

С 1797 г. создаются врачебные управы, занимающиеся организацией медицинской службы в городах. Центральное управление здравоохранением с 1836 г. стало в руках Медицинского департамента Министерства внутренних дел. Увеличилось и число медицинских работников, так, если в начале XVIII века в России едва насчитывалось 150 врачей, то в 1802 г. было уже 1519 врачей во всех ведомствах.

Лишь к середине XIX века **началось создание государственной 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 участками, разъездной врачебной помощью, обеспечением фельдшерами, элементами бесплатности и др. Для своего времени это была весьма прогрессивная система, недоступная большинству стран. По замыс-

лу земская система должна была сосуществовать и сотрудничать с так называемой фабрично-заводской медициной, получившей стимул к развитию также в середине 1860-х годов. Постановление 1866 г. обязывало владельцев промышленных предприятий за свой счет организовывать и содержать больницы, лечебницы (из расчета 1 койка на 100 работающих). В городах управление медицинскими, богоугодными и другими учреждениями было передано органам городского самоуправления (думам).

Тем не менее в России вплоть до 1917 г. единой системы здравоохранения не существовало. Делом охраны общественного здоровья занимались многие ведомства и учреждения — и общественные, и 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.

Основные вехи развития здравоохранения в России с 1918 г. по настоящее время

В 1918 г. был установлен принцип бесплатной медицинской помощи для всех жителей страны. С 1918 по 1924 г. система здравоохранения финансировалась как из налогов (бюджета), так и из страховых взносов работников и работодателей.

В 1924 г. была проведена национализация страховых компаний (больничных касс) и всех поставщиков медицинских услуг. Были установлены единый источник финансирования (бюджет) и единая модель организации медицинской помощи, разработанная на основе принципов, предложенных Николаем Александровичем Семашко. Эта модель финансирования и организации медицинской помощи существовала в стране до 1989 г. Она была простой и понятной как для населения, так и для медицинских работников. Это — участковый (территориальный) принцип прикрепления населения[1], разделение системы оказания медицинской помощи взрослым и детям, объединение врачей первичного звена и врачей специалистов в поликлиники, строгие этапы на пути движения

[1] Об участковом принципе см. приказ Минздравсоцразвития России №584 от 04.08.2006 г. и раздел учебника 1.1.

пациентов и деление на уровни помощи[1] (в зависимости от сложности технологий, применяемых в медицинских учреждениях), особый акцент был сделан на профилактике и оздоровлении населения.

Система здравоохранения в этот период имела жесткую вертикаль соподчинения уровней управления здравоохранением (муниципального — региональному, регионального — федеральному), что позволяло обеспечивать единство финансирования, ресурсного обеспечения и управления. Недостатками существовавшей в советский период системы здравоохранения были экстенсивное наращивание ресурсов (числа врачей и больничных коек) без учета качественных показателей работы; медленное внедрение высоких технологий в практику; административно-командный стиль руководства, препятствующий повышению эффективности деятельности системы, и перераспределение средств в больницы в ущерб поликлиникам.

С 1989 по 1991 г., в период перехода страны на рыночные механизмы управления экономикой, в 3 субъектах РФ (Самарской и Кемеровской областях и Санкт-Петербурге) был апробирован «новый хозяйственный механизм», подразумевавший бóльшую самостоятельность главных врачей в управлении ресурсами учреждений, подушевое финансирование первичного звена здравоохранения, систему фондодержания[2] (см. также раздел 8.5.2).

---

[1] Под этапом оказания медицинской помощи понимается оказание ее по территориальному принципу расположения объектов (учреждений) здравоохранения, для села — это сельский врачебный участок и его медицинские учреждения, ЦРБ и областная больница; для города — поликлиника, городская больница и специализированная больница (диспансер). Под уровнем понимается сложность технологии оказания медицинской помощи, их 3 — первичный, специализированный и высокотехнологический (см. также раздел 11.7).

[2] Фондодержание подразумевает способ оплаты медицинской помощи через специально сформированные финансовые фонды для амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ). Из этих фондов оплачиваются и услуги врачей АПУ, и дополнительные медицинские услуги диагностических центров и стационаров в интересах прикрепленного к АПУ населения. Сэкономленные средства от этих дополнительных услуг идут на оплату труда или развитие АПУ. Таким образом, создается экономическая заинтересованность медицинского персонала АПУ в улучшении здоровья населения и экономии ресурсов здравоохранения (более здоровое население потребляет меньше медицинских услуг). За рубежом, например в Великобритании, под фондами подразумеваются не просто денежные фонды, зарезервированные на уровне СМО (как в РФ), а отдельные структуры в составе врачебных практик — на уровне районных подразделений Национальной службы здравоохранения.

В 1991 г. в целях увеличения объемов финансирования здравоохранения было решено создать систему обязательного медицинского страхования (ОМС) и был принят Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в РФ» № 1499-1 от 28.06.1991 г. С 1993 г. началось внедрение ОМС, и установилась смешанная бюджетно-страховая модель финансирования системы здравоохранения, которая существует и сегодня.

В 1996 г. в целях увеличения поступления средств в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения им было разрешено оказывать платные услуги населению (постановление Правительства РФ № 27 от 13.01.1996), что фактически официально узаконило доплату населения за помощь, которая должна оказываться бесплатно по ПГГ. Такой порядок существует и сегодня. Разрешение платных услуг, с одной стороны, позволяет ЛПУ (в условиях недофинансирования) получить дополнительные средства для оплаты труда сотрудников и текущего содержания самого учреждения, но с другой — ограничивает доступность медицинской помощи для малообеспеченных категорий населения.

В 1998 г. постановлением Правительства РФ была впервые утверждена ПГГ на 1999 г. (с 2004 г. по настоящее время она утверждается ежегодно). Эта программа содержит перечень видов медицинской помощи и нормативы ее объемов в расчете на 1 жителя (сколько должно быть вызовов скорой помощи, число посещений поликлиник на 1 жителя и т.д.) и финансовые нормативы этих объемов, а также устанавливает минимальный подушевой норматив финансирования. В реализации ПГГ разрешено участвовать частным поставщикам медицинских услуг.

В 2003–2004 гг. вследствие общей децентрализации управления в стране[1] управление здравоохранением было разделено на муни-

[1] Федеральные законы №131-ФЗ от 6.10.2003 г. «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» и №122-ФЗ от 22.08.2004 г. «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон „Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и „Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"».

ципальный, региональный и федеральный уровни. В соответствии с образованными уровнями были разделены полномочия по финансированию расходов на оказание медицинской помощи и по содержанию инфраструктуры учреждений. В результате финансовая обеспеченность территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ, т.е. реализация ПГГ в регионах) и развитие инфраструктуры учреждений здравоохранения попали в зависимость от бюджетной обеспеченности субъектов и муниципалитетов РФ.

В 2003 г. по рекомендации Всемирного банка в Российской Федерации вводится институт врача общей практики (ВОП), и Минздравом России предпринимаются действия, направленные на сокращение амбулаторной специализированной помощи (в том числе педиатрической) в пользу развития ВОП. Такие действия министерства не учитывали позитивный опыт существования педиатрической службы в Советском Союзе и в Российской Федерации и могли привести к ухудшению медицинской помощи детям. Поэтому они встретили сопротивление педиатрической общественности, которой удалось остановить этот процесс. Сегодня институт ВОП получил развитие в нескольких субъектах РФ (в Самарской, Чувашской и Свердловской областях, Татарстане), причем преимущественно в сельской местности. Опыт перечисленных регионов показал, что внедрение этого института имеет положительные результаты, естественно, при условии сохранения и развития имеющейся педиатрической службы.

В 2005 г. стартовала программа (ДЛО), а в **2006 г**. — приоритетный национальный проект «Здоровье», благодаря чему были существенно увеличены государственные вложения в здравоохранение и получили развитие его приоритетные направления.

Таким образом, сегодня в РФ сложилось следующее устройство государственной системы здравоохранения:

- по способу финансирования сложилась смешанная бюджетно-страховая модель;
- по системе организации медицинской помощи она носит черты модели Н.А. Семашко;
- по управлению — разделена на 3 уровня (федеральный, региональный и муниципальный);
- по форме собственности медицинских организаций, участвующих в реализации ПГГ, выделены 3 их вида: государ-

ственные (федеральные и региональные), муниципальные и частные организации. Отраслевая (ведомственная) медицинская служба осталась или в федеральной собственности (например, медицинская служба Министерства обороны), или стала частной в результате изменения формы собственности ведомств, которым она ранее принадлежала (например, медицинская служба ОАО «РЖД»).

Схематично общая структура существующей в РФ системы здравоохранения представлена на рис. 9.1. Частная система здравоохранения включает частные страховые компании (которые участвуют в реализации договоров ОМС, а также занимаются ДМС) и сеть частных поставщиков медицинских услуг.

По данным Росстата (2008), на частных поставщиков услуг в РФ приходится в среднем 11% медицинских организаций (МО)[1]. Доля частных коек составляет 0,33%.

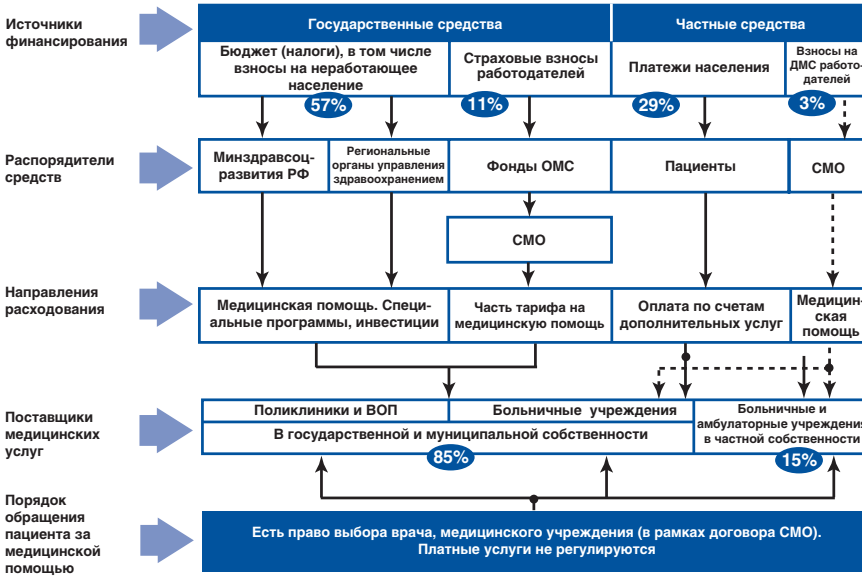

Рис. 9.1. Структура и финансирование системы здравоохранения РФ

[1] Амбулаторно-поликлинических МО всего 23 тыс., из них 18% — частных. Больничных МО всего 7,5 тыс., из них 2% частных, т.е. из 30,5 тыс. МО доля частных составляет 11% (или 4,5 тыс. МО).

Организационная структура системы здравоохранения РФ

Структура системы здравоохранения РФ по **форме собственности** организаций, входящих в ее состав, подразделена на 3 больших блока: государственную, муниципальную и частную системы. Государственная система, в свою очередь, подразделяется на федеральную и региональную (рис. 9.2).

В каждую из систем входят различные организации: органы управления, лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образовательные, санитарно-профилактические, фармацевтические и другие организации.

Органы управления системы здравоохранения РФ на федеральном уровне представлены Министерством здравоохранения и социального развития РФ, на уровне субъектов РФ — региональными министерствами здравоохранения (комитетами, управлениями) и муниципальными органами управления здравоохранением. В структуру Министерства здравоохранения и социального развития также входят контрольно-надзорные органы: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей (Роспотребнадзор) и Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор). По законопроекту «Об охране здоровья граждан» предполагается передать полномочия с муниципального уровня на уровень субъекта РФ (см. главу 15).

Роспотребнадзор осуществляет функции по контролю в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, защиты прав потребителей и потребительского рынка. **Росздравнадзор**

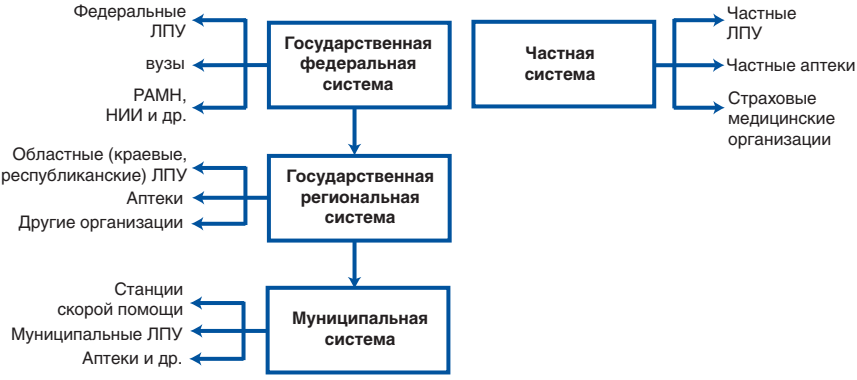

Рис. 9.2. Структура системы здравоохранения по форме собственности

осуществляет функции по контролю за соблюдением всеми органами власти, юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями обязательных требований в сфере здравоохранения, обращения лекарственных средств и социальной защиты населения. Оба этих надзорных органа имеют региональные отделения. Деятельность Росздравнадзора и Роспотребнадзора описана соответственно в разделе 12.3 и главе 13.

Федеральное Министерство здравоохранения и социального развития (Минздравсоцразвития РФ) осуществляет следующие наиболее важные полномочия[1] в части охраны здоровья населения:

- принятие и применение федеральных законов и иных правовых актов;
- регулирование и защита прав и свобод гражданина в части охраны здоровья;
- установление и проведение единой государственной политики в области охраны здоровья населения;
- организация оказания специализированной медицинской помощи (в учреждениях по перечню);
- формирование государственного задания и оказание высокотехнологичной помощи;
- управление государственной федеральной собственностью;
- организация и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- установление федеральных стандартов;
- установление единой системы статистического учета;
- лицензирование, т.е. определение права на осуществление, определенных видов деятельности и др.

Региональные органы управления здравоохранением обеспечивают реализацию переданных с федерального уровня полномочий:

- осуществляют лицензирование медицинской деятельности муниципальной и частной систем здравоохранения, фармацевтической деятельности; осуществляют контроль качества медицинской помощи на соответствие федеральным стандартам, а также:

[1] Полномочия — это права юридического и физического лица на совершенствование хозяйственных операций, осуществление представительских функций, зафиксированных законодательно или нотариально.

- принимают законы и иные нормативные правовые акты субъекта РФ;
- разрабатывают и утверждают ТПГГ;
- организуют оказание специализированной медицинской помощи и специализированной скорой медицинской помощи;
- осуществляют организацию ОМС неработающего населения и др.

К полномочиям **органов местного самоуправления** в части охраны здоровья граждан относятся:

- организация оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой помощи;
- санитарно-гигиеническое воспитание населения;
- организация обеспечения учреждений муниципальной системы здравоохранения лекарственными и иными средствами и др.

Для обеспечения ОМС граждан РФ создана также система внебюджетных государственных фондов: на федеральном уровне — **Федеральный фонд обязательного медицинского страхования** (ФОМС), на уровне субъектов РФ — **территориальные фонды ОМС (ТФОМС)**. Деятельность системы ОМС регулируется органами управления здравоохранением соответствующего уровня.

Принципы и нормы охраны здоровья граждан РФ зафиксированы в Федеральных законах и подзаконных актах РФ: постановлениях Правительства РФ, приказах Министерства здравоохранения и социального развития и др. (см. раздел 9.2).

Для обеспечения прав граждан на бесплатную медицинскую помощь ежегодно разрабатывается (Минздравсоцразвития РФ) и утверждается постановлением Правительства ПГГ бесплатной медицинской помощи (см. раздел 9.4). О том, как управляется система здравоохранения РФ, рассказывается в разделе 9.5.

9.2. Правовые основы и принципы охраны здоровья граждан

В соответствии со ст. 3 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан состоит «из соответствующих поло-

жений Конституции РФ и Конституций (уставов) субъектов Российской Федерации, настоящих Основ, иных федеральных законов и федеральных нормативных правовых актов, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации».

Существующая правовая база здравоохранения начала формироваться с 1990 г., и этот процесс продолжается по настоящее время. Весь этот период можно условно разделить на 3 этапа в зависимости от степени законодательной активности и направленности принимаемых законов.

I этап (1991–1999) — наиболее активный этап законодательной деятельности, направленный на адаптацию российского здравоохранения к изменившимся социально-экономическим условиям (переход на рыночные механизмы управления экономикой и распад Советского Союза). В этот период приняты основные законы в области здравоохранения, которые с некоторыми поправками по сей день определяют ее правовую деятельность. Среди этих законов:

- Конституция РФ, ст. 41 (от 12.12.1993 г.);
- Закон Российской Федерации № 1499-1 от 28.06.1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон № 2300-1 от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей»;
- Закон Российской Федерации № 3185-1 от 02.07.1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- Закон Российской Федерации № 4180-1 от 22.12.1992 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека»;
- Основы законодательства об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.1993 г.;
- Закон Российской Федерации № 5142-1 от 09.06.1993 г. «О донорстве крови и ее компонентов»;
- Федеральный закон № 26-ФЗ от 23.02.1995 г. «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах»;
- Федеральный закон № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, распространяемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;

- Федеральный закон № 3-ФЗ от 08.01.1998 г. «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- Федеральный закон № 86-ФЗ от 22.06.1998 г. «О лекарственных средствах»;
- Бюджетный кодекс № 145-ФЗ от 31.07.1998 г.;
- Федеральный закон № 157-ФЗ от 17.09.1998 г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;
- Федеральный закон № 52-ФЗ от 30.03.1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Следует отметить, что Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются законом непрямого действия и предполагают разработку законов прямого действия. В связи с этим Комитетом Государственной Думы РФ по охране здоровья в 2005 г. был подготовлен законопроект «О здравоохранении», в котором предусмотрены нормы прямого действия: фиксированные отчисления на здравоохранение из бюджетов всех уровней, увеличение объемов финансирования здравоохранения в привязке к ВВП, ответственность Правительства РФ за здоровье населения и др.

К сожалению, этот законопроект так и не был принят. Что касается Закона «О медицинском страховании», то, поскольку этот закон формировался в период становления системы медицинского страхования, когда разработчики еще не имели достаточного практического опыта по применению страхового дела в здравоохранении, многие его позиции изложены неконкретно и не позволяют эффективно выстроить управление системой ОМС и ДМС сегодня.

Например, не закреплены ставки взносов и минимальные размеры отчислений на ОМС субъектов РФ на неработающее население; не прописана система перераспределения средств между субъектами РФ; не определены единые механизмы организации системы ОМС в субъектах РФ; не разработана единая тарифная политика; не предусмотрены договорные отношения с медицинскими организациями с учетом результатов и качества оказанной медицинской помощи. В этой связи в 2010 году Минздравсоцразвития был разработан новый законопроект «Об обязательном медицинском страховании» (см. главу 15).

В 1999 г. также впервые постановлением Правительства РФ была утверждена Программа государственных гарантий (ПГГ) бесплат-

ной медицинской помощи населению РФ, которая далее утверждалась практически ежегодно. С одной стороны, эта программа хоть как-то нормировала объемы и финансовое обеспечение ПГГ в субъектах РФ, но с другой — нормативы объемов медицинской помощи и нормативы финансового обеспечения не отражали реальные потребности населения в медицинской помощи.

Следует отметить, что в этот же период постановлением Правительства РФ № 1387 от 05.11.1997 г. была утверждена «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки до 2005 г.». Однако дальнейшего своего развития ни в программных документах Минздравсоцразвития России, ни в законодательной базе она не нашла.

II этап (2000–2004). На этом этапе было принято несколько законов, касающихся организации медицинской помощи по отдельным заболеваниям и видам медицинской помощи, а также безопасности пищевых продуктов. Среди них:

- Федеральный закон № 29-ФЗ от 02.01.2000 г. «О качестве и безопасности пищевых продуктов»;
- Федеральный закон № 77-ФЗ от 18.06.2001 г. «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;
- Федеральный закон № 87-ФЗ от 10.07.2001 г. «Об ограничении курения табака в Российской Федерации»;
- Федеральный закон № 54-ФЗ от 20.05.2002 г. «О временном запрете на клонирование человека в Российской Федерации».

На этом же этапе в основные законы здравоохранения вносились поправки, связанные с принятием законов о разделении полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления. Среди этих федеральных законов:

- Федеральный закон № 184-ФЗ от 06.10.1999 г. «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»;
- Федеральный закон № 131-ФЗ от 06.10.2003 г. «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;

- Федеральный закон №122-ФЗ от 22.08.2004 г. «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов „О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон „Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и „Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"».

В результате разделения полномочий единая система здравоохранения Российской Федерации оказалась раздробленной на федеральную, региональную и муниципальную системы, и административная вертикаль управления здравоохранением была существенно ослаблена, что привело к дезинтеграции в управлении здравоохранением. Самым серьезным отрицательным последствием принятия этих законов стало то, что осуществление полномочий по организации и финансовому обеспечению большинства видов медицинской помощи было закреплено на региональном и муниципальном уровнях. В условиях бюджетной необеспеченности большинства субъектов и муниципалитетов РФ и недостаточности выделяемых федеральных средств (в том числе средств ФОМС) на осуществление указанных выше полномочий, а также отсутствия ответственности вышестоящих бюджетов за неисполнение полномочий нижестоящим уровнем, это привело к неисполнению даже заниженных нормативов ПГГ и неравенству субъектов РФ в обеспечении этих гарантий.

Следует отметить, что принятие Закона № 122-ФЗ в части разделения ответственности уровней власти за обеспечение населения льготами и возможности замены натуральных льгот денежными компенсациями вызвало резкую критику населения и экспертного сообщества.

В 2004 г. по инициативе Минэкономразвития РФ Центром стратегических разработок были подготовлены проекты федеральных законов: «О государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи», «Об обязательном медицинском страховании», «Об автономных учреждениях» и «О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях». Данные законопроекты не были взаимоувязаны с системной реформой здравоохранения

и стратегическими целями здравоохранения. Более того, ряд законопроектов содержал спорные позиции (например, конкретизация государственных гарантий через стандарты медицинской помощи в привязке к заболеваниям, применимость автономных учреждений в здравоохранении).

Поэтому после широкого обсуждения этих законопроектов медицинской общественностью было принято решение об их доработке (в дальнейшем она была приостановлена).

III этап (2005 г. — по настоящее время). На этом этапе происходит реализация приоритетного национального проекта «Здоровье». Нормативно-правовое регулирование его реализации осуществлялось на основании постановлений Правительства РФ. Несмотря на отдельные сложности в реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», он сыграл важную роль в здравоохранении — впервые за последние 16 лет Правительство РФ существенно увеличило государственные ассигнования на здравоохранение (на 54% с 2005 по 2007 г. из бюджетов всех уровней) и приступило к решению отдельных самых насущных проблем здравоохранения. На этом этапе также был принят Федеральный закон № 174-ФЗ от 03.11.2006 г. «Об автономных учреждениях», который предусматривает организацию автономных учреждений в здравоохранении только путем создания нового учреждения (см. раздел 8.2.2).

Также был принят Федеральный закон № 258-ФЗ от 29.12.2006 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий», который предусматривает дополнительные пояснения в разграничении полномочий и передачу части полномочий с федерального уровня на уровень субъекта РФ с соответствующими субвенциями, например полномочия по контролю качества медицинской помощи в МО.

Принятый в 2005 г. Федеральный закон № 94-ФЗ «О размещении поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (при всей своей правильной идеологии) существенно ограничивает возможности оперативного управления ресурсами бюджетных ЛПУ. Это касается, в частности, срочного приобретения медикаментов и расходных материалов. Этим законом также невозможно в полной мере регулировать вопросы цен на приобретаемые услуги, ЛС и медицинское оборудование.

Анализ сложившихся ключевых проблем здравоохранения и их взаимосвязи с проблемами правового обеспечения здравоохранения представлен в табл. 9.1. Видно, что существующая законодательная и нормативно-правовая база здравоохранения не позволяет решить многие из них.

В 2009–2010 гг. были приняты новые федеральные законы и разработаны законопроекты, которые рассматриваются в разделе 15.3.

9.3. Виды медицинской помощи и номенклатура сети учреждений системы здравоохранения

В соответствии с Федеральным законом № 5487-1 от 22.07.1993 г. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (статья 37.1), медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, в том числе учрежденных физическими лицами, независимо от формы собственности, организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности, получивших лицензию на медицинскую деятельность. Медицинская помощь также оказывается лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии у них лицензии на медицинскую деятельность. Медицинская помощь подразделяется на 3 основных вида:

- **Первичная медико-санитарная помощь** является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.
- **Скорая медицинская помощь**, в том числе специализированная (**санитарно-авиационная**), оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях).
- **Специализированная**, в том числе **высокотехнологичная, медицинская помощь**, оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Таблица 9.1. Анализ сложившихся проблем здравоохранения и корреспондирующих проблем в законодательной базе

Проблема в здравоохранении	Проблемы в законодательной и нормативно-правовой базе
Недостаточное финансирование государственной системы здравоохранения	В Федеральных законах (ФЗ) отсутствует указание на минимальные объемы финансирования государственной системы здравоохранения. Указанный в постановлении Правительства РФ от 05.12.2008 г. «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 г.» средний подушевой норматив финансового обеспечения ПГГ в 2 раза ниже реальных потребностей здравоохранения. В ФЗ отсутствует указание на минимальные объемы отчислений субъектов РФ на здравоохранение (как страховой взнос на ОМС неработающего населения, так и другие расходы)
Ориентированность на нужды и оправданные ожидания пациентов	В ФЗ отсутствует указание на то, что ежегодно должен публиковаться отчет о деятельности системы здравоохранения с учетом анализа удовлетворенности пациентов. Правоприменение Указа Президента РФ № 825 «Об оценке эффективности органов исполнительной власти субъектов РФ» не сопровождается установлением целевых значений показателей, публичным обсуждением полученных результатов и ответственностью руководителей за недостижение результатов
Неравенство между субъектами РФ в обеспечении ПГГ	В ФЗ не зафиксировано обязательство Правительства РФ по созданию равных условий для всех жителей РФ при предоставлении гарантий бесплатной медицинской помощи. В ФЗ не прописано положение о необходимости и порядке выравнивания финансового обеспечения государственных гарантий между субъектами РФ

Продолжение табл. 9.1

Проблема в здравоохранении	Проблемы в законодательной и нормативно-правовой базе
Неравенство в распределении бремени расходов на медицинские услуги между различными группами населения	В ФЗ не указаны ограничения на размеры оплаты медицинской помощи из личных средств граждан. В ФЗ понятие дополнительных «сверх установленных Программой госгарантий видов и объемов медицинской помощи» не определено, соответственно нельзя разграничить платные медицинские услуги и бесплатные. В ФЗ не указано на необходимость освобождения малообеспеченных категорий населения от оплаты услуг «сверх» ПГГ
Недостаточное обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях	В ФЗ не указано, что все население РФ (а не только его отдельные категории) имеет право на лекарственную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплачиваемую из солидарных источников (системы ОМС) или совместно с личными средствами граждан
Низкая квалификация медицинских кадров	В ФЗ нет указания: на необходимость ежегодного накопления медицинскими работниками установленного числа кредитов (часов образовательной активности); на предоставление свидетельства о ежегодном накоплении кредитов как условия продления сертификата специалиста; на обязательность использования в ежедневной практике клинических рекомендаций профессиональных медицинских обществ

Продолжение табл. 9.1

Проблема в здравоохранении	Проблемы в законодательной и нормативно-правовой базе
Низкая мотивация медицинских кадров к качественному труду	В ФЗ нет указания: на минимальный размер оплаты труда в здравоохранении и на необходимость привязки системы оплаты труда к показателям качества работы; на недопущение снижения оплаты труда медицинских работников ниже, чем уровень оплаты труда в среднем по стране. Социальные льготы и надбавки для медицинских работников, работающих в опасных и вредных условиях труда и в сельской местности, недостаточны
Неэффективность использования материально-технических ресурсов здравоохранения	В ФЗ нет упоминания об эффективности использования материально-технических ресурсов здравоохранения и необходимости мониторинга и контроля эффективности использования материально-технических ресурсов здравоохранения
Низкая информатизация здравоохранения	В ФЗ нет указания на необходимость развития информатизации в здравоохранении и разработки соответствующих стандартов
Слабый инновационный потенциал медицинской науки	В ФЗ нет указания на минимальные требования к финансированию медицинской науки, качеству научных разработок и порядку определения приоритетов развития медицинской науки
Неэффективная организация медицинской помощи населению	В ФЗ: нет указания на необходимость развития производственной медицины и «школьной» медицины; не даны определения стандартов, медико-экономических стандартов и порядков оказания медицинской помощи, а также не указаны правила их разработки

Продолжение табл. 9.1

Проблема в здравоохранении	Проблемы в законодательной и нормативно-правовой базе
Неудовлетворительное КМП	В ФЗ: не определено понятие КМП; не указано на необходимость ежегодного предоставления отчета о КМП; не указано на необходимость управления КМП и наличия единой Концепции управления КМП; нет указания на обязательность наличия стандартов качества медицинских организаций и не определена процедура контроля их соблюдения. Право на информацию о качестве услуг, прописанное в ФЗ № 2300–1 «О защите прав потребителей», реализовано не полно
Неэффективное управление здравоохранением	В ФЗ: нет указания на обязательность разработки федеральной и региональных Стратегий развития здравоохранения и не предусмотрена ответственность руководителей здравоохранения за неисполнение целевых показателей этих Стратегий; нет указания на возможность административного влияния федерального уровня управления здравоохранением на региональный уровень, а регионального — на муниципальный; не определены критерии и нет порядка принятия управленческих решений в здравоохранении, в том числе указания на необходимость экспертного обсуждения
Недостаточная экономия издержек	В ФЗ нет указания на необходимость мониторинга непроизводительных издержек и не определено понятие экономической эффективности в здравоохранении

Также существуют следующие виды помощи, оказываемые медицинскими работниками (см. раздел 9.3):

- **медицинская реабилитация** — комплекс мероприятий медицинского, психологического характера, направленных на восстановление функциональных резервов организма, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его интеграцию в общество;
- **санаторно-курортное лечение** включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов в условиях пребывания на курорте, в лечебно-оздоровительной местности, в санаторно-курортных организациях;
- **паллиативная помощь** является комплексом медицинских мероприятий, оказываемых гражданам, страдающим неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни прогрессирующими заболеваниями, с целью повышения качества жизни пациентов и членов их семей.

Под **сетью** учреждений здравоохранения понимают совокупность всех учреждений здравоохранения, участвующих в оказании медико-профилактической помощи населению. Ниже представлен перечень видов (номенклатура) государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 627 от 07.10.2005 г. «Об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»).

1. Лечебно-профилактические учреждения[1,2]

1.1. Больничные учреждения:

1.1.1. Больницы, в том числе:

— участковая;

---

[1] Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) являются структурными подразделениями учреждений здравоохранения.

[2] Клиники — лечебно-профилактические учреждения (больницы, родильные дома и другие учреждения здравоохранения), входящие в состав высших медицинских образовательных учреждений, медицинских научных организаций, Федерального бюро медико-социальной экспертизы, научно-практических центров медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов или подчиненные медицинским вузам и научным организациям, являются их структурными подразделениями.

— районная;
— городская, в том числе детская;
— городская больница скорой медицинской помощи;
— центральная (городская, районная);
— областная, в том числе детская (краевая, республиканская, окружная);

1.1.2. Специализированные больницы, в том числе:
— восстановительного лечения, в том числе детская;
— гинекологическая;
— гериатрическая;
— инфекционная, в том числе детская;
— наркологическая;
— онкологическая;
— офтальмологическая;
— психоневрологическая, в том числе детская;
— психиатрическая, в том числе детская;
— психиатрическая (стационар) специализированного типа;
— психиатрическая (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением;
— туберкулезная, в том числе детская;
— курортная.

1.1.3. Госпитали всех наименований.
1.1.4. Медико-санитарная часть, в том числе центральная.
1.1.5. Дом (больница) сестринского ухода.
1.1.6. Хоспис.
1.1.7. Лепрозорий.

1.2. Диспансеры:
1.2.1. Врачебно-физкультурный.
1.2.2. Кардиологический.
1.2.3. Кожно-венерологический.
1.2.4. Маммологический.
1.2.5. Наркологический.
1.2.6. Онкологический.
1.2.7. Офтальмологический.
1.2.8. Противотуберкулезный.
1.2.9. Психоневрологический.
1.2.10. Эндокринологический.

1.3. Амбулаторно-поликлинические учреждения
1.3.1. Амбулатория.
1.3.2. Поликлиники, в том числе:
— городская, в том числе детская;
— центральная районная;
— стоматологическая, в том числе детская;
— консультативно-диагностическая, в том числе для детей;
— психотерапевтическая;
— физиотерапевтическая.
— восстановительного лечения.
1.4. Центры, в том числе научно-практические:
1.4.1. Восстановительной терапии для воинов-интернационалистов.
1.4.2. Восстановительной медицины и реабилитации, в том числе детские.
1.4.3. Гериатрический.
1.4.4. Диабетологический.
1.4.5. Наркологический реабилитационный.
1.4.6. Медицинский, в том числе окружной.
1.4.7. Профессиональной патологии.
1.4.8. По профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.
1.4.9. Клинико-диагностический.
1.4.10. Патологии речи и нейрореабилитации.
1.4.11. Реабилитации.
1.4.12. Медицинской и социальной реабилитации.
1.4.13. Общей врачебной (семейной) практики.
1.4.14. Консультативно-диагностический, в том числе для детей.
1.4.15. Реабилитации слуха.
1.4.16. Лечебной физкультуры и спортивной медицины.
1.4.17. Мануальной терапии.
1.4.18. Лечебного и профилактического питания.
1.4.19. Специализированных видов медицинской помощи.
1.4.20. Психофизиологической диагностики.
1.4.21. Диагностический.
1.4.22. Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

1.5. Учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови:
1.5.1. Станция скорой медицинской помощи.
1.5.2. Станция переливания крови.
1.5.3. Центр крови.
1.6. Учреждения охраны материнства и детства:
1.6.1. Перинатальный центр.
1.6.2. Родильный дом.
1.6.3. Женская консультация.
1.6.4. Центр планирования семьи и репродукции.
1.6.5. Центр охраны репродуктивного здоровья подростков.
1.6.6. Дом ребенка, в том числе специализированный.
1.6.7. Молочная кухня.
1.7. Санаторно-курортные учреждения:
1.7.1. Бальнеологическая лечебница.
1.7.2. Грязелечебница.
1.7.3. Курортная поликлиника.
1.7.4. Санаторий, в том числе детский, а также для детей с родителями.
1.7.5. Санаторий-профилакторий.
1.7.6. Санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия.

2. Учреждения здравоохранения особого типа

2.1. Центры:
2.1.1. Медицинской профилактики.
2.1.2. Медицины катастроф (федеральный, региональный, территориальный).
2.1.3. Медицинский мобилизационных резервов «Резерв» (республиканский, краевой, областной, городской).
2.1.4. Лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности (республиканский, краевой, областной).
2.1.5. Контроля качества и сертификации лекарственных средств.
2.1.6. Медицинский информационно-аналитический.
2.1.7. Информационно-методический по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения.

2.1.8. Медицинской инспекции.
2.1.9. Медицинский биофизический (федеральный).
2.2. Бюро:
2.2.1. Медицинской статистики.
2.2.2. Патолого-анатомическое.
2.2.3. Судебно-медицинской экспертизы.
2.3. Контрольно-аналитическая лаборатория.
2.4. Военно-врачебная комиссия, в том числе центральная.
2.5. Бактериологическая лаборатория по диагностике туберкулеза.

3. Учреждения здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
3.1. Центры гигиены и эпидемиологии.
3.2. Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора.
3.3. Противочумный центр (станция).
3.4. Дезинфекционный центр (станция).
3.5. Центр гигиенического образования населения.

4. Аптечные учреждения
4.1. Аптека.
4.2. Аптечный пункт.
4.3. Аптечный киоск.
4.4. Аптечный магазин.

Несколько учреждений здравоохранения, объединенных единой функциональной целью, например оказания медицинской помощи детям, принято называть **службой**.

9.4. Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи

Программа государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 г. определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы ее объема, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи,

предоставляемой гражданам Российской Федерации на территории РФ бесплатно.

ПГГ ежегодно утверждается постановлением Правительства РФ. Территориальные (субъектовые) ПГГ формируются в субъектах РФ на основании нормативов федеральной ПГГ с учетом районных коэффициентов и половозрастной структуры населения. Эти нормативы, как правило, с реальными потребностями в медицинской помощи никак не соотносятся. Например, с 1999 по 2008 г. нормативы объемов медицинской помощи не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились (табл. 9.2).

Таблица 9.2. Нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ и их фактическое исполнение

Виды медицинской помощи	Единица измерения	Объем в расчете на 1 жителя в год					
		1999 г.		2007 г.		2008 г.	
		норматив	факт	норматив	факт	норматив	факт
Скорая	Вызов	0,34	0,32	0,32	0,35	0,32	0,34
Амбулаторная	Посещение	9,19	8,97	9,19	8,74	9,19	9,13
Стационарная	Койко-день	2,90	3,29	2,81	2,91	2,81	2,88
В дневных стационарах всех типов	Пациенто-день	0,66	0,19	0,58	0,48	0,58	0,49

Вместе с тем заболеваемость населения и соответственно потребности в медицинской помощи выросли за этот период на 15% (см. главу 5). Такой рост должен был сопровождаться увеличением нормативов объемов амбулаторно-поликлинической помощи как минимум на 15%, а с учетом внедрения современных высоких технологий в первичном звене — на все 25%.

Также изменились технологии оказания стационарной медицинской помощи, например, появились хирургические вмешательства, которые можно осуществлять в стационаре в короткие сроки с последующим наблюдением пациента в амбулаторных условиях. Это также должно повлечь увеличение нормативов амбулаторной помощи и уменьшение нормативов стационарной помощи.

Ключевыми проблемами ПГГ являются ее недостаточное финансирование; несправедливое распределение ресурсов между

субъектами РФ и несоответствие устаревших нормативов объемов медицинской помощи возросшим потребностям населения, росту заболеваемости и смертности.

Другой существенной проблемой в реализации ПГГ является ее неопределенность, т.е. отсутствие четких границ между гарантированными и негарантированными медицинскими услугами. В результате в ситуации недофинансирования программы и при одновременном разрешении государственным медицинским организациям взимать плату за медицинские услуги[1] возникают условия для неконтролируемого взимания денег с пациентов. Анализ показывает, что достичь четкой определенности ПГГ затруднительно, тем не менее механизмы решения этой проблемы имеются.

Также ПГГ не предусматривает лекарственного обеспечения за счет государственных средств в амбулаторных условиях всех категорий населения (сегодня это обеспечение получают только отдельные группы населения, имеющие право на получение государственных социальных услуг). Расширение программы государственного лекарственного обеспечения позволило бы более эффективно оказывать медицинскую помощь в амбулаторных условиях и уменьшить необходимость в дорогостоящем стационарном лечении.

Несмотря на то что ПГГ утверждается постановлением Правительства РФ ежегодно в течение 10 лет, только в 2009 г. появилось требование об отчетности по качественным показателям (смертность и заболеваемость населения). До этого в отчетах анализировались только объемные показатели и исполнение финансовых нормативов. Однако в этом постановлении не предусмотрены ни порядок, по которому должен проводиться анализ показателей качества ПГГ, ни ответственность за их неисполнение, ни механизмы исправления. Без законодательного закрепления этих требований отчетность ПГГ по качественным показателям будет чистой формальностью.

В РФ, по данным опросов ВЦИОМ (2007), только 31% пациентов удовлетворены качеством бесплатной медицинской помощи, в странах ОЭСР — в среднем 70%. Российскому пациенту при оказании

[1] Постановление Правительства РФ № 27 от 13.01.1996 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

медицинской помощи часто приходится сталкиваться с элементарными невежливостью, невниманием медицинского персонала. Условия оказания медицинской помощи во многих государственных и муниципальных медицинских учреждениях не соответствуют ожиданиям пациентов: длинные очереди в поликлиниках; убогие, годами не ремонтировавшиеся помещения; многоместные палаты без должных санитарных условий. Например, в 8% учреждений здравоохранения отсутствует водопровод, в 32% — горячее водоснабжение, в 11% — канализация.

Право пациентов на получение информации о возможных вариантах лечения, качестве предоставляемых медицинских услуг и правилах здорового образа жизни практически не реализовано. У перегруженного российского врача не хватает времени для беседы с пациентом, а также отсутствуют современные обучающие материалы по медико-санитарному просвещению.

Право на выбор лечащего врача, медицинского учреждения и СМО для пациента формально существует, но в полной мере не может быть реализовано, так как публичная и понятная пациентам информация о качестве услуг отсутствует. Следует отметить, что право на выбор лечащего врача и медицинского учреждения в рамках ограниченных общественных ресурсов и в целях их экономии должно быть ограничено направлениями участковых врачей и договорными условиями страхователя. Полная свобода в выборе может быть реализована только за счет собственных средств пациента или ДМС; по программе ОМС пациент должен обращаться на более специализированные уровни лечения только по направлению врача первичного контакта.

Распределение средств ПГГ между МО

Распределяются объемы медицинской помощи между поставщиками медицинских услуг на основании государственного (муниципального) задания, которое утверждается региональным органом управления в области охраны здоровья населения (постановление Правительства РФ № 255 от 06.05.2003 г.). Согласно этому постановлению, учреждения здравоохранения представляют предложения по исполнению государственного (муниципального) задания, в которых описывают объемы оказанной ими медицинской помощи за прошлые годы. Каждое учреждение стремится сохранить сложив-

шиеся объемы медицинской помощи для обеспечения фонда оплаты труда и других расходов, таким образом, консервируя сложившуюся структуру и объемы оказания медицинской помощи в регионе.

Следует отметить, что в субъектах РФ сложились различные модели доведения средств до поставщиков медицинских услуг, например в 5 субъектах вообще нет СМО, в 18 субъектах в оплате медицинской помощи принимают участие и СМО, и ТФОМС.

В реализации ПГГ участвуют преимущественно государственные и муниципальные медицинские организации; доля частных организаций в 2008 г. составила 4,1% всех организаций, принимавших участие в реализации ПГГ. Это связано с тем, что региональные и муниципальные органы здравоохранения стараются обеспечить заданием в первую очередь ЛПУ, находящиеся в их собственности, а также с тем, что частных медицинских организаций просто мало, а в сельских муниципалитетах они вообще отсутствуют.

Для устранения описанных выше недостатков Федеральным законом № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (2010) предусмотрено равноправное участие организаций всех форм собственности в реализации ПГГ.

Тарифная политика

В настоящее время в России не сложилась единая тарифная политика, т.е. не существует ни единых способов оплаты поставщиков медицинских услуг, ни единой системы тарифов на медицинские услуги и ЛС. Например, в 88% субъектов РФ применяется оплата амбулаторной медицинской помощи по посещениям, в остальных — за отдельные услуги, за законченный случай, по смете расходов и др. Следует иметь в виду, что оплата амбулаторной помощи по посещениям стимулирует наращивание зарегистрированных объемов медицинской помощи и не способствует мотивации медицинских работников к улучшению здоровья прикрепленного населения.

При оплате стационарной медицинской помощи используется более 5 способов: например, за законченный случай госпитализации, по количеству койко-дней, по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении, по смете расходов и др. Оплата по койко-дням (или по законченному случаю в привязке к койко-дням), применяемая в ряде субъектов РФ, приводит к наращиванию их числа, приходящегося на одного больного

в МО. Следует подчеркнуть, что наращивание необоснованных объемов стационарной медицинской помощи в МО происходит также вследствие заниженных тарифов, а не только из-за необоснованных направлений на стационарное лечение (руководители учреждений таким образом пытаются получить дополнительные доходы для ЛПУ).

Тарифы на медицинские услуги в РФ устанавливаются исходя из всех имеющихся средств на ПГГ и запланированных объемов медицинской помощи, а не из необходимости выполнения медицинской помощи, соответствующей современным международным стандартам. Как показал пилотный проект Минздравсоцразвития России, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, стоимость законченных случаев лечения заболеваний, рассчитанная по федеральным стандартам, в 4–10 раз (в зависимости от заболевания) превышает фактически сложившиеся расходы в субъектах РФ (рассчитанные по региональным медико-экономическим стандартам). Например, для лечения пневмонии требуется 46 тыс. руб., а расходуется 9 тыс. руб., для лечения термических и химических ожогов эти величины составляют соответственно 200 и 12 тыс. руб., для лечения острого инфаркта миокарда — 61 и 12 тыс. руб.

9.5. Управление здравоохранением

9.5.1. Децентрализация в здравоохранении

В результате административной реформы (см. также раздел 9.1 и 9.2) полномочия в части здравоохранения были поделены между 3 властными уровнями (федеральным, региональным и муниципальным).

К наиболее важным функциям **федеральной государственной** системы здравоохранения были отнесены: полномочия по изданию правовых актов, контроль их исполнения, разработка политики в области охраны здоровья, разработка и установление базовых экономических и финансовых гарантий (ПГГ, страховой тариф на ОМС и т.д.), а также предоставление высокотехнологичной медицинской помощи, контроль качества услуг в здравоохранении, организация системы медицинского образования и развитие медицинской науки.

К полномочиям **органов государственной власти субъектов РФ** отнесены: создание юридических гарантий организационной стабильности и единства системы здравоохранения на данной территории (т.е. разработка нормативно-правовых актов); обеспечение реализации федеральных нормативных актов и политики в области охраны здоровья; ресурсное, организационное и финансовое обеспечение территориальной подсистемы здравоохранения, управление территориальным имуществом; предоставление специализированной медицинской помощи и др.

К полномочиям **органов местного самоуправления** в области охраны здоровья отнесены: контроль за соблюдением законодательства, организация первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и помощи во время беременности и после родов, а также предоставление скорой медицинской помощи и др.

Согласно анализу, проведенному экспертами в 2004 г., принятие этих законопроектов привело к следующим противоречиям:

- экономические и финансовые гарантии устанавливаются на федеральном уровне, а их финансовое обеспечение реализуется на региональном и местном уровнях, зачастую не способных обеспечить эти гарантии в полной мере;
- установление правовых норм и государственной политики на федеральном уровне и невозможность повлиять на эффективность реализации этих норм на территориальном и тем более на местном уровне. Например, федеральное министерство не может назначать и снимать региональных руководителей здравоохранения или привлекать их к ответственности за неисполнение единой политики в области охраны здоровья;
- невозможность вышестоящего уровня управления здравоохранением ни административно, ни законодательно, ни финансово (в полной степени) повлиять на бюджетную политику нижестоящего уровня. Так, региональный орган управления здравоохранением не может препятствовать расходам местного бюджета на строительство объектов здравоохранения, в результате средства муниципалитета могут быть потрачены неэффективно и может сложиться переизбыток мощностей на территории этого субъекта РФ.

9.5.2. Планирование в здравоохранении

Основным инструментом планирования в здравоохранении является ПГГ, которая нормирует объемы медицинской помощи в расчете на 1 жителя страны. Как уже обсуждалось в разделе 9.4, нормативы объемов медицинской помощи и их фактическое исполнение не претерпели за 10 лет никаких изменений. Вместе с тем потребности в медицинской помощи существенно возросли, что должно было повлечь за собой увеличение нормативов объемов ПМСП и числа врачей первичного звена.

Расчет необходимых ресурсов (числа необходимых стационарных коек, врачей и среднего медицинского персонала для стационарных и амбулаторных условий) в целях реализации ТПГГ происходит согласно нормативам ПГГ, утверждаемой постановлением Правительства РФ и Информационным письмом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 10407-ТГ от 31.12.2008 г. Для расчета числа коек используются нормативы ТПГГ и показатель числа койко-дней, который сложился по данному профилю коек по факту.

Для расчета числа врачей, необходимых в амбулаторных учреждениях, используются нормативы ПГГ и показатель планового посещения на 1 врачебную должность в год (функция врачебной должности). Такая практика расчета консервирует сложившуюся структуру сети больничных учреждений и пропускной способности амбулаторно-поликлинических учреждений вне зависимости от изменившихся потребностей населения и внедрения современных технологий. Например, внедрение ресурсосберегающих технологий должно было повлечь сокращение нормативов коек для интенсивного лечения с одновременным увеличением числа коек для долечивания и медико-социального ухода.

В связи с повышением заболеваемости и смертности трудоспособного населения должны были возрасти доступность и объемы медицинской помощи для этой категории населения, однако на промышленных предприятиях, напротив, продолжается сокращение медсанчастей и здравпунктов.

9.5.3. Регулирование в здравоохранении

Государственное регулирование, т.е. установление правил, норм, стандартов, предельных цен и организация контроля их исполнения осуществляется в самых различных секторах здравоохране-

ния: в финансировании и обеспечении ПГГ, ресурсном и кадровом обеспечении здравоохранения и организации технологий лечения. Для регулирования цен на ЛС в 2010 г. был принят закон «Об обращении лекарственных средств» № 161-ФЗ от 12.04.2010 г.

Следующим шагом должен быть закон, предусматривающий установление предельных цен на закупки дорогостоящего оборудования. Его принятие поможет избежать коррупции и позволит эффективно тратить общественные средства. Существующий Федеральный закон № 94-ФЗ от 21.07.2005 г. «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» проблемы неэффективной траты средств не решает, так как многие поставщики при участии в государственных конкурсах и аукционах вступают в сговор. Более того, в ряде случаев конкурсная и аукционная документация формируется таким образом, что предпочтение заранее отдается определенному поставщику по определенным критериям (например, качество и сроки поставки), что позволяет ему выигрывать конкурсы при высокой стоимости предлагаемой продукции или услуг.

Следует отметить, что казначейский (в жесткой привязке к статьям расходования) принцип исполнения бюджетов государственных и муниципальных учреждений, с одной стороны, облегчает контроль за ними, с другой — препятствует эффективному управлению финансовыми ресурсами учреждений, что приводит к наращиванию объемов медицинской помощи и незаинтересованности руководителей здравоохранения в расширении профилактики и применении ресурсосберегающих технологий. Для расширения полномочий руководителей бюджетных учреждений был принят законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» № 83-ФЗ от 08.05.2010 г., который предусматривает разделение учреждений на казенные (финансируемые по смете) и бюджетные, которые будут обладать большей самостоятельностью (автономией) в управлении имуществом (см. раздел 8.2.2).

9.5.4. Стратегическое планирование и отчетность

В период с 1995 по 2007 г. «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки» была подготовлена только однажды — на 1997–2005 гг. (одобрена постановлением Правительства

РФ №1387 от 05.11.1997 г.). В ней были поставлены цели по улучшению показателей здоровья населения и содержались важнейшие положения: увеличение государственного финансирования здравоохранения до 7% ВВП, приоритетное развитие первичного звена здравоохранения, развитие системы ОМС, в том числе унификация системы оплаты поставщикам медицинских услуг и др. Вместе с тем ни одно из положений этой Концепции не удалось реализовать, так как не были разработаны механизмы и индикаторы ее реализации, отсутствовали контроль и отчетность за достигнутые результаты.

Следует также отметить приказ Минздрава России № 210 от 03.07.2002 г. «О концепции кадровой политики в здравоохранении». В концепции определены важнейшие направления: совершенствование номенклатуры специальностей, эффективное планирование кадрового потенциала, новые принципы оплаты труда медицинских работников; указано на необходимость отражения в медицинском образовании проблем практического здравоохранения, привлечения общественных организаций, разработки профессиональных стандартов, актуализации квалификационных требований, развития непрерывного образования. К сожалению, и эти положения были реализованы в очень малой степени. Все целевые долгосрочные программы, существовавшие до 2006 г. (т.е. до начала крупномасштабного приоритетного национального проекта «Здоровье»), были узконаправленными и не оказали существенного влияния на улучшение здоровья населения РФ.

О ПНП «Здоровье» и других направлениях развития здравоохранения РФ изложено в главе 15.

Контрольные вопросы

1. Перечислите ключевые даты отечественного здравоохранения с 1918 г.
2. Опишите организационную структуру российской системы здравоохранения сегодня.
3. Перечислите виды медицинской помощи, существующие в РФ.
4. Дайте определение ПГГ и перечислите ее нормативы.
5. Как устанавливаются тарифы по оплате медицинской помощи в медицинских организациях?
6. Как происходит планирование в здравоохранении РФ?

ГЛАВА 10
Ресурсы системы здравоохранения РФ

10.1. Финансовые ресурсы и их расходование

10.1.1. Объемы финансирования здравоохранения

К государственным (общественным) источникам финансирования здравоохранения относятся средства бюджетов всех уровней: федерального, регионального и муниципального, формируемых из налогов соответствующего уровня, а также средств ОМС. Средства ОМС до 2010 г. формировались за счет части единого социального налога — ЕСН, уплачиваемого работодателем в размере 3,1% от фонда оплаты труда (ФОТ) и отчислений из консолидированных бюджетов субъектов РФ на неработающее население. С 2010 г. ЕСН был заменен на страховые взносы, а с 2011 г. ставка этих взносов будет составлять 5,1% от ФОТ (в ФОМС будет отчисляться 2,1%, а в ТФОМС — 3%). В РФ сегодня существует регрессивная шкала отчислений ЕСН[1], с 2010 г. регрессивность сохранится и для страховых взносов на ОМС, которые заменят ЕСН.

Частные источники складываются из средств граждан и работодателей на ДМС, платежей населения за медицинские и санаторно-

[1] Регрессивная шкала означает, что тариф налога (взноса) уменьшается по мере роста размера заработной платы или других доходов, на которые начисляются взносы или налоги, а также если устанавливается потолок доходов, свыше которых вносы не уплачиваются. В РФ установлен предельный размер заработной платы, с которой страховые взносы не взимаются, — 415 тыс. руб. в год.

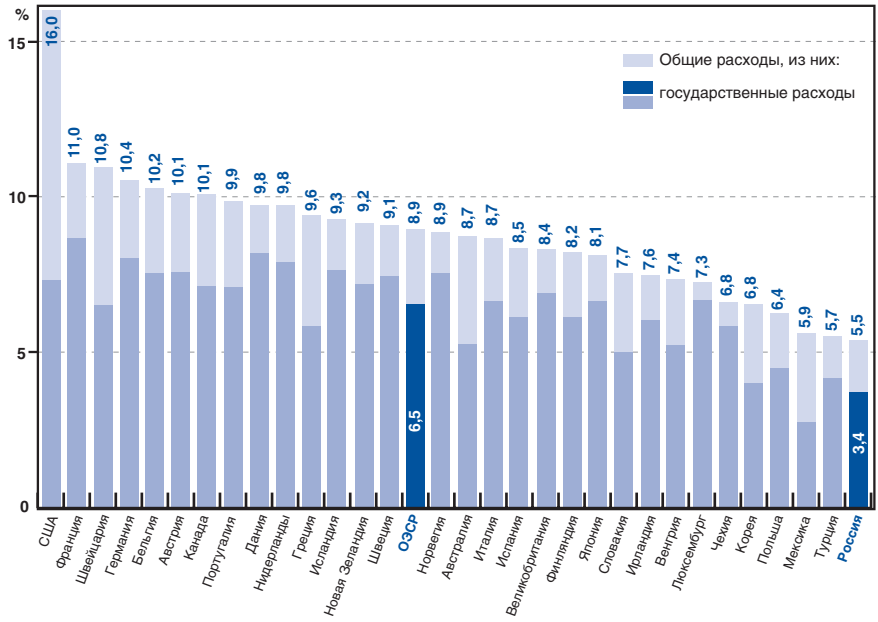

Рис. 10.1. Общие и государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП в разных странах

оздоровительные услуги учреждениям здравоохранения[1], а также расходов населения на приобретение ЛС.

В общих расходах на здравоохранение в РФ доля государственных расходов составляет 69%, что меньше, чем в среднем в развитых странах (73%).

В РФ расходы государства на здравоохранение в доле ВВП (т.е. относительные расходы) составляли в 2008 г. 3,4% (в 2007 г. — 3,7%), что в 1,9 раза ниже, чем в странах ОЭСР — 6,5% ВВП (рис. 10.1).

На рисунке 10.2 отображены общие и государственные расходы на здравоохранение в 2008 г. в абсолютных показателях — в $ППС[2] на душу населения в год. Видно, что в России на 1 человека из го-

[1] Росстат учитывает неофициальные платежи населения при подсчете официальной статистики по платным услугам.

[2] ППС — паритет покупательной способности, представляет собой количество единиц валюты, необходимое для покупки стандартного набора товаров и услуг, который можно купить за одну денежную единицу базовой страны (долл. США). В 2008 г. принята стоимость 1 $ППС — 15,5 руб.

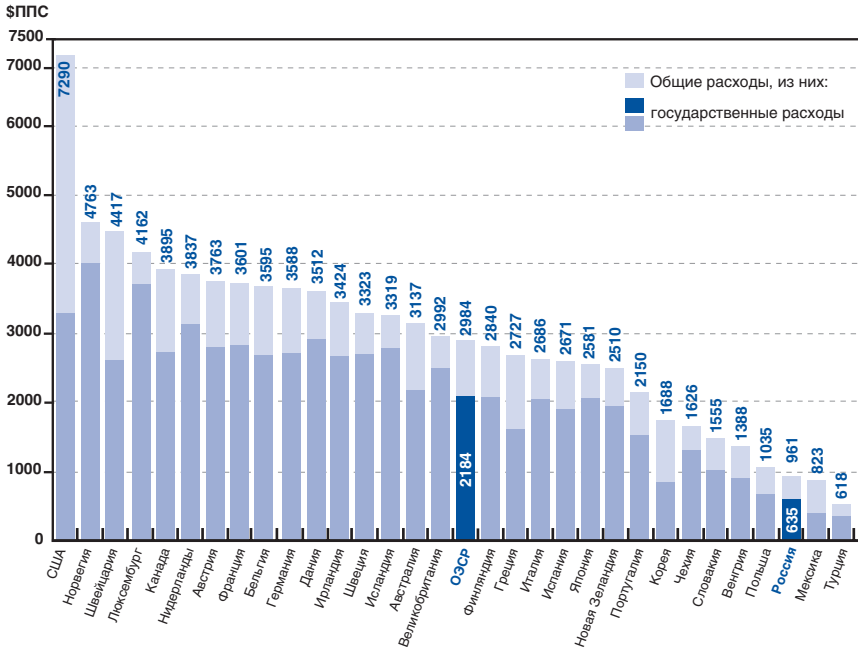

Рис. 10.2. Общие и государственные подушевые расходы на здравоохранение в год в разных странах

сударственных источников тратится 635 $ППС[1], что в среднем в 3,4 раза меньше, чем в странах ОЭСР (и ниже, чем в «новых» странах ЕС, в 1,5–2 раза).

Таким образом, как в относительных показателях (доля ВВП), так и в абсолютных (подушевые расходы в $ППС) показателях государственное финансирование здравоохранения в России ниже, чем в развитых странах. Это означает, что в вопросе обеспечения государственных гарантий медицинской помощи страны с развитой рыночной экономикой более социально ориентированы, чем РФ.

Даже при существенно меньших по сравнению с развитыми странами финансовых нормативах ПГГ (635 $ППС против 2184 $ППС) в 2007 г. в 70% субъектов РФ (60 из 83) эта программа не была исполнена — недофинансирование по сравнению с федеральным норма-

[1] Всего в РФ на здравоохранение в 2008 г. из всех источников было потрачено 2017 млрд руб., из них государственных — 1396 млрд руб.

тивом составило 65,4 млрд руб. В 2008 г. объем дефицита ПГГ в 49 субъектах РФ составил 42,8 млрд руб., в 2009 г. — около 380 млрд руб. Для решения этой проблемы Правительство РФ приняло решение об увеличении тарифа страхового взноса на 2% с 2011 г.[1]

10.1.2. Структура расходов на здравоохранение по функциям

Распределение всех (государственных и частных) ресурсов здравоохранения по функциям здравоохранения в сравнении со странами ОЭСР представлено на рис. 10.3. По данным исследований, доля расходов на лечебно-диагностическую и реабилитационную помощь в РФ составляет 58% — практически столько же, сколько в развитых странах. На услуги по долговременному уходу (УДУ)[2] в РФ идет всего 1% общих расходов; это значительно меньше, чем в развитых странах (12%), что свидетельствует о недофинансировании и соответственно недостаточном развитии службы долговременного ухода в связи с хроническими заболеваниями или по старости. Доля на администрирование здравоохранения составляет до 1,6% от совокупных расходов (в развитых странах — 1,5–4,5%).

Структура государственных расходов по условиям их предоставления следующая: доля расходов на стационарные услуги составляет около 63% (в том числе в дневных стационарах — 3%), на услуги в амбулаторных условиях — около 37% (в том числе на скорую медицинскую помощь — 7%). Значительный перевес расходов на стационарные услуги свидетельствует о неэффективном расходовании

---

[1] Федеральный закон РФ № 212-ФЗ от 24.07.2009 г. «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

[2] Долговременный уход включает оказание медико-социальных услуг для пожилых пациентов и инвалидов, которые не могут осуществлять самоуход вследствие хронического заболевания или старости. Уход оказывается как в стационарах, так и на дому. В российской системе оказания медицинской помощи к долговременному уходу можно отнести медико-социальные услуги, оказываемые в стационарах для больных, страдающих хроническими психическими заболеваниями; в хосписах; в домах (стационарах) сестринского ухода; в учреждениях медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

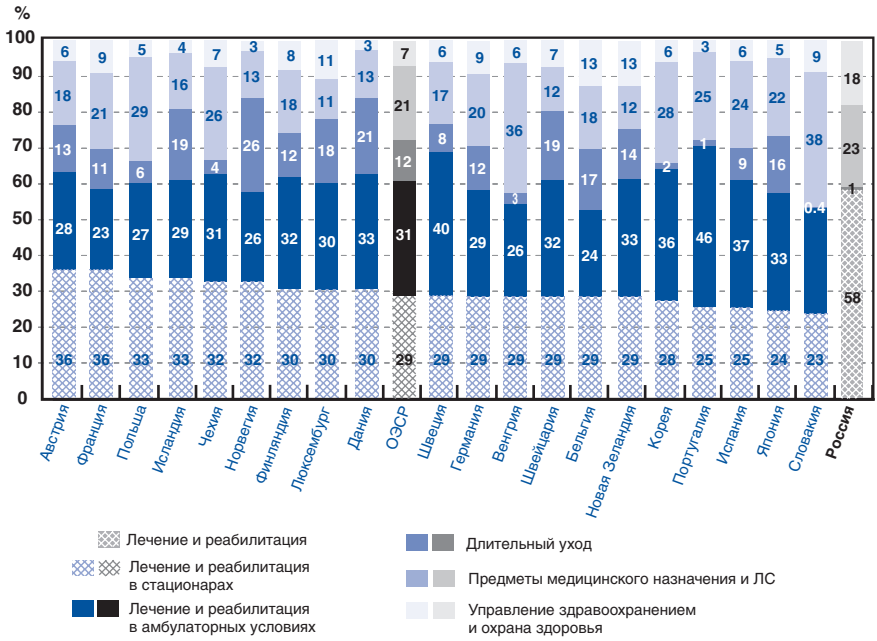

Рис. 10.3. Структура расходов на здравоохранение по функциям

государственных средств и недостаточном использовании современных стационарозамещающих технологий.

Расходы на ЛС в амбулаторных условиях и товары медицинского назначения (без учета расходов на ЛС в стационарах) в России составляют 23% от совокупного объема средств на здравоохранение; в развитых странах примерно столько же (21%). Однако в абсолютных величинах (рис. 10.4) в РФ эти значения очень малы. В 2008 г. в РФ общие подушевые расходы на ЛС в амбулаторных условиях составили около 180 $ППС, при этом из государственных источников покрывается только 25% (45 $ППС). В странах ОЭСР общие подушевые затраты на ЛС в амбулаторных условиях в 2 раза больше (461 $ППС). Из государственных источников за рубежом покрывается 50% расходов (230 $ППС), что в 5,1 раза больше, чем в РФ (45 $ППС). В относительных показателях (доле ВВП) государственные расходы на ЛС в РФ составляют 0,23%, в развитых странах они в 3,9 раза больше — 0,9%.

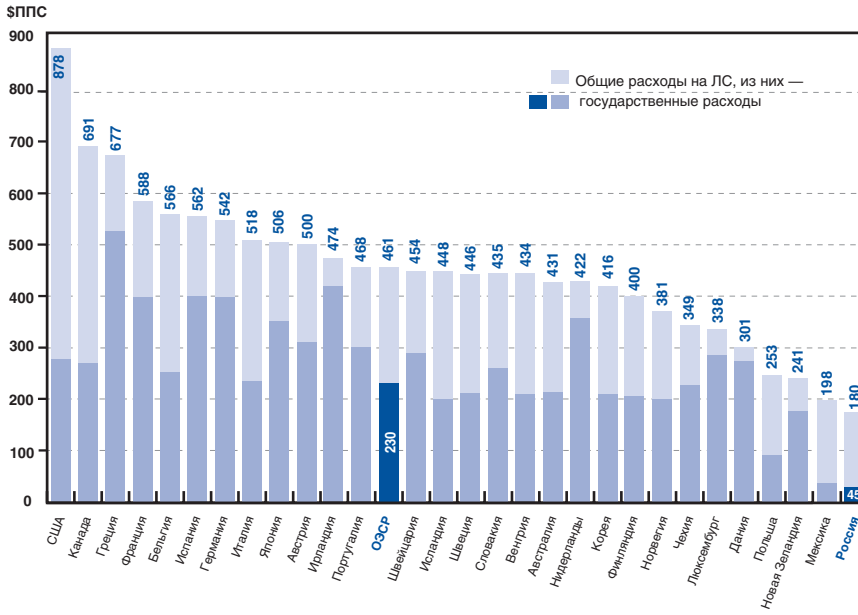

Рис. 10.4. Подушевые расходы на ЛС, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников (по рецепту врача)

Все это свидетельствует о существенном государственном недофинансировании расходов на ЛС, что снижает доступность современных ЛС для населения, увеличивает нагрузку на стационарное лечение и повышает финансовое бремя расходов населения на лекарства.

10.1.3. Порядок аккумулирования и распределения средств на здравоохранение

Государственные средства на здравоохранение аккумулируются в Минздравсоцразвития РФ, региональных и муниципальных органах управления здравоохранением, в Федеральном фонде ОМС (ФОМС) и территориальных фондах ОМС (ТФОМС), а также в Фонде социального страхования (ФСС). Более 70% этих средств в России расходуется на программу госгарантий (ПГГ), в том числе на ее базовую часть, финансируемую только за счет средств ОМС. Оставшиеся средства идут на финансирование науки, медицин-

ского образования, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, федеральные целевые программы, расходы на увеличение стоимости основных фондов (строительство и капитальный ремонт), а также на административные расходы.

Поступления в государственную систему здравоохранения (за исключением установленных тарифов страховых взносов на ОМС) не нормируются. Минимальный подушевой норматив финансирования ПГГ был сформирован в 1999 г. на основании сложившихся в кризисных условиях расходов на здравоохранение и затем, вплоть до 2007 г., только индексировался в некотором соответствии с изменением индекса потребительских цен (инфляцией). В 2009 г. Минздравсоцразвития РФ было принято решение увеличить этот норматив на 70% (с 4503 до 7633 руб. на душу в год).

В распределении средств здравоохранения (в том числе средств на ПГГ) участвует множество плательщиков и распорядителей средств. Упрощенно направления расходования средств распорядителями выглядят следующим образом:

- В **ФОМС** аккумулируются средства из федерального бюджета и доля страхового взноса работодателей (1,1% ФОТ)[1] и других налоговых поступлений. Расходуются они на выравнивание финансового обеспечения территориальных ПГГ (ТПГГ)[2] в субъектах РФ и ряд других целевых программ.
- В **ТФОМС** аккумулируются средства, поступающие из региональных бюджетов (взносы на неработающее население), доли ЕСН (2% ФОТ)[3], и средства ФОМС. Расходуются эти средства на выполнение базовой части ТПГГ, т.е. на оплату всех видов медицинской помощи за исключением скорой, высокотехнологичной и при социально значимых заболеваниях. В структуру тарифа, оплачиваемого ОМС, входят только 5 статей: оплата труда, начисления на оплату труда, расходы на ЛС, питание больных и мягкий инвентарь. С принятием нового закона «Об обязательном медицинском страховании» структура тарифа расширится (см. раздел 15.3). Остальные

[1] С 2011 г. эта доля страховых взносов составит 2,1%.

[2] ТПГГ финансируется из средств ОМС (базовая часть ПГГ) и средств консолидированного бюджета субъекта РФ.

[3] С 2011 г. эта доля страховых взносов составит 3% ФОТ.

расходы по обеспечению деятельности учреждений (коммунальные услуги, расходы на содержание имущества и увеличение стоимости основных средств), работающих в системе ОМС, покрываются их собственниками. Направляются средства поставщикам медицинских услуг через частные страховые медицинские организации (СМО), за исключением ряда субъектов РФ, например Пермской области.

- В **Минздравсоцразвития России** аккумулируются средства из федерального бюджета, которые затем расходуются на финансирование ПГГ (специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь[1]), на обеспечение отдельных категорий населения ЛС, а также на содержание и развитие учреждений, находящихся в федеральной собственности. Из средств федерального бюджета финансируются расходы, не входящие в ПГГ: программы общественного здоровья, медицинское образование и наука, целевые долгосрочные программы и др.
- В **региональных органах управления здравоохранением** аккумулируются средства из региональных бюджетов и трансферты из федерального бюджета, которые затем направляются на обеспечение ТПГГ в части оказания скорой специализированной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, высокотехнологичной медицинской помощи, на выполнение ряда целевых программ, а также на содержание и развитие инфраструктуры учреждений, находящихся в региональной собственности.
- В **органах местного самоуправления в области охраны здоровья** граждан аккумулируются средства из местных бюджетов и трансферты из регионального бюджета, которые расходуются на оказание ТПГГ в части скорой медицинской помощи, а также первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в том числе неотложной и при социально значимых заболеваниях. Также за счет средств местных бюджетов осуществляются содержание и развитие инфраструктуры

[1] Соответствующие лимиты объемов медицинской помощи распределяются по субъектам РФ.

учреждений, находящихся в муниципальной собственности, и ряд целевых программ, если позволяют средства бюджета.

- В **ФСС** аккумулируются средства из ЕСН, из которых оплачиваются путевки в санатории для отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, углубленные медицинские осмотры граждан, работающих во вредных и опасных условиях труда, программа «Родовой сертификат» — часть Национального проекта «Здоровье» и оплачивается медицинская помощь пострадавшим на производстве.

За счет средств федерального, регионального и местного бюджетов в установленном порядке финансируются медицинские и иные услуги, оказываемые в учреждениях, которые не участвуют в реализации территориальной программы ОМС, например молочные кухни, дома ребенка, бюро судебно-медицинской экспертизы, дома (больницы) сестринского ухода, центры медицинской профилактики и др.

Отсутствие нормирования поступлений из бюджетов всех уровней и взносов на неработающее население снижает финансовую устойчивость государственной системы здравоохранения и затрудняет планирование. Наличие множества плательщиков и распорядителей средств затрудняет эффективное управление государственными средствами, размывает ответственность за реализацию ПГГ, приводит к излишним административным издержкам и дублированию функций, а также ограничивает возможности для выравнивания финансовых условий между субъектами РФ. Именно поэтому Минздравсоцразвития в 2010 г. была разработана новая редакция закона «Об обязательном медицинском страховании», где предложены меры по организации системы одного плательщика за медицинскую помощь в лице системы ОМС, т.е. одноканального финансирования, а также меры по нормированию отчислений субъектов РФ за неработающее население.

10.1.4. Взаимозависимость между финансированием здравоохранения и показателями здоровья населения

Следствием недофинансирования российского здравоохранения из государственных источников являются низкая доступность медицинской помощи по ПГГ, невозможность оказания медицинской

помощи в соответствии с современными международными стандартами и высокая доля участия населения в оплате медицинской помощи и, как следствие, неудовлетворительные показатели здоровья населения (см. раздел 8.3).

На рисунках 10.5 и 10.6 представлена зависимость показателей здоровья населения от подушевых государственных расходов на здравоохранение.

Видно, что при государственных расходах на душу населения в диапазоне от 0 до 1500 $ППС существует прямо пропорциональная зависимость ожидаемой продолжительности жизни и общего коэффициента смертности от этих расходов. Как видно из этих рисунков, для достижения ожидаемой продолжительности жизни в 75 лет и общего коэффициента смертности 10,0 необходимо, чтобы подушевые государственные расходы на здравоохранение были не менее чем 1200 $ППС.

Следует отметить, что даже небольшое увеличение финансирования здравоохранения в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» позволило достичь заметных позитивных сдвигов как в ожидаемой продолжительности жизни, так и в снижении смертности населения.

Аналогичная зависимость выявлена между уровнем смертности в 82 субъектах Российской Федерации (Чукотский АО исключен) и подушевыми расходами на ТПГГ в год.

На рисунке 10.6 площадь круга пропорциональна численности населения субъекта Российской Федерации. Видно, что финансирование менее чем 6,5 тыс. руб. на душу в год настолько мало, что не влияет на общий коэффициент смертности, и только увеличение финансирования с этого уровня начинает приводить к снижению общего коэффициента смертности. Для достижения общего коэффициента смертности, равного 11,0, финансирование по ТПГГ должно быть увеличено вдвое или до 15 000 руб., что соответствует 1000 $ППС и отличается лишь на 10% от данных на рис. 10.5.

Зависимость объемов финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения подтверждается также на примере «новых» стран ЕС (Чехии, Венгрии, Словакии, Польши и др.). Эти страны после распада Советского Союза увеличили государственное финансирование здравоохранения с 3% ВВП почти

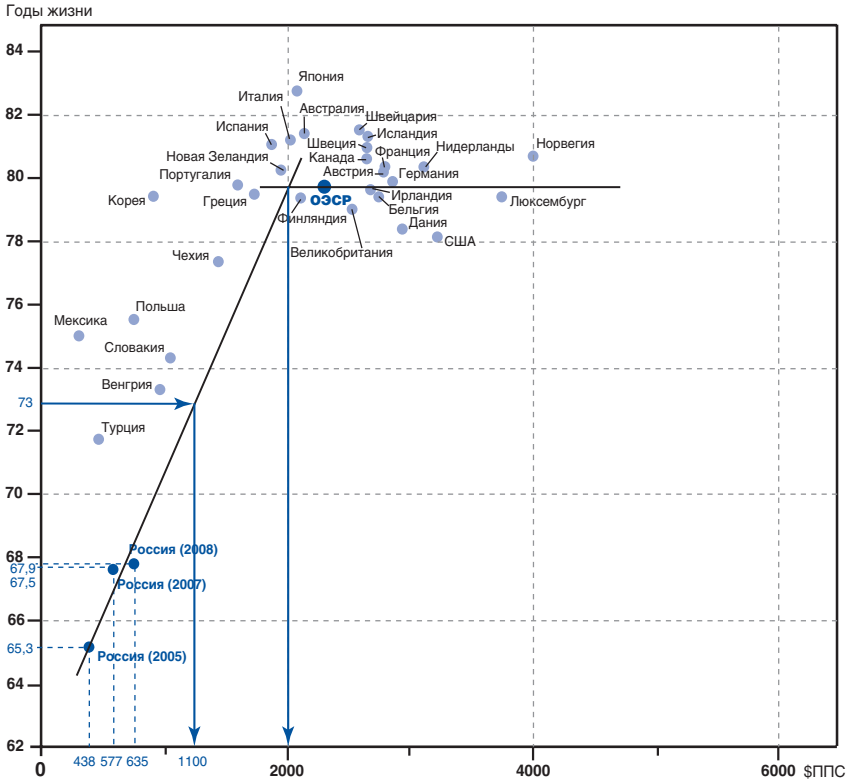

Рис. 10.5. Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год ($ППС)

до 6%, чтобы сохранить абсолютную величину расходов на здравоохранение, так как объем ВВП в этих странах (как и в РФ в 90-х годах прошлого века) уменьшился практически вдвое. В дальнейшем эта доля (6% ВВП) сохранилась, и по мере роста ВВП расходы на здравоохранение в этих странах пропорционально увеличивались, что позволило избежать резкого ухудшения показателей здоровья населения и снизить общий коэффициент смертности до 10,0–11,0, а ожидаемую продолжительность жизни увеличить до уровня 74–75 лет, т.е. выйти на целевые показатели, ожидаемые в РФ к 2020 г. (см. раздел 4.3.2).

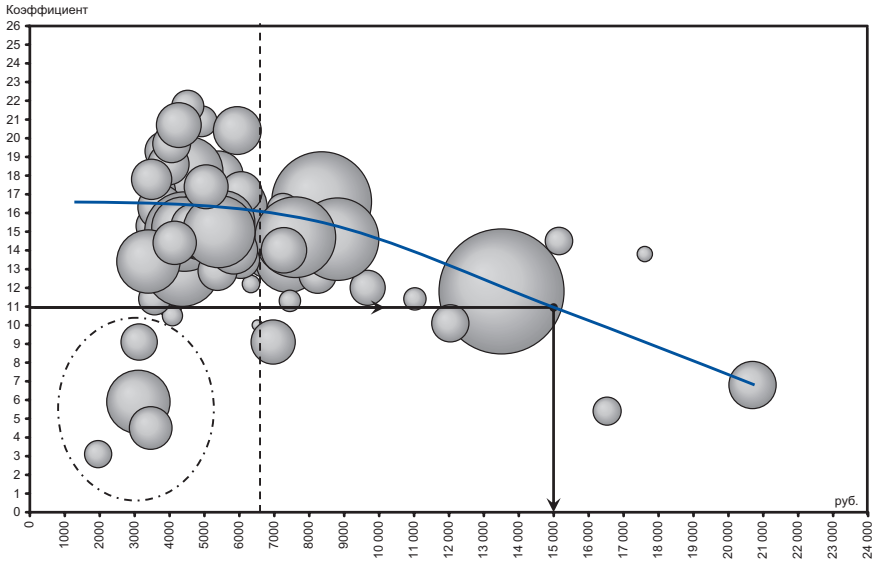

Рис. 10.6. Зависимость между подушевыми расходами на ТПГГ в год и общим коэффициентом смертности в субъектах РФ

10.2. Кадровые ресурсы

10.2.1. Структура и численность медицинских кадров

Кадровое обеспечение должно соответствовать установленным 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 1000 населения: врачами — 4,4; медицинскими сестрами — 15,3; провизорами — 0,47 и фармацевтами — 0,52. Соотношение врачей и медицинских сестер планировалось довести до 1:3,0.

В 2008 г. число работников, занятых в здравоохранении, составило 3,68 млн человек[1]. Врачей всех специальностей было 704 тыс., или 5 врачей на 1000 населения. Обеспеченность врачами на 1000 населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов (это необходимо для проведения международных сравнений) составила 4,4; что в 1,4 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 врача на 1000 населения (рис. 10.7). Однако следует учесть, что в РФ заболеваемость и смертность населения выше, чем в странах ОЭСР.

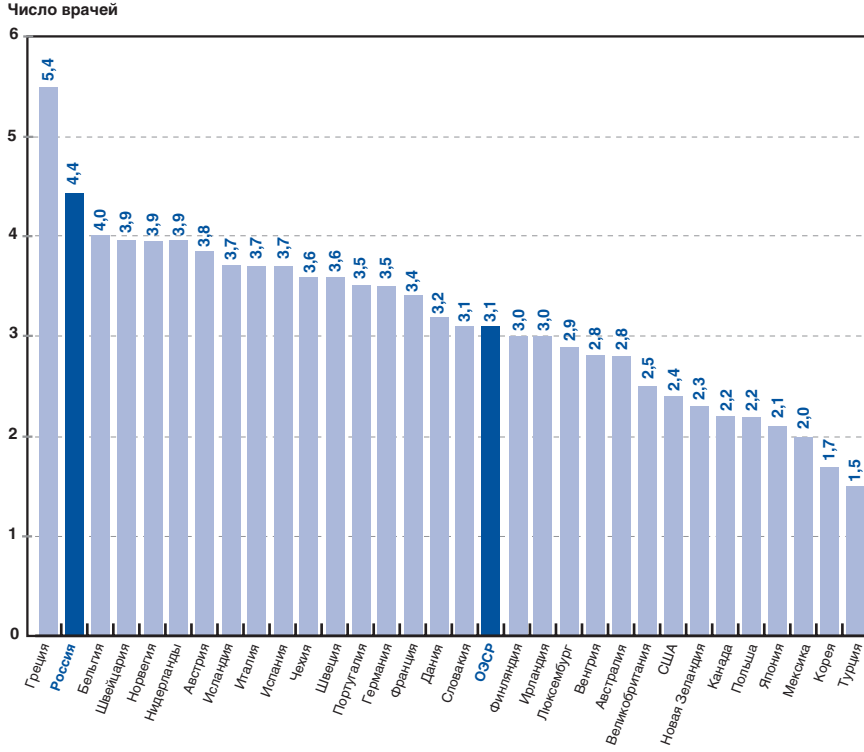

Рис. 10.7. Численность врачей на 1000 населения

[1] Без учета занятых в предоставлении социальных услуг, ветеринарной деятельности, производстве фармацевтической продукции и медицинской техники.

Особо необходимо отметить, что **в сельской местности обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом значительно ниже, чем в среднем по РФ**. Для врачей она ниже почти в 4 раза (1,2 на 1000 человек, проживающих в сельской местности), а для медицинских сестер — ниже в 2 раза (5,5 на 1000 человек, проживающих в сельской местности).

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала в РФ составляет 1:2,4, тогда как в развитых странах оно в среднем равняется 1:3.

В государственной системе здравоохранения наблюдается **крайне неоптимальное соотношение между врачами первичного контакта (участковыми педиатрами и терапевтами, ВОП) и врачами-специалистами**. Это отношение в РФ составляет 1:6[1] и значительно выше, чем в странах ОЭСР, где оно равняется 1:2. Это означает, что обеспеченность врачами первичного контакта в РФ в 1,7 раза ниже, чем в развитых странах.

Одновременно возрастает и нагрузка на врачей, например, российский врач в амбулаторно-поликлинических условиях консультирует[2] в среднем 30 пациентов в день (а его коллега в странах ОЭСР — 10); это приводит к ухудшению качества медицинской помощи тем пациентам, которые все-таки попали к врачу на прием. Вместе с тем именно участковые врачи и ВОП должны нести основную ответственность за здоровье прикрепленного населения и организацию медицинской помощи пациентам. Следует отметить, что благодаря ПНП «Здоровье» (см. главу 15) ситуация в первичном звене несколько улучшилась, но по-прежнему остается неудовлетворительной.

По данным Минздравсоцразвития России, сегодня в государственном и муниципальном секторах трудятся от 10 до 30% лиц в возрасте старше пенсионного и около 40% — предпенсионного возраста. С учетом того, что ежегодный выпуск медицинских вузов и училищ будет сокращаться из-за демографического провала (се-

[1] Рассчитано по врачам, работающим в государственной и муниципальной системе здравоохранения. Всего в первичном звене, по данным Росздравнадзора, работает 73,4 тыс. врачей.

[2] При сравнении учитываются консультации участковых врачей, ВОП, врачей-специалистов, как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и на дому.

годня в РФ молодежи в возрасте 21 года в 2 раза больше, чем детей в возрасте от 5 до 14 лет), такая ситуация может привести к дефициту кадров в здравоохранении и необходимости использовать труд пенсионеров.

Коэффициент совместительства, по данным Минздравсоцразвития России, среди медицинских работников в 2007 г. в среднем составил 1,4–1,6 (в первичном звене — 1,3), что говорит как о нехватке врачей ряда специальностей, так и о высокой интенсивности их труда. Совмещение в ряде случаев обусловлено низкой заработной платой медицинских работников, которые стремятся компенсировать ее за счет более высокой нагрузки.

10.2.2. Заработная плата и квалификация медицинских кадров

Сегодня престиж медицинской профессии — врача, медицинской сестры, фельдшера, научного работника, по оценкам самих медицинских работников, один из самых низких за всю историю здравоохранения в нашей стране.

Так, в 2009 г. среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников в РФ составила 14,8 тыс. руб., что в 1,2 раза ниже, чем в среднем по РФ, в 2,5 раза ниже, чем в добывающих отраслях промышленности, и в 1,6 раза ниже, чем в государственном управлении. В Советском Союзе заработная плата медицинских работников была близка к средней зарплате по стране. Более того, отношение заработной платы врачей (16,8 тыс. руб.) к средней заработной плате по стране (18,8 тыс. руб.) в РФ в 2 раза ниже, чем в «новых» странах ОЭСР, имеющих близкие доходы ВРП на душу населения, и в 3,5 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС и США (рис. 10.8).

Новая система оплаты труда, заменяющая Единую тарифную сетку, внедрена с декабря 2008 г. в бюджетных учреждениях системы здравоохранения[1]. Эта система позволяет до 30% ФОТ работ-

[1] Постановление Правительства РФ № 583 от 05.08.2008 г. «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых в настоящее время осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений».

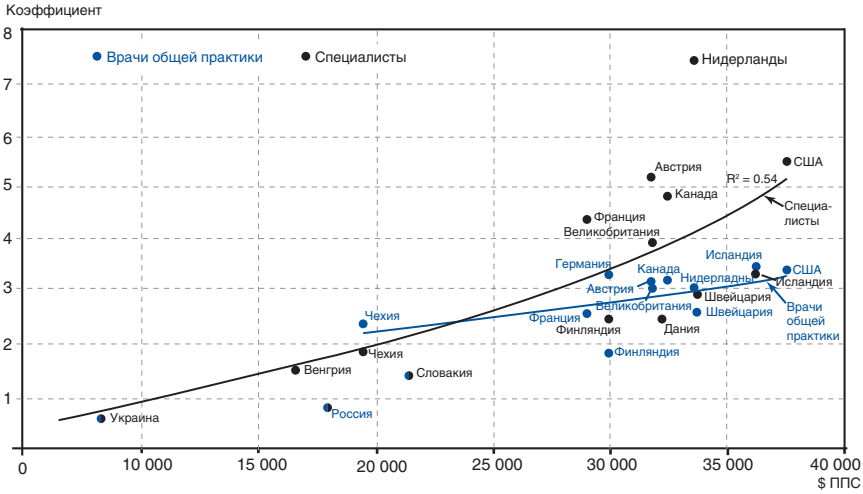

Рис. 10.8. Зависимость отношения заработной платы врачей (ВОП и специалисты) к средней зарплате по стране от ВВП на душу населения в год

ников направлять на стимулирующие выплаты, которые устанавливаются коллективными договорами и соглашениями. Теоретически такая система оплаты труда более прогрессивна, чем тарифная сетка, но ее внедрение необходимо сопроводить нормативно-методическими документами, позволяющими объективно оценить труд работников различных специальностей и избежать в его оценке волюнтаризма руководителей (например, разработать показатели качества и результативности работы врачей и установить их целевые значения).

Дополнительными факторами, влияющими на низкую мотивацию медицинских работников, являются: большой объем бумажной работы, недостаточные возможности для непрерывного профессионального развития, отсутствие социальных льгот, а также неуважительное отношение к труду медиков со стороны общества в целом, включая СМИ и правоохранительные органы.

Все это обусловливает отток наиболее высококвалифицированных медицинских кадров в частные медицинские учреждения или в другие отрасли экономики (преимущественно в фармацевтическую промышленность), а также недостаточный приток молодых кадров. Более того, около 45%, окончивших медицинский

вуз, не идут работать в учреждения государственной и муниципальной системы здравоохранения (данные Минздравсоцразвития России).

Несмотря на то что врачей в РФ больше на душу населения, чем в среднем в развитых странах, КМП значительно ниже, что свидетельствует об их более низкой квалификации. В таблице 12.3 в главе 12 представлены данные по наиболее распространенным показателям качества медицинской помощи, используемым в РФ и странах ОЭСР. Видно, что, во-первых, часть показателей в РФ не анализируется, и, во-вторых, по многим из них наблюдается существенное отставание от развитых стран.

Для решения этой проблемы необходимо повысить качество системы базового и непрерывного медицинского образования (НМО), мотивацию медицинских работников к качественному труду и их информационную обеспеченность современными информационно-образовательными ресурсами, в том числе обеспечить доступом к электронной медицинской библиотеке, об этом говорил Президент РФ Д.А. Медведев на заседании Совета по развитию информационного общества России в Твери в июле 2010 г.

10.2.3. Медицинская наука

В стране работает сравнительно большое количество научных работников и преподавателей учебных заведений. Среди них более 500 членов и членов-корреспондентов РАМН, которая является координатором научных медицинских исследований и сама вносит значительный вклад в науку.

Медицинская наука представлена в РФ Российской академией медицинских наук (РАМН), научно-исследовательскими институтами системы РАМН и Минздравсоцразвития России, кафедрами вузов. Основной проблемой развития российской медицинской науки является недофинансирование научных разработок. Например, государственные расходы (средства РАМН, РАН) на медицинскую науку (включая медико-биологические науки, исследования в клинической и профилактической медицине) в 2007 г. составили 7,2 млрд руб. (Министерство образования и науки, 2009). Всего на медицинскую науку из всех источников финансирования было потрачено 8,9 млрд руб., что составляет 2,4% общего финансирова-

ния науки в РФ (371,1 млрд руб.). Доля финансирования всей науки в ВВП составляет 1,12%, в том числе медицинских наук — 0,03% ВВП. В развитых странах эти показатели гораздо выше: 2,5–3% ВВП для всей науки и 0,2–0,3% — для медицинской. Следует отметить, невысокую заработную плату научных работников, в 2007 г. она составила столько же, сколько и в среднем в экономике — 14–15 тыс. руб. в месяц, что существенно снижает мотивацию молодых кадров к занятиям наукой. В советское время оплата труда научных работников была в 2–4 раза выше, чем в среднем в экономике в зависимости от научной степени и звания. Занятие наукой считалось престижным делом.

10.3. Материально-технические ресурсы

Сеть лечебно-профилактических учреждений и их материально-техническое оснащение

Общее число больничных коек в 2008 г. в РФ составило 1,4 млн, или 9,8 на 1000 населения, из них число коек интенсивного лечения[1] на 1000 населения в РФ 7,8 (без учета коек восстановительного лечения и предназначенных для длительного ухода)[2]; это один из самых высоких в мире показателей. В развитых странах он в среднем равняется 3,8 (рис. 10.9).

Из общего числа всех больничных коек доля коек для восстановительного лечения и реабилитации очень мала и составляет, по разным оценкам, менее 50 тыс., или 0,35 на 1000 населения. Оценить этот показатель трудно, так как в субъектах РФ эти койки не всегда учитываются отдельно от коек общетерапевтического профиля. Если рассчитывать обеспеченность восстановительными и реабилитационными койками, с включением коек санаторно-курортного лечения, то она составит 5,7 на 1000 населения. Однако, чтобы эти койки могли использоваться для целей реабилитации и восстановительного лечения пациентов, необходимо выделение дополнительных государственных средств.

---

[1] Под койками интенсивного лечения подразумеваются койки, требующие круглосуточного врачебного наблюдения за больным.

[2] Общее число коек интенсивного лечения составляет 1,14 млн (без коек: общих, туберкулезных, наркологических, психиатрических и восстановительного лечения).

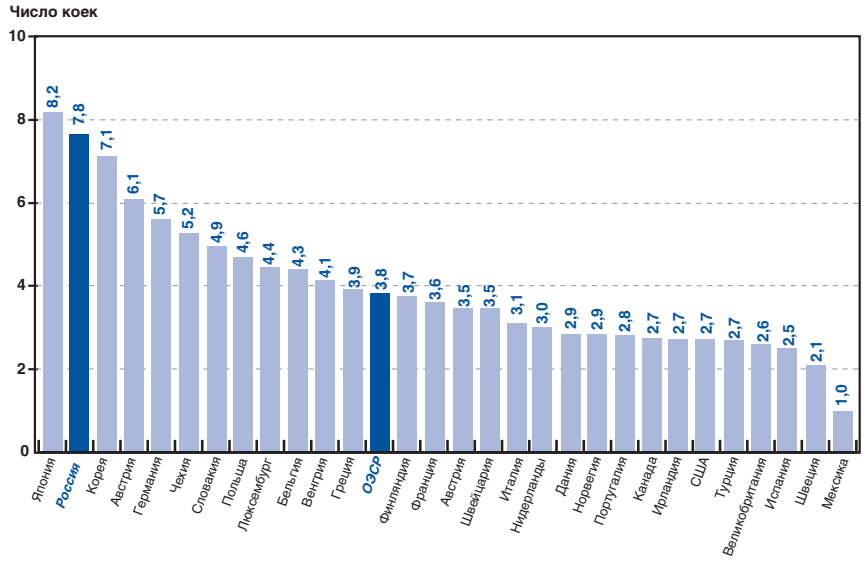

Рис. 10.9. Число коек интенсивного лечения на 1000 населения

Обеспеченность койками длительного ухода (включая койки для граждан пожилого возраста и инвалидов, в том числе детей-инвалидов) в РФ в 2 раза ниже, чем в странах ОЭСР (соответственно 4 и 8 на 1000 населения). Койки длительного ухода предназначены для пребывания пациентов, которые вследствие инвалидности или немощности по старости не способны к самообслуживанию. Эти койки включают: хосписные; для больных, страдающих хроническими психическими заболеваниями; сестринского ухода; наркологические; туберкулезные и сестринские койки для граждан пожилого возраста и инвалидов. Потребность в этих койках в связи с возросшей долей пожилого населения будет увеличиваться и дальше. Что касается хосписных коек для терминальных онкологических больных, то их число просто недопустимо мало. Увеличение числа этих коек позволило бы облегчить страдания этой категории пациентов.

Следует отметить, что очень часто больные, нуждающиеся в восстановительном лечении и длительном уходе, занимают койки интенсивного лечения. Вместе с тем стоимость пребывания больных на койках интенсивного лечения обходится в 1,5–2 раза дороже, чем на койках восстановительного лечения, а последние во столь-

ко же раз дороже, чем койки длительного ухода. Чтобы койки интенсивного лечения использовались по назначению, необходимы доступная медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических условиях и доступные медицинские услуги по восстановительному лечению и долговременному уходу как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

В России в 2008 г. длительность пребывания больного на койке интенсивного лечения хотя и сократилась по сравнению с показателем в 1990 г., но по-прежнему в 1,8 раза выше, чем в странах ОЭСР, и составляет 11,5 дня[1] (рис. 10.10).

Средние показатели оснащенности коечным фондом в стране затушевывают ситуацию по резкому ухудшению обеспеченности койками в сельской местности. За последние 12 лет обеспеченность коечным фондом сельского населения уменьшилась на 58% (с 71,5

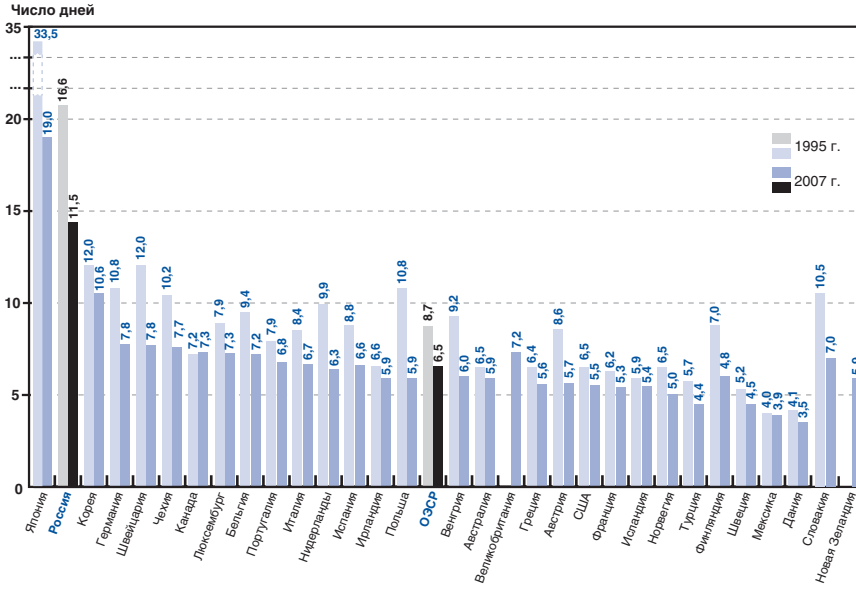

Рис. 10.10. Среднее число дней пребывания на койках интенсивного лечения в больничных учреждениях

[1] Средняя длительность койко-дня на всех койках в 2008 г. составила 13,0.

в 1995 г. до 45,1 — в 2008 г. в расчете на 10 тыс. населения). Произошло это преимущественно за счет сокращения числа коек в районных и участковых больницах. Одновременно в 3,2 раза сократилось и число амбулаторно-поликлинических учреждений (с 9217 до 2871). Мощность этих учреждений в расчете на 10 тыс. населения за этот же период упала на 23%. Все это вкупе с дефицитом кадров в сельской местности и увеличением заболеваемости населения снижает доступность медицинской помощи сельским жителям.

Серьезным недостатком является также изношенность основных фондов в государственных и муниципальных учреждениях. Амбулаторно-поликлинические учреждения, требующие капитального ремонта, составляют 23% от их общего числа, больничные учреждения и стационары — до 30%.

Имеет место недостаточная оснащенность медицинских организаций современным оборудованием. Например, по экспертным оценкам, в РФ эксплуатируется около 800 компьютерных томографов, т.е. обеспеченность ими составляет 5,6 томографа на 1 млн человек. Это почти в 4 раза меньше, чем в среднем в странах ОЭСР (20,6 на 1 млн). Магнитно-резонансных томографов в расчете на 1 млн человек в РФ в 4,3 раза меньше, чем в этих странах, маммографов — в 1,5 раза. Такая слабая материально-техническая оснащенность снижает качество и доступность диагностической и лечебной помощи пациентам. Например, операции реваскуляризации на сердце (аортокоронарное шунтирование и ангиопластика коронарных артерий) применяются в РФ почти в 7 раз реже, чем в странах ОЭСР (соответственно 36,4 и 250 на 100 тыс. населения).

Информатизация здравоохранения

По данным ФГУ ЦНИИОИЗ, оснащенность рабочих мест врачей медицинскими информационными системами (МИС), в том числе электронными историями болезни (ЭИБ) и компьютеризированными системами выписки рецептов, в учреждениях РФ составляет не более 8%, оснащенность медико-технологическими ИС — 14%. Этот показатель в развитых странах существенно выше, например в первичном звене в Великобритании и Нидерландах ЭИБ пользуются 90% врачей, в США и Канаде — 25%. Имеющаяся компьютерная техника используется преимущественно для учета финансовой и хозяйственной деятельности медицинских органи-

заций, а в амбулаторно-поликлинических учреждениях — для учета программы ДЛО. Инвестиции в установку МИС для большинства российских ЛПУ практически недоступны из-за отсутствия финансирования.

В связи с неудовлетворительным состоянием материально-технической базы здравоохранения Правительством РФ в 2010 г. была предложена программа модернизации инфраструктуры учреждений здравоохранения во всех регионах страны. На эти цели предполагается потратить за 2011–2012 гг. около 420 млрд руб. (включая информатизацию системы здравоохранения).

10.4. Медицинское образование и наука

Высшее медицинское (фармацевтическое) образование

Система высшего медицинского и фармацевтического образования РФ включала в 2008 г. **47** государственных медицинских и фармацевтических вузов (институтов, академий и университетов). Кроме того, образовательные услуги по высшему медицинскому образованию предоставляют **29** медицинских **факультетов** университетов Министерства образования и науки Российской Федерации. В РФ также имеется **13** государственных вузов, предоставляющих услуги по послевузовскому и дополнительному и профессиональному образованию.

В медицинские вузы РФ ежегодно по конкурсу поступают **20–25 тыс.** абитуриентов, а всего в медицинских вузах обучается около **200 тыс.** студентов, интернов, ординаторов и аспирантов.

Студенты медицинских вузов составляют более 7% всех студентов в системе высшего образования, а вузы — более 10% от числа всех государственных высших образовательных учреждений.

В медицинских вузах работают более **32 тыс.** преподавателей, среди которых **4600** докторов и **20 тыс.** кандидатов наук, более **260** членов РАН и РАМН.

В настоящее время в медицинских и фармацевтических вузах России обучается более **10 тыс.** иностранных студентов из более чем **90** стран мира. Медицинские и фармацевтические вузы страны ежегодно выпускают около **25 тыс.** специалистов.

Подготовка специалиста в системе высшего медицинского (фармацевтического) образования разделена на 2 этапа: додипломную (общеврачебную) подготовку — 6 лет и последипломную (профессиональную обязательную послевузовскую и дополнительную) подготовку — от 1 года до 4 лет (в зависимости от избранной специальности). Общая схема медицинского образования в РФ представлена на рис. 10.11.

На **додипломном этапе** обучения в медицинских вузах РФ подготовка врачей проводится в соответствии с государственными образовательными стандартами. Указанные стандарты содержат требования к обязательному минимуму содержания и уровню подготовки выпускника по всем медицинским специальностям. Согласно приказу Минздравсоцразвития России № 112-н от 11.03.2008 г., **базовых** специальностей, полученных в вузе, всего 9 — это:

- лечебное дело;
- педиатрия;
- медико-профилактическое дело;
- стоматология;
- фармация;
- сестринское дело;
- медицинская биохимия;
- медицинская биофизика;
- медицинская кибернетика.

Основных специальностей, требующих обязательной подготовки в интернатуре и (или) ординатуре, всего **40**, при этом подготовка по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)» может проходить только в ординатуре. Дополнительных специальностей всего **145,** подготовка по этим специальностям возможна путем обучения в ординатуре или через профессиональную переподготовку для выполнения нового вида профессиональной деятельности при наличии послевузовского профессионального образования по соответствующей основной специальности.

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 Минздравсоцразвития России.

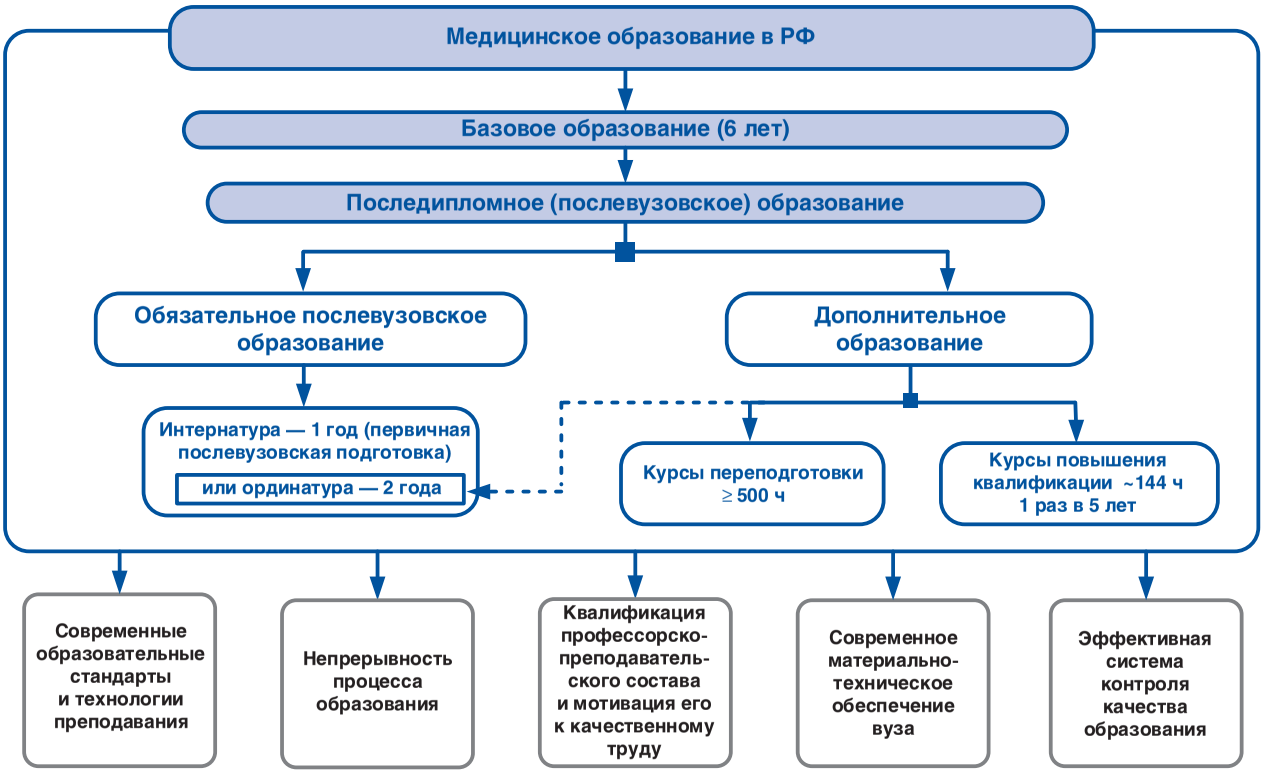

Рис. 10.11. Система медицинского образования в РФ

2. Проверка практических навыков.
3. Итоговое собеседование.

Согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.1993 г. «...права на занятия медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности». «Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан».

Таким образом, 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:

- интернатуру (1 год);
- ординатуру изучения основной специальности (2–3 года);
- ординатуру или подготовку по дополнительной специальности (1–4 года);
- аспирантуру или докторантуру, в которых в течение 3 лет готовят специалистов высшей квалификации для медицинской науки и образования.

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.

Среднее медицинское и фармацевтическое образование

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 около **230 тыс.**, а преподавателей — более **28 тыс.** Ежегодный план приема более **70 тыс.** человек.

Согласно приказу Минздравсоцразвития № 176-н от 16.04.2008 г. подготовка сестринского персонала осуществляется по **29** 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 и др.

Лица, окончившие средние медицинские и фармацевтические учебные заведения, могут получить **лицензию** (разрешение) 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.

Последипломное обучение сестринского персонала осуществляется в **40** училищах и **50** отделениях усовершенствования и повышения квалификации. Ежегодно такое обучение проходит более **130 тыс.** специалистов.

Аттестация врачей 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.

Аттестационные комиссии создаются, как правило, при органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Они могут создаваться также при научно-исследовательских и высших образовательных учреждениях Минздравсоцразвития России. Решение аттестационных комиссий действительно на всей территории страны.

Квалификация специалистов определяется аттестационной комиссией по 3 категориям — 2-й, 1-й и высшей. 1-я категория может присваиваться врачам, имеющим стаж работы по аттестуемой специальности не менее 5 лет, 2-я — 7 лет, высшая — 10 лет. Каждая категория может быть присвоена как по основной, так и по совмещаемой должности.

Аттестация, как правило, проводится по месту нахождения комиссии. К сожалению, сегодня прибавка к заработной плате за квалификационную категорию невысока, что снижает мотивацию врачей к прохождению аттестации.

Непрерывное медицинское образование (см. также раздел 17.2.3)

Любой специалист с высшим медицинским образованием обязан в течение всей профессиональной деятельности постоянно повышать свою квалификацию. Согласно постановлению Правительства РФ № 30 от 22.01.2007 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности» существует требование, согласно которому у штатных специалистов учреждения должны быть сертификаты и свидетельство о прохождении курсов повышения квалификации не реже **1 раза в 5 лет**.

В стране существует плановая система усовершенствования врачей, включающая **13** 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. Ежегодно в этой системе повышают свою квалификацию около **150 тыс.** врачей различных специальностей.

Вместе с тем сегодня в РФ назрела необходимость совершенствования системы последипломного медицинского образования. В «**Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года**», утвержденной распоряжением Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008 г. указано, что одной из основных задач развития здравоохранения, направленных

на улучшение здоровья граждан Российской Федерации, является «обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования...».

Непрерывное медицинское образование (НМО) — это образовательный процесс, позволяющий медицинским работникам обновлять и улучшать свои профессиональные знания и навыки с целью повышения КМП. Система НМО включает: 1) комплекс образовательных мероприятий; 2) учреждения, которые их предоставляют; 3) механизмы, обеспечивающие своевременность прохождения и качество образования.

Требование непрерывности медицинского образования обусловлено изменившимися внешними и внутренними условиями деятельности врачей, например увеличением объема медицинской информации и скорости ее обновления; появлением множества высокоактивных ЛС, повышением информированности и запросов самих пациентов и др. Для обеспечения современного, безопасного и экономически рационального лечения пациентов врач должен непрерывно обновлять и улучшать свои знания и практические навыки, а качество и технологии образования должны отвечать изменившимся условиям.

С этой целью в развитых странах государственные органы управления здравоохранением и профессиональные медицинские общества в последние 10 лет активно внедряют в практику здравоохранения систему НМО, которая способствует улучшению результатов лечения, снижению числа врачебных ошибок и оптимизации использования ресурсов здравоохранения, а также повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

В РФ актуальность внедрения НМО обусловлена, кроме того, необходимостью значительно улучшить показатели здоровья населения. Следует отметить, что НМО является наиболее экономически эффективным инструментом повышения КМП и дает быстрый результат.

Были бы целесообразными следующие меры для развития НМО в РФ:

- Обеспечить НМО, т.е. повышение квалификации должно происходить не периодически (например, 1 раз в 5 лет), а ежегодно, путем накопления определенного числа кредитов (кредит — условная единица, равная в большинстве случаев 1 ч образовательной активности).
- Сделать НМО не только моральной обязанностью медицинских работников, а законодательно закрепленной нормой

с санкциями за ее несоблюдение. Реализуется это через такие механизмы, как релицензирование врачей, заключение контрактов с работодателями, в которых учтено требование ежегодного повышения квалификации врачей, и др.

- Усилить регулирующую роль государства в вопросах качества последипломного образования. Реализуется это через усиление государственного контроля качества образования и качества труда врачей.
- Активно использовать в образовании современные технологии — электронные, информационные, телекоммуникационные; обучение в малых группах, образование через специально разработанные электронные образовательные модули, обмен опытом с коллегами в электронной медицинской библиотеке.
- Актуализировать содержание образования — увеличить количество часов на преподавание рациональной фармакотерапии хронических неинфекционных заболеваний, обучать методам профилактики, предотвращения осложнений и реабилитации этих заболеваний. Предусмотреть преподавание экономики здравоохранения, в том числе методов принятия экономически эффективных решений; вопросов организации и управления здравоохранением. Обучать врачей вопросам клинической эпидемиологии, медицинской информатики, навыкам работы в междисциплинарных командах и эффективного взаимодействия с пациентами.

Контрольные вопросы

1. Из каких источников складываются объемы государственного финансирования здравоохранения РФ, и как объемы этого финансирования соотносятся со странами ОЭСР?
2. Каковы проблемы финансирования лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях в РФ?
3. Как аккумулируются и распределяются общественные средства на здравоохранение на уровне субъектов РФ?
4. Есть ли зависимость между общественными расходами на здравоохранение и показателями здоровья населения?
5. Каковы основные проблемы в структуре и обеспеченности кадрами в РФ?
6. Каковы проблемы в структуре коечного фонда в РФ?
7. Дайте определение аттестации и сертификации медицинских работников.
8. Почему необходимо развитие НМО в РФ?

ГЛАВА 11

Организация лечебно-профилактической помощи населению РФ

В данной главе рассматриваются вопросы организации медицинской помощи населению РФ в зависимости от условий ее оказания: это — амбулаторно-поликлиническая, стационарная (больничная), скорая медицинская помощь, а также специализированные ее виды — стоматологическая и реабилитационная медицинская помощь, в том числе санаторно-курортное лечение. Описаны также особенности организации медицинской помощи отдельным группам населения: сельскому населению, женщинам, детям, а также работникам крупных предприятий.

11.1. Медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических условиях

Самый массовый вид медицинской помощи — ПМСП — (см. также главу 9.3) оказывается преимущественно в амбулаторно-поликлинических условиях; при этом в специализированных диспансерах может оказываться специализированная медицинская помощь. В амбулаторно-поликлинических условиях медицинская помощь предоставляется в случаях, когда не требуются круглосуточное наблюдение за пациентами, их изоляция или применение методов интенсивного лечения.

К амбулаторно-поликлиническим учреждениям относятся: фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, поликлиники, диспансеры, женские консультации, здравпункты, общие врачебные практики и др.

В 2008 г. в РФ насчитывалось 15,6 тыс. амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), а число визитов в них к врачам ежегодно составляло более 1,0 млрд. На 1 жителя по ПГГ бесплатной медицинской помощи в 2009 г. в среднем приходилось 9,3 посещения врачей поликлиник в год.

Организация деятельности АПУ базируется на четырех основополагающих принципах:

- **Участковость**, т.е. закрепление за поликлиникой отдельной территории (участка).
- **Преемственность и этапность** в лечении; поликлиника является первым этапом в технологическом процессе лечения пациента (поликлиника — стационар — восстановительное лечение). В стационар пациенты обычно обращаются только по направлению врача, а из стационара информация о проведенном лечении передается на участок.
- **Профилактическая направленность**, которая реализуется с помощью комплекса мер, направленных на предупреждение заболеваний; среди них: диспансеризация (раннее выявление заболеваний и динамическое наблюдение), проведение школ здоровья, осуществление профилактических прививок и др.
- **Доступность**; в идеале амбулаторно-поликлиническая помощь должна быть в любой момент беспрепятственно доступна населению РФ. Однако на практике из-за недофинансирования медицинской помощи и нехватки врачей этот принцип реализуется не всегда.

Поликлиника — это специализированное ЛПУ, в котором оказывается медицинская помощь приходящим на прием 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** — МСЧ (или основным подразделением МСЧ).

Амбулатория отличается от поликлиники уровнем специализации и объемом деятельности. В амбулатории ведут прием по одной специальности или небольшому их числу: терапии, хирургии, акушерству, гинекологии и педиатрии.

Поликлиники различают по организации работы: объединенные со стационаром и не объединенные — 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 внесенными в него последующими изменениями и приказом Минздравсоцразвития РФ № 633 от 13.10.2005 г. «Об организации медицинской помощи».

Мощность учреждения и численность персонала определяются на основании численности обслуживаемого населения и ожидаемого числа посещений. О мощности поликлиники судят по числу врачебных посещений в смену — от 250 до 1200 и более.

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 медицинские сестры, которые оказывают помощь населению участка. По участковому принципу строят работу терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи, фтизиатры и по возможности другие специалисты.

Самым массовым видом ПМСП является терапевтическая помощь, 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 человек в возрасте 18 лет и старше.

Участковый врач

Участковый врач — это не только клиницист, но и организатор здравоохранения на этапе ПМСП. Ему необходимо знать основы общественного здоровья и здравоохранения, клинической медицины, социологии и психологии семьи; он должен ориентироваться в состоянии здоровья своих подопечных на участке и факторах, на него влияющих, совершенствовать свою деятельность, внедрять новые методы диагностики и лечения, элементы научной организации труда.

Хороший участковый врач — это по существу врач общей практики (ВОП).

В соответствии с положением «О враче-терапевте участковой поликлиники (амбулатории)» и приказом Минздравсоцразвития № 282 от 19.04.2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового» 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 медицинской сестры;
- активное и систематическое проведение медико-просветительной работы среди населения участка, борьбу с вредными привычками.

Участковый терапевт работает по утвержденному заведующим отделением графику, 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).

Для повышения квалификации участковых врачей направляют в институты (на факультеты) последипломного образования, на курсы усовершенствования и специализации при высших медицинских учебных заведениях, научно-исследовательских учреждениях не реже 1 раза в 5 лет.

Структура поликлиники

Основные структурные подразделения городской поликлиники:
- руководство поликлиники (главный врач, его заместители);
- регистратура со столом справок;

— лечебно-профилактические подразделения: терапевтическое, хирургическое, травматологическое, стоматологическое, зубопротезное, офтальмологическое, оториноларингологическое, неврологическое, физиотерапевтическое отделения (кабинеты), отделение реабилитации и лечебной физкультуры (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: стационарзаменяющие 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.

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 (единая для учреждения) и децентрализованной (в отдельных регистратурах записывают на прием к педиатрам, стоматологам, акушерам-гинекологам 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 себя время посещения. С 2011 года планируется внедрение электронных (или Интернет) систем для записи пациентов на прием к врачу.

Медицинская карта амбулаторного больного — единый документ, в ней регистрируются заболевания, по поводу которых больной

обращается в поликлинику. Для более быстрого ознакомления врача с перенесенными больным заболеваниями диагнозы записывают на первой странице амбулаторной карты — в листе уточненных диагнозов.

Рядом с регистратурой на видном месте оборудуют информационные стенды, где указывают 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

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 (если отсутствует или занят участковый) 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.

Заведующий отделением поликлиники

В деятельности поликлиник большую роль играет **заведующий отделением**. Он назначается при не менее чем 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 приеме, который осуществляют врачи поликлиники; посещая в необходимых случаях больных на дому. Заведующий отделением знакомится с ведением медицинской документации; проводит совместно с врачами экспер-

тизу 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.

Статистическая отчетность в поликлинике

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.

На правах структурного подразделения в поликлинике организуются **кабинеты медицинской статистики**, подчиняющиеся непосредственно 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 предоставляется вышестоящему органу управления здравоохранением.

Нормирование труда персонала в поликлинике

Отраслевые нормативные акты по труду сегодня являются рекомендательными, а штатные нормативы используются как пособие при определении численности должностей медицинского персонала. Сегодня 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, эпидемиологических ситуаций и т.д.). Руководителям учреждений здравоохранения также разрешается, исходя из производственной необходимости, усиливать отдельные структурные подразделения или вводить должности, не предусмот-

ренные для них штатными нормативами, за счет должностей других структурных подразделений в пределах установленных для учреждения численности должностей и фонда заработной платы.

Приводим **примеры расчетов** числа должностей в поликлинике.

Планирование числа должностей врачей в амбулаторных учреждениях рекомендуется осуществлять с использованием следующей методики:

$$\mathbf{В} = \frac{\mathrm{П} \times \mathrm{Н}}{\mathbf{Ф}},$$

где В — число врачебных должностей; П — утвержденный норматив посещений на одного жителя в год; Н — численность населения; Ф — функция врачебной должности (плановое число посещений на одну врачебную должность в год).

В 2009 г. утвержденный норматив посещений на одного жителя в год составил 9,18. Если мы будем рассчитывать число врачебных должностей врачей-терапевтов участковых, то норматив посещений для него составит около 2,13 на 1 жителя. Число этих посещений (П) складывается из первичных и повторных посещений по поводу заболеваний (в том числе посещений на дому), а также посещений с профилактической целью и по поводу диспансерного наблюдения.

Функция врачебной должности (Ф) рассчитывается по формуле:

$$\Ф = \mathrm{A} \times \mathrm{B} \times \mathrm{C}, \text{ где}$$

А – число рабочих дней в году;

В – число рабочих часов в день;

С – норма нагрузки в единицу времени (час) на врача определенной специальности.

Например, число рабочих дней в году (А) у терапевта в поликлинике при 6 дневной рабочей неделе с учетом выходных дней и отпуска в среднем составляет около 273 дней. Число рабочих часов в день (В) при 6 дневной рабочей неделе составляет около 6 часов в день (за вычетом времени, не затрачиваемого на лечебно-профилактическую работу). Норма нагрузки (С) составляет в среднем 3–4 пациентов в час (т.е. по 17 мин на пациента). Исходя из представленных данных, плановая функция врачебной должности (Ф) врача терапевта в поликлинике составит около 5 700 посещений в год [$273 \times 6 \times 3{,}5 \approx 5\,733$].

Таким образом, для обслуживания участка в 10 тыс. человек потребуется около 4 должностей [2,13 × 10 000 : 5 700 ≈ 3,7] врачей-терапевтов участковых, а с учетом того, что врачей необходимо заменять во время отпуска, в ряде случаев, этот норматив руководители учреждения повышают до 5–5,5 должностей.

Численность среднего и младшего персонала в АПУ зависит от численности врачебного персонала. Рекомендуемое соотношение с учетом типа учреждения в среднем для городских поликлиник составляет 1:2,2, а для учреждений, расположенных в поселках и в городах с численностью населения менее 25 000 человек, 1:3,5–5,0 и зависит от характера расселения.

В последнее время при приеме сотрудников на работу принята контрактная система. Оплата труда производится по тарифной сетке с учетом квалификационной характеристики (категории), в некоторых учреждениях внедрена новая система оплаты труда — с учетом выполняемого объема, интенсивности и качества работы. Содержание работы сотрудников определяют должностные инструкции.

Единого табеля оснащения поликлиник (и стационаров), к сожалению, нет. Учреждение оснащается в зависимости от материально-технических возможностей и инициативы руководства (сотрудников). В 2010 году Минздравсоцразвития РФ приступил к подготовке порядков оказания медицинской помощи, в которых будут приведены рекомендованные нормативы по штатным единицам и оснащению МО.

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).

Специализированные диспансеры и центры

Специализированные диспансеры предназначены для реализации комплекса профилактических мероприятий для больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, активного их выявления на ранних стадиях, а также лечения и реабилитации. Диспансеры подразделяются на:

- врачебно-физкультурные;
- кардиологические;
- онкологические;

- кожно-венерологические;
- противотуберкулезные и др.

В них обслуживаются как взрослые, так и дети. В структуру диспансера, как правило, входят поликлиника и небольшой стационар.

В настоящее время для оказания специализированной медицинской помощи в крупных городах создают консультативно-диагностические центры (КДЦ), которые оснащаются современным диагностическим оборудованием (компьютерными и магнитно-резонансными томографами, специальным лабораторным оборудованием и др.) и консультативно-диагностические отделения (КДО) крупных больниц.

11.2. Медицинская помощь в больничных условиях

Общая характеристика медицинской помощи в больничных (госпитальных, стационарных) условиях

В больничных условиях оказывается преимущественно специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь при заболеваниях и состояниях, требующих круглосуточного наблюдения, применения интенсивных методов лечения или изоляции пациента. В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации функционирует около 6,5 тыс. больничных учреждений (в 1990 г. — 12,5 тыс.) общей мощностью 1,4 млн коек. В больничных учреждениях сосредоточены основные ресурсы здравоохранения — здания, дорогостоящее оборудование, специализированные (и, как правило, высококвалифицированные) медицинские кадры.

Важный раздел деятельности больниц — обеспечение **преемственности** в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационаром, которая достигается:

- взаимно обменом 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.).

Городская больница

Ведущее больничное учреждение — **городская больница** — ЛПУ или МО, 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 категорийности (коечной мощности).

Структура объединенной больницы представлена ниже (табл. 11.1). Основная задача городской больницы — оказание высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи населению.

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.

Центры специализированной медицинской помощи (по онкологии, хирургии, кардиологии, пульмонологии, нефрологии, гастроэнтерологии, охране здоровья матери и ребенка) в качестве научных, организационно-методических и лечебно-диагностических объединений ведут поиск новых эффективных средств и методов профилактики, диагностики и лечения соответствующих заболеваний, разрабатывают рациональную организацию специализи-

Таблица 11.1. Структура объединенной больницы

Стационар, заместитель главного врача по лечебной работе	**Поликлиника, заместитель главного врача по поликлинике**	**АХЧ, заместитель главного врача по АХЧ**	**Заместитель главного врача по организационно-методической работе**
Отделения: — хирургическое; — терапевтическое; — травматологическое; — анастезиологии; — сосудистое; — реанимационное и интенсивной терапии; — гипербарической оксигенации; — неврологическое; — операционный блок; — нефрологическое; — урологическое; — реабилитации; — патолого-анатомическая и гистологическая лаборатории и др.	*Отделения*: — терапевтическое. Кабинеты: — эндокринолога; — кардиолога; — дерматолога; — пульмонолога; — невропатолога; — хирургическое *Кабинеты*: — травматолога; — проктолога; — уролога; — нейрохирурга; — лечебно-диагностическое; — эндоскопическое; — рентгеновское с компьютерной томографией; — УЗИ и функциональных методов исследования; — лаборатория; — физиотерапевтическое с ЛФК	*Хозяйственные службы*: — гараж; — сантехники; — слесарь; — лифтеры; — прачечная; — холодильники; — вентиляция; — отдел кадров; — бухгалтерия; — планово-экономический отдел; — юридический отдел; — оперативный отдел; — организационно-методический отдел	Отдел кадров Бухгалтерия Планово-экономический отдел Юридический отдел Оперативный отдел Организационно-методический отдел

рованной медицинской помощи, готовят высококвалифицированные кадры, а также оказывают населению **высокотехнологичную медицинскую помощь**.

Главный врач больницы отвечает за всю лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность учреждения. Главный врач объединенной с поликлиникой 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 больницы, повышение квалификации медицинского персонала, правильность ведения историй болезни, обеспеченность больницы медицинским и хозяйственным оборудованием. Он систематически анализирует показатели деятельности больницы, утверждает планы работы и ее смету, 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; 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 его качества и эффективности; систематически изучает заболеваемость населения района обслуживания.

Заместитель (помощник) главного врача по административно-хозяйственной части руководит всей административно-хозяй-

ственной 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.

Статистическая отчетность больницы

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.

Для анализа деятельности стационара рассчитывают среднегодовую занятость койки, оборот койки, среднюю длительность пребывания больного в стационаре, летальность, частоту расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов.

11.3. Основные тенденции в организации медицинской помощи в больничных и амбулаторных условиях в РФ и за рубежом

Основные изменения в системе организации медицинской помощи **в больничных условиях** вызваны появлением новых, более сложных и интенсивных диагностических, операционных и лекарственных технологий оказания медицинской помощи. Это привело, с одной стороны, к удорожанию медицинской помощи, а с другой — к уменьшению длительности пребывания больного на койке. Например, появление эндоскопических хирургических технологий позволило сократить число дней пребывания больного на койке.

В ряде случаев это повлекло за собой сокращение коечного фонда больниц (слияние, поглощение, закрытие больниц), а также обусловило организацию при них амбулаторных отделений («хирургия одного дня»). При больницах появились отделения планирования выписки больных, отделения с менее интенсивны-

ми технологиями лечения (реабилитационные и восстановительные). В ряде случаев появилась необходимость открытия недорогих гостиниц при больницах.

Следует четко понимать, что при любом сокращении коечного фонда больниц должны сохраняться территориальная доступность медицинской помощи населению и обеспечение его потребностей в медицинской помощи. Это можно обеспечить путем увеличения доступности других видов медицинской помощи (например, ПМСП в амбулаторных условиях, реабилитационной и медико-социальной помощи в больничных условиях).

Основные изменения в системе организации медицинской помощи **в амбулаторно-поликлинических условиях** вызваны появлением новых ЛС, позволяющих оказывать медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Например, появление современных ЛС для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, лекарств для лечения бронхиальной астмы, гипертонической болезни сняло необходимость госпитализации больных в стационар.

Также изменения в системе организации медицинской помощи происходят в связи с демографическими факторами: ростом доли пожилого населения и соответственно увеличением числа больных, страдающих несколькими хроническими заболеваниями. Все это предъявляет новые требования к деятельности амбулаторно-поликлинического звена, среди них: необходимость увеличения численности врачей первичного контакта, придания им функций координатора и организатора медицинской помощи пациентам; организация отделений неотложной помощи, стационара «на дому» и профилактических кабинетов при поликлиниках. Рост доли пожилого населения повлек за собой необходимость расширения службы длительного ухода за пожилыми пациентами и инвалидами как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Усложнение технологий оказания медицинской помощи, появление новых видов поставщиков медицинских услуг, децентрализация (передача полномочий оказания медицинской помощи на муниципальный уровень) и коммерциализация (появление в системах здравоохранения поставщиков медицинских услуг частной формы собственности) потребовали разработки специальных мер по координации медицинской помощи пациентам. Эти меры

предпринимаются в больницах, например, формируются специальные отделения по выписке и организации долечивания больных. Схематично основные тенденции в изменении организации медицинской помощи по уровням (макро-, мезо- и микроуровень) представлены на рис. 11.1.

Из современных тенденций в организации медицинской помощи, произошедших за рубежом и в ряде случаев в РФ, наиболее результативными и экономическими эффективными зарекомендовали себя:

- реструктуризация больничных коек по интенсивности лечения (интенсивного лечения, реабилитации и долечивания, длительного ухода);
- организация выделенных из структуры стационара диагностических, амбулаторных хирургических и реабилитационных центров;
- внедрение системы стандартов качества МО (стандартов аккредитации медицинских организаций);
- долгосрочное планирование численности и структуры коечного фонда;
- рационализация медицинской помощи с учетом стандартов и планов ведения больных;
- внедрение системы непрерывного медицинского образования (НМО) для медицинских работников;
- внедрение специальных программ по управлению хроническими заболеваниями, которые за счет комплексных мер по профилактике обострений этих заболеваний позволяют избежать обострений и, как правило, связанных с ними дорогостоящих госпитализаций.

Направления реструктуризации коечного фонда больниц

1. Организация больниц (отделений) с высокой **интенсивностью лечебно-диагностического процесса**. В основном это стационары, в которых оказывается экстренная интенсивная медицинская помощь. Такие МО должны быть оснащены соответствующим медицинским оборудованием, иметь значительно более высокую обеспеченность медицинскими кадрами, ЛС, мягким инвентарем и др.

Число коек в таких стационарах составляет до 25–30% общей коечной мощности, средние сроки пребывания в них небольшие

Рис. 11.1. Современные тенденции в организации медицинской помощи

(3–5 дней), 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 и долечивание**. Соответственно у таких стационаров иные стандарты оснащения, кадрового и иного обеспечения, другие средние сроки пребывания больного на койке, другая нагрузка персонала. Примерная численность коек в больничных учреждениях этого типа составляет до 40% общей коечной мощности.

3. **Медико-социальные больницы (отделения) долгосрочного пребывания** — больницы сестринского ухода, стационары для больных, страдающих неизлечимыми психическими заболеваниями, хосписы, МО, оказывающие медико-социальную помощь, или больницы длительного ухода. Направлять пациентов в такие учреждения могут органы и учреждения здравоохранения и социального обеспечения; их коечная мощность может составлять до 30% общей.

В настоящее время международный стандарт определяет оптимальный размер больницы общего типа в 400–300 коек, что дает возможность развернуть больничные койки по 5–7 основным специальностям и улучшает управление ими.

11.4. Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь (СМП), в том числе скорая специализированная (санитарно-авиационная), является одним из видов медицинской помощи. Она оказывается гражданам безотлагательно при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления и другие заболевания). Оказывается СМП специальными учреждениями и подразделениями скорой помощи.

Структура СМП включает: станции СМП, подстанции СМП, больницы СМП, отделения СМП в составе многопрофильных больниц. Станции СМП создают как самостоятельные ЛПУ в городах с численностью населения более 50 тыс. человек. В городах свыше 100 тыс. человек организуют подстанции СМП в зоне 20-минутной транспортной доступности. В населенных пунктах с численностью

населения менее 50 тыс. человек создают отделения СМП в составе центральных районных, городских и других больниц.

Станция СМП (подстанция, отделение) — это специализированная МО, которая функционирует в режиме повседневной работы. Основная функция этой МО — оказание СМП и транспортировка при необходимости пациента в больничную МО; при возникновении чрезвычайных ситуаций — проведение эвакуационных мероприятий и участие в медико-санитарных мероприятиях. Возглавляет станцию главный врач, подстанцию — заведующий отделением. Примерная структура организации станции СМП:

- администрация;
- выездные бригады;
- оперативный (диспетчерский отдел).

Выездная бригада может быть фельдшерской (2 фельдшера, санитар и водитель) или врачебной (врач, 2 фельдшера либо фельдшер или медицинская сестра-анестезист, санитар, водитель). Существуют общепрофильные и специализированные бригады СМП (травматологические, кардиологические, нейрореанимационные и др.). Функции врача СМП:

- обеспечение доезда бригады в установленные сроки на место вызова;
- оказание экстренной помощи в соответствии с установленными стандартами;
- обеспечение транспортировки пациента с одновременным проведением интенсивных мероприятий;
- информирование администрации о чрезвычайных происшествиях, возникших в период выполнения вызовов;
- обеспечение правил эпидемиологической безопасности;
- остановка по требованию сотрудников МВД для оказания медицинской помощи;
- осуществление контроля за укомплектованностью бригады соответствующими ЛС и другим оснащением в соответствии с табелем оснащения.

Диспетчерский отдел обеспечивает круглосуточный прием вызовов, своевременное направление бригад СМП к месту вызова, оперативно управляет их работой.

Дальнейшее совершенствование работы службы СМП предусматривает четкое разграничение между скорой и неотложной по-

мощью. Например, сегодня более 30% вызовов СМП не требуют экстренного врачебного вмешательства и связаны с обострениями хронических заболеваний или острыми заболеваниями, лечение которых может быть отсрочено и выполняться в условиях отделения неотложной помощи АПУ. Также в ряде субъектов РФ проводится пилотный проект, который предусматривает продолжение оказания скорой медицинской помощи врачами скорой помощи и в специальных отделениях многопрофильных больниц.

Статистическая отчетность учреждений СМП:

- журнал записи вызовов;
- карта вызовов;
- сопроводительный лист станции СМП с талоном к нему;
- дневник работы станции.

11.5. Стоматологическая помощь

Стоматологическая медицинская помощь оказывается в государственных и муниципальных АПУ; это — стоматологические поликлиники для взрослых и детей, стоматологические отделения в составе многопрофильных больниц, стоматологические кабинеты в поликлиниках, женских консультациях и в образовательных учреждениях. Все эти учреждения оказывают как бесплатную медицинскую помощь по ПГГ, так и платные услуги населению. Сегодня в РФ наряду с государственным сектором существует сеть частных стоматологических клиник, которые оказывают услуги только за плату. Структура типовой стоматологической поликлиники:

- администрация;
- административно-хозяйственная часть;
- регистратура;
- лечебные подразделения: терапевтическое, хирургическое, ортопедическое, ортодонтический и пародонтологический кабинеты, операционная и кабинет неотложной помощи;
- диагностические подразделения: рентгенологический кабинет, зуботехническая лаборатория, физиотерапевтическое отделение.

Стационарную помощь стоматологические больные получают в отделениях челюстно-лицевой хирургии многопрофильных больниц.

11.6. Реабилитационная медицинская помощь, санаторно-курортное лечение

Медицинская реабилитация направлена на полное (или частичное) восстановление нарушенных или компенсацию утраченных функций организма вследствие острого или обострения хронического заболевания, а также на предупреждение возможных осложнений хронических заболеваний и инвалидизации пациента. Медицинская реабилитация осуществляется с помощью комплексного лечения, которое включает применение природных лечебных методик, лекарственной терапии, физиотерапевтических методов и др. Реабилитационное лечение может осуществляться в специальных отделениях амбулаторных и больничных учреждений, центрах восстановительной медицины, а также в санаториях.

Санаторно-курортное лечение является одним из направлений медицинской реабилитации и применяется для оздоровления организма (первичной профилактики заболеваний). В основном оно строится на использовании природных лечебных факторов: климат, минеральные воды, грязелечение. Санаторно-курортный комплекс в РФ не имеет аналогов в мире по своим уникальным климатическим и природным факторам. В зависимости от профиля санаторно-курортные организации (СКО) подразделяются на санатории для лечения больных туберкулезом, болезнями системы кровообращения, органов дыхания, болезней пищеварения и др.

Всего в РФ в 2008 г. функционировало около 2,1 тыс. санаторно-курортных организаций на 450 тыс. коек, в которых ежегодно оздоравливаются около 6,7 млн человек. Координацию деятельности СКО осуществляет Минздравсоцразвития РФ. Однако недостаточное финансирование санаторно-курортного лечения по государственным программам привело к тому, что ряд граждан получают помощь за счет собственных средств. Недостаточное обеспечение государственным и муниципальным заказом этих учреждений способствовало тому, что материально-техническая база многих из них обветшала, а часть СКО была передана в частные руки.

На санаторно-курортное лечение пациента направляет лечащий врач в соответствии с определенными показаниями. Перед

направлением на указанное лечение важно установить противопоказания, которые могут препятствовать получению определенных видов этого лечения.

11.7. Особенности организации медицинской помощи в сельской местности

Доля сельских жителей в России в 2008 г. составила 27%. Принципиальных отличий в организации медицинской помощи жителям сельской местности нет, но есть особенности, обусловленные сельским трудом и бытом: прежде всего значительно меньшая, чем в городе, плотность населения, сезонный характер труда, неудовлетворительное 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 — центральная районная больница (ЦРБ); на 3-м — 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 ПМСП и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий; ЦРБ — оказание специализированной помощи по основным ее видам; областной больницы — оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи по всем видам.

1-й этап в системе медицинского обслуживания сельского населения — это сельский врачебный участок.

В состав сельского врачебного участка, помимо сельской участковой больницы или самостоятельной врачебной амбулатории, входят **фельдшерско-акушерские пункты** (ФАП), колхозные родильные дома, сезонные и постоянные ясли, фельдшерские здравпункты при промышленных предприятиях и промыслах. Сеть этих учреждений строится с учетом 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 ЦРБ. Средняя численность населения на врачебном участке колеблется в пределах 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 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, — ФАП. Он играет важную роль в общей системе медицинской помощи сельскому населению. ФАП 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 ФАП — 700 человек и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения не менее 5 км. Если расстояние до ближайшего медицинского учреждения превышает 7 км, то ФАП можно организовать в населенных пунктах с числом жителей 300–500.

Основными задачами ФАП 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 ФАП, утвержденное еще в 1981 г. приказом Минздрава СССР № 1000, в соответствии с которым в задачи пункта входят:

- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- контроль за своевременным и в полном объеме выполнением пациентом назначений врача;
- организация патронажа детей и беременных;
- систематическое наблюдение за состоянием здоровья инвалидов войн и других граждан;
- проведение под руководством врача профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий по снижению заболеваемости, прежде всего инфекционной и паразитарной, сельскохозяйственного и бытового травматизма;
- выполнение мероприятий по снижению детской и материнской смертности.

Осуществляя профилактическую работу, медицинские работники ФАП осуществляют следующие функции:

- 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.

Следующим 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. Средняя мощность участковых больниц составляет примерно 35 коек. Различают 4 категории сельских участковых больниц:

- I категории — на 75–100 коек; это должны быть специализированные койки по терапии, хирургии, акушерству, педиатрии, инфекционным болезням, туберкулезу. Как правило, такие больницы оснащены клинико-диагностическим оборудованием;
- II категории — на 50–75 коек; в таких больницах должны быть койки по терапии, хирургии, педиатрии, акушерству, инфекционным болезням;
- III категории — на 35–50 коек; здесь должны быть койки по терапии для взрослых и детей, хирургии, акушерству и инфекционным болезням;
- IV категории — на 25–35 коек; это должны быть койки по терапии, хирургии и акушерству.

Так, за последние 12 лет обеспеченность коечным фондом сельского населения уменьшилась на 36% (с 71,5 в 1995 г. до 51,9 в 2007 г. в расчете на 10 тыс. населения). Произошло это преимущественно за счет сокращения числа коек в районных и участковых больницах.

При сельской участковой больнице на правах отделения должна быть передвижная амбулатория — для приближения квалифицированной врачебной помощи населению, что особенно важно

в условиях российской действительности (бездорожье, распутица, отдаленность медицинских учреждений от населенных пунктов). Следует отметить, что в последние годы большинство сельских участковых больниц из-за отсутствия медицинских кадров и недостаточного финансирования, а также снижения численности сельского населения закрываются, больничная помощь переносится на районный и межрайонный уровень. Так, с 1995 по 2008 г. число сельских участковых больниц сократилось с 5,4 до 1,4 тыс. учреждений. Все это значительно снижает доступность специализированной медицинской помощи для жителей отдаленных сельских поселений.

Врачи участковых больниц ведут также амбулаторный прием взрослых и детей, оказывают помощь на дому и неотложную помощь. Врач на селе должен быть врачом общей врачебной практики (семейным врачом), продолжателем традиций земского врача.

Можно выделить следующие особенности в организации медицинской 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;
- у врача выделяется 1 профилактический день в неделю;
- дежурство врача в стационаре предусматривает право пребывания дома с обязательной информацией персонала о своем местонахождении на случай необходимости оказания неотложной помощи.

2-й этап медицинской помощи сельским жителям — районные учреждения здравоохранения: ЦРБ; номерные районные больницы; районный санэпидцентр; противотуберкулезный диспансер; МСЧ и др. Районные медицинские учреждения находятся, как правило, в районном центре (городе или селе).

Основным звеном в системе организации медицинской помощи сельским жителям является **ЦРБ**, в которой оказываются основные

виды специализированной помощи жителям всего района и 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 КМП и улучшению здоровья населения.

Существует 6 категорий ЦРБ по мощности — от 400 до 100 коек. Средняя коечная мощность ЦРБ, расположенных в поселках городского типа, составляет примерно 270 коек, 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 (расположенном вокруг ЦРБ) сельской участковой больницы нет (в ней нет необходимости, поскольку ее функции выполняет сама ЦРБ).

Главный врач ЦРБ является одновременно и главным врачом района. Он:

- 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 организационно-методическим кабинетом ЦРБ), по детству и родовспоможению, по медицинской части.

При главном враче ЦРБ работает медицинский совет, который 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.).

Организационно-методическое руководство учреждениями здравоохранения района обеспечивает организационно-методический кабинет, который осуществляет плановые выезды врачей-специалистов в сельские участковые больницы для консультаций и помощи в лечебно-диагностической и профилактической работе, а также изучения основных качественных показателей работы медицинских учреждений района (уровень заболеваемости, летальности, общей и детской смертности, расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов), разработки мер по повышению КМП и квалификации медицинского персонала.

С целью повышения квалификации врачей района на базе ЦРБ проводятся клинико-анатомические конференции, семинары, совещания, лекции и доклады силами районных и областных специалистов, что позволяет врачам знакомиться с новыми методами работы лучших МО области, региона. Специализация и повышение квалификации средних медицинских работников ФАП проходят, как правило, также на базе ЦРБ.

Больничная помощь сельскому населению в ЦРБ оказывается по 10–15 специальностям. На базе ЦРБ сегодня организуют **межрайонные специализированные отделения** (по офтальмологии, ортопедо- и травматологии, оториноларингологии, урологии, неврологии и др.). Необходимость в таких отделениях возникает, если в ЦРБ соседних районов нет возможности оказать соответствующую помощь или, например, ЦРБ там вообще отсутствует.

Приоритетным направлением в развитии сельского здравоохранения является совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе организация передвижной медицинской помощи: выездных врачебных бригад, передвижных стомато-

логических кабинетов и зубопротезных лабораторий и др. Сельские учреждения должны быть укомплектованы санитарным транспортом повышенной проходимости, телефонной связью, радиосвязью, а самое главное — медицинскими кадрами. Для обеспечения сельских МО квалифицированными медицинскими кадрами требуются специальные дополнительные надбавки к заработной плате для медицинских работников и социальные льготы, в том числе строительство социального благоустроенного жилья.

3-й этап медицинской помощи сельским жителям — региональные учреждения здравоохранения, расположенные в областном центре (краевом, республиканском). Основное учреждение на этом этапе — **областная больница (республиканская, краевая)**, выполняющая следующие основные функции:

- обеспечение населения области в полном объеме специализированной, в том числе высокотехнологичной, и консультативной медицинской помощью в амбулаторных и стационарных условиях;
- организационно-методическая помощь МО (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 статистического учета и отчетности ЛПУ региона;
- анализ и управление КМП, 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 учреждений 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;
- организационно-методический отдел с отделением медицинской статистики;
- отделение экстренной и планово-консультативной помощи.

При главном враче или при организационно-методическом отделе подчас организуются так называемые оперативные отделы, которые берут на себя значительную часть административно-хозяйственной деятельности, а также отделы (группы) управления КМП — они организуют внутриведомственный контроль и повседневную работу по соблюдению стандартов и требований качества в стационаре и поликлинике (см. главу 12).

При областной больнице должен быть **пансионат** (гостиница) 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 также общежитие для медицинских работников, приезжающих на конференции, семинары, курсы повышения квалификации и т.д. **Стационар** областной больницы имеет структуру, близкую к многопрофильной городской больнице (см. раздел 11.2).

Консультативная поликлиника должна быть укомплектована опытными высококвалифицированными врачами-специалистами, контролирующими больных из ЛПУ области с целью уточне-

ния диагноза, определения дальнейшего лечения и необходимости госпитализации.

Для планирования работы консультативной поликлиники в ЛПУ области рассылают определенное число путевок в соответствии с пропускной способностью поликлиники, что позволяет восполнить недостаток в специализированной медицинской помощи в районах.

Направляемые в консультативную поликлинику больные во избежание задержки в областном центре должны быть максимально полно обследованы на месте и иметь результаты исследований на руках. Если состояние больного не позволяет перевезти его в областной центр, консультант областной больницы выезжает по вызову районных специалистов.

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 осуществляется через приемное отделение.

Медицинское заключение консультативной поликлиники с указанием диагноза заболевания, проведенного лечения и дальнейших рекомендаций направляется в соответствующее ЛПУ района.

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 ее пределы, срочную доставку 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 выполнения перечисленных функций отделение обеспечивается санитарным транспортом (наземным и санитарной авиацией), специальными хирургическими, гинекологическими наборами, наборами для переливания крови и др.

Организационно-методический отдел является структурной частью областной больницы; он подчиняется непосредственно главному врачу, служит базой областной администрации здравоохранения по внедрению в практику передовых организационных форм и методов работы учреждений здравоохранения области. 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. Организационно-методический отдел 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; в их повестке дня получают отражение пожелания руководителей и врачей ЛПУ области.

11.8. Особенности организации медицинской помощи женщинам

История развития медицинской помощи женщинам и детям и нормативно-правовая база защиты прав материнства и детства

Большая роль в сохранении и приумножении здоровья женщин и детей отводится специально созданной структуре в системе здравоохранения — системе охраны материнства и детства. 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.

В послевоенный период среди основных законодательных положений по охране материнства, младенчества и детства особого внимания заслуживают указы «Об отмене запрещения абортов» (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.

Не меньшее значение для материального поощрения материнства имело постановление Совета Министров СССР от 26.07.1973 г. «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. 31.03.1981 г. было 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 с 1989 г. — до 3 лет. Указанный дополнительный отпуск засчитывали в общий и непрерывный стаж, а также в стаж работы по специальности.

В 1989 г. Правительством СССР было принято постановление, согласно которому продолжительность частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком увеличилась до достижения им возраста 1,5 года.

В Конституции РФ имеется специальная статья, посвященная охране семьи, материнства и детства (ст. 38); в Основах законодательства об охране здоровья граждан в ст. 22–24 изложены вопросы, касающиеся сохранения и укрепления здоровья семей, матерей и детей.

Мероприятия по защите здоровья детей и подростков продолжились и после распада Советского Союза. Так, Указом Президента Российской Федерации от 18.08.1994 г. утверждена целевая программа «Дети России», включающая 6 программ: «Дети Чернобыля», «Индустрия детского питания», «Дети Севера», «Планирование семьи», «Дети-инвалиды», «Дети-сироты». В 1993 г. была разработана и утверждена федеральная программа «Вакцинопрофилактика», а в соответствии с Указом Президента РФ целевая государственная программа «Безопасное материнство». В 1996 г. приняты постановление Правительства РФ «О плане действий по улучшению положения детей в РФ» и национальный план действий по улучшению положения женщин.

Сегодня размер единовременного пособия при рождении ребенка составляет около 11 тыс. руб., ежемесячное пособие по уходу за первым ребенком до 3 лет составляет около 2 тыс. руб.; по уходу за вторым ребенком — около 4 тыс. руб. Введен «материнский капитал» при рождении или усыновлении 2-го и последующих детей в размере 343 тыс. руб.

Кроме федеральных программ, которые имеют статус государственных, в стране реализуются отраслевые программы по развитию неонатологической службы, гинекологической помощи населению, совершенствованию системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях и домах ребенка, по развитию медико-генетической службы в стране, а также территориальные программы по охране материнства и детства. В соответствии с этими программами создаются перинатальные центры, центры планирования семьи и др.

Организационная структура медицинской помощи женщинам и детям

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. В настоящее время более чем в 30 вузах Российской Федерации имеются педиатрические факультеты. Число педиатров в РФ в 2008 г. составило почти 70 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 около 15 тыс. таких учреждений. В 2008 г. в стационарах было более 190 тыс. коек для детей с заболеваниями всех профилей, или более 91 койки на 10 тыс. детского населения (0–14 лет); коек для беременных и рожениц было 80 тыс., или 21,2 на 10 тыс. женщин в возрасте 15–49 лет; гинекологических коек — 72 тыс., или 9,5 на 10 тыс. женского населения.

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 (самая многочисленная их группа амбулаторно-поликлинические и стационарные учреждения), оздоровительные и воспитательные.

Женская консультация

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 МСЧ (10%). Примерно 8% женских консультаций находятся в составе объединенного **родильного дома**. Самостоятельные женские консультации составляют не более 1–2%.

Работа женской консультации, 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. Для развития акушерско-гинекологической помощи большое значение имеют совершенствование лабораторно-диагностической службы, создание 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. Не меньшее значение имеет вторичная профилактика, предусматривающая раннее выявление заболеваний, соответствующее лечение и реабилитацию.

Существенную часть профилактической работы участкового акушера-гинеколога составляет наблюдение за женщинами в период беременности и в течение 1,5–2 лет после родов. Раннее обращение к врачу при наступлении беременности (не позже 12 нед) позволяет провести 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 или с низкой массой тела детей.

Существенное значение в предотвращении 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, на которых впервые выявляют до 70% различных гинекологических заболеваний. Однако с профилактической целью обращаются не более 30% женщин.

Стационарная медицинская помощь роженицам оказывается в акушерских или акушерско-гинекологических отделениях объединенного родильного дома либо многопрофильной больницы. В последние годы в крупных городах появились специализированные родильные дома

для женщин с невынашиванием беременности и с различными соматическими заболеваниями.

Особое внимание уделяется работе приемного отделения. Во-первых, прием гинекологических больных и беременных необходимо проводить раздельно 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. Оправданна организация 2 родильных отделений: физиологического (палаты не больше чем на 4 койки) и обсервационного (палаты на 1–2 койки). Отделения для новорожденных оборудуют при физиологическом и обсервационном родильных отделениях.

Чтобы избежать внутрибольничных инфекций, в родильном доме имеют значение не только правильная работа приемного отделения, но и соблюдение соответствующего санитарно-гигиенического режима. Так, в родильных отделениях палаты заполняют единовременно, 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 указанные отделения могут дифференцироваться по профилю заболеваний. Для рационального использования коечного фонда, сокращения необоснованного пребывания женщин в стационаре все госпитализированные должны быть максимально обследованы в женской консультации и при поступлении иметь подробную выписку из амбулаторной карты; а при выписке они должны получить подробные рекомендации по дальнейшему наблюдению в женской консультации.

11.9. Особенности организации медицинской помощи детям

Детская поликлиника

ПМСП и специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях детскому населению оказывает детская поликлиника, которая может быть самостоятельной или структурным подразделением объединенной детской больницы. 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 обычно не более 700–800 детей от рождения до 14 лет включительно. Несмотря на значительное увеличение объема специализированной помощи в детской поликлинике (хирург, ортопед-травматолог, отоларинголог, психоневролог, офтальмолог, аллерголог и др.), ведущей фигурой остается **участковый педиатр**, на которого приходится более 60% всех посещений в поликлинике и более 90% всех посещений ребенка на дому.

В задачи участкового педиатра, кроме оказания лечебной помощи, входит профилактическая работа со здоровыми детьми и детьми с хронической патологией, а также нуждающимися в диспансерном наблюдении. Участковый педиатр должен знать особенности развития и формирования здорового ребенка, условия воспитания здорового ребенка, вопросы профилактики заболеваний и неблагоприятного их течения, особенно в раннем возрасте, роль и значение условий и образа жизни семьи в формировании здорового образа жизни. 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 новорожденными, особенно при наличии факторов риска.

Профилактическая работа в детской поликлинике со здоровыми детьми включает в себя профилактические осмотры участковым педиатром, с рекомендациями родителям по питанию, уходу за детьми, их физическому воспитанию, закаливанию; осмотры врачами-специалистами; проведение лабораторно-диагностического обследования и профилактических прививок.

Комплексные медицинские осмотры дают возможность выявить заболевание на ранней стадии, своевременно провести лечение и соответственно предотвратить развитие хронического процесса.

По результатам комплексных медицинских осмотров определяется группа здоровья у каждого ребенка. Особое внимание должно быть уделено часто (4 заболевания в год и более) и длительно (более 40 дней в году) болеющим детям, поскольку у них чаще развиваются различные хронические заболевания. Дети 3–5-й групп здоровья, имеющие хроническое заболевание различной стадии компенсации, находятся под диспансерным наблюдением педиатра и соответствующих врачей-специалистов (см. также раздел 6.3).

Профилактическая работа как со здоровыми, так и с больными детьми включает в себя санитарно-просветительную деятельность, гигиеническое воспитание, эффективность которых в значительной мере определяются наглядностью и убедительностью. Санитарно-просветительные беседы проводятся и на приеме 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.

В 1952–1953 гг. в нашей стране была введена работа врача по системе «единого педиатра», когда 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 опытная медсестра. При опросе она выясняет состояние здоровья ребен-

ка и причины посещения им поликлиники, осматривает его кожу и зев, при необходимости осуществляет термометрию и 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 устанавливают 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; на 300 детей, обучающихся во вспомогательных школах. Одна должность медицинской сестры предусмотрена 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 находится кабинет заведующего школьно-дошкольным учреждением. К сожалению, низкая заработная плата медицинских работников не позволяет укомплектовать штаты детской поликлиники и соответственно обеспечить полноценную работу медицинского персонала в школьных и дошкольных учреждениях.

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 медицинской сестры или посещения медицинской сестрой 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» — ВОП, который наблюдает за здоровьем всех членов семьи — детей и взрослых.

Детские больницы

Эти 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), которые, в свою очередь, подразделяются на отделения по возрасту до 3 лет и по полу среди детей старше 3 лет. Кроме того, в больнице имеются лабораторно-диагностическая служба, патолого-анатомическое отделение.

Приемное отделение в детских больницах состоит из приемно-смотровых боксов, число которых должно составлять 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 для детей до 1 года на 1–2 койки, а для более старших детей — не более чем на 4 койки.

Не меньшее внимание в детских больницах должно уделяться питанию; 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 (особенно первых 2–3 лет жизни) вместе с матерями.

В процессе реформирования здравоохранения РФ сокращается число 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 подобные учреждения 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 тех 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 их адаптацию;
- проводить лабораторно-диагностическое обследование детей;
- осуществлять постоянный медицинский контроль за состоянием здоровья, физическим и нервно-психическим развитием детей;
- 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 большое внимание уделять профилактике тяжело протекающей адаптации к дошкольному учреждению.

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. ФАП обеспечивают амбулаторно-поликлиническую помощь в основном беременным и детям первых лет жизни. В этих учреждениях работают фельдшер или патронажная медицинская сестра. В стационар сельской участковой больницы госпитализируют в основном детей с легкими формами заболевания; в тяжелых случаях помощь оказывают в ЦРБ (маломощные сельские участковые больницы недостаточно обеспечены врачами-педиатрами, и помощь детям нередко оказывает терапевт).

На 2-м этапе медицинская помощь детям всего района оказывается в ЦРБ. Работой больницы руководит районный педиатр, а в крупных районах вводится должность заместителя главного врача по детству и родовспоможению. В соответствии с рекомендациями специалистов в ЦРБ 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 (**3-й этап**).

На педиатров и акушеров областного центра, кроме обеспечения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, возлагаются функции кураторов проведения организационно-методической и лечебно-консультативной работы в сельских районах.

Одной из важных и 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, но при ряде поликлиник они не сохранились.

11.10. Организация медицинской помощи работникам крупных предприятий и профессиональная заболеваемость в РФ

Медицинское обслуживание работников промышленных предприятий раньше являлось дополнительной формой лечебно-профилактической помощи населению страны. К сожалению, сегодня мощности производственной медицины значительно сокращены, тем не менее врачу важно представлять, как она была организована. На некоторых крупных производствах — ОАО «РЖД», ОАО «Газпром» — производственная медицина сохранилась и по сей день. В условиях реформирования отечественного здравоохранения и внедрения медицинского страхования производственная медицина должна оставаться важной формой организации медицинской помощи рабочим и служащим.

Медицинская помощь работникам промышленных предприятий обеспечивалась как медицинскими учреждениями в районе проживания (больницами, поликлиниками, диспансерами, женскими консультациями и др.), так и специальными учреждениями — МСЧ, здравпунктами (врачебными и фельдшерскими), расположенными на территории предприятий или в непосредственной близости от них. Эти учреждения здравоохранения приближают медицинскую помощь к рабочим местам. Всю лечебно-оздоровительную работу МСЧ проводит на предприятии.

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 (18.12.1929 г.), когда на промышленных предприятиях стали организовываться здравпункты, МСЧ. Интенсивное развитие МСЧ произошло в период Великой Отечественной войны и в послевоенный период.

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.

МСЧ могут быть закрытого или открытого типа — в зависимости от того, какой контингент они обслуживают: только работников данного предприятия (закрытая МСЧ) или также их семьи и население близлежащих участков (открытая МСЧ).

Все МСЧ сегодня делят на 4 группы.

1-я группа — МСЧ федерального и ведомственного подчинения (системы бывшего «3-го Главка МЗ РФ», Министерства путей сообщения — МПС, Министерства внутренних дел — МВД и др.). Их имущество является государственной (федеральной) собственностью, а деятельность в большей части финансируется из госбюджета.

2-я группа — открытые МСЧ, 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 — МСЧ открытого типа, являющиеся собственностью субъекта федерации или муниципальной собственностью, находящиеся на балансе неприватизированных (неакционированных) предприятий. Эти МСЧ 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, МСЧ закрытого типа, принадлежащие приватизированным предприятиям. Им, как правило, не удается подключиться к системе ОМС, а следовательно, их финансирование полностью обеспечивают предприятия.

В последние годы, как уже было отмечено, происходит структурная и функциональная реорганизация МСЧ в большинстве случаев в территориальные ЛПУ, сокращаются их численность, а также численность цеховых врачебных участков, врачебных и фельдшерских здравпунктов.

Основные задачи и функции МСЧ

1. Оказание квалифицированной ПМСП и специализированной медицинской помощи прикрепленному контингенту с целью

снижения общей и профессиональной заболеваемости, производственного травматизма, трудопотерь по болезни и инвалидности.

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 МСЧ устанавливаются главным врачом по согласованию с учредителем предприятия. Финансирование МСЧ осуществляется из средств предприятия-учредителя, государственного бюджета, ТФОМС, из средств, полученных при оказании платных медицинских услуг населению, и др.

Деятельность МСЧ 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 МСЧ ведет учет и представляет отчеты о своей деятельности по формам и в сроки, установленные Минздравсоцразвития России.

МСЧ 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 эту должность 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 заключенного с администрацией предприятия контракта.

Если предприятие (несколько предприятий) обслуживается 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 МСЧ, 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 и связанные с ним неблагоприятные факторы, а также вопросы профессиональной патологии. Другая особенность организации его работы в том, что он, например, не оказывает помощи на дому, поэтому очень важна его связь с участковым врачом территориальной поликлиники (с целью 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 МСЧ и при экспертизе трудоспособности;
- профилактическая работа в цехе;
- предупреждение и снижение травматизма;
- профилактические осмотры и диспансеризация здоровых работающих на участке, лиц с хроническими заболеваниями, 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 в контакте с сотрудниками здравпункта и руководством цеха изучает условия труда работающих на участке, выявляет профессиональные вредности, ведет постоянное наблюдение за рабочими местами.

Цеховой врач проводит большую профилактическую работу: он обращает внимание на санитарно-гигиеническое состояние цеха,

на соблюдение рабочими питьевого режима (особенно в горячих цехах), состояние вентиляции в цехе, интересуется организацией питания, занимается профилактикой производственного травматизма. Снижению травматизма способствует:

- контроль за соблюдением рабочими правил промышленной санитарии, рациональной организацией труда, обучение рабочих правилам безопасности 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-просветительная работа.

Важным разделом деятельности цехового врача является проведение диспансеризации работающих. Диспансерному наблюдению подлежат здоровые (рабочие-подростки, беременные, 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. К последней группе относятся перенесшие в год 4 этиологически однородных заболевания и более или имевшие 40 дней нетрудоспособности и более, а также имевшие 6 этиологически разнородных заболеваний и более или 60 и более дней нетрудоспособности по поводу разных заболеваний. Чтобы своевременно выявить длительно и часто болеющих, цеховому врачу надо 1 раз в месяц просматривать карты полицевого учета временной нетрудоспособности рабочих своего участка.

Цеховой врач активно участвует в составлении единого комплексного плана оздоровительных мероприятий, внося предложения, разработанные на основе анализа временной нетрудоспособности. Такой план составляется на год администрацией предприятия, МСЧ, санэпидстанцией, отделом техники безопасности, профсоюзной организацией и включает мероприятия по 4 разделам: санитарно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, организационно-массовые.

Здравпункты. Для приближения медицинской помощи к работникам промышленных предприятий организуются здравпункты, входящие в структуру либо промышленного предприятия, либо МСЧ, либо территориальной поликлиники.

При промышленных предприятиях, расположенных на расстоянии более 4 км от других с численностью работников не менее 1200 на каждом (или на нескольких рядом расположенных), организуются врачебные, а с численностью не менее 500 работников — фельдшерские здравпункты.

Здравпункты подлежат лицензированию на общих основаниях. Они размещаются в помещении, предоставленном предприятием (учебным заведением); оно же обеспечивает 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 — фельдшер или медицинская сестра.

Функции врачебного 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 хронических 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 врачам-специалистам, оформление по результатам осмотров заключений о профессиональной пригодности или об изменении

трудовой деятельности (временном или постоянном переводе на другую работу);
- разработка и проведение совместно с администрацией предприятия (учебного заведения) и органами санэпиднадзора оздоровительных и противоэпидемических мероприятий;
- экспертиза временной нетрудоспособности в установленном порядке.

Центры профпатологии

Приказом органа управления здравоохранением субъекта федерации либо ведомства создается центр профпатологии на базе МСЧ, или на базе республиканской (краевой, областной, окружной, городской) больницы, или клиники научно-исследовательского института.

Основная задача центра — 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.

Профессиональная заболеваемость в РФ

В последние годы, в связи с переходом большинства предприятий в частные руки, мощности производственной медицины в РФ значительно уменьшились, что привело к ухудшению показателей здоровья работников. Численность больных с профессиональными заболеваниями (установленными впервые) резко выросла в 1990–1995 гг.; затем наблюдалось ее снижение. В 2008 г. уровень профессиональной заболеваемости соответствует 1980 г. и составляет 1,47 случая на 10 тыс. работающих (или 5,1 на 100 тыс. населения). Но хотя этот показатель ниже, чем в большинстве стран ЕС, он не свидетельствует о благополучном положении, поскольку большинство случаев профессиональной заболеваемости в нашей стране не выявляются и (или) не связываются с профессиональными вредностями. Неблагополучие в сфере производственного травматизма и профессиональных заболеваний отмечено также в докладе Минздравсоцразвития России «О реализации государственной политики в области охраны труда в Российской Федерации в 2008 г.» (см. также раздел 3.6, стр. 135).

11.11. Лучшая модель организации медицинской помощи населению

Сегодня практически во всем мире признано, что лучшая модель организации медицинской помощи — та, в которой акцент сделан на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) и координацию медицинской помощи врачами первичного звена. Доказано, что хорошо развитая ПМСП в амбулаторных условиях способствует снижению смертности и заболеваемости населения. В отличие от специализированной медицинской помощи, она способствует ликвидации неравенства в показателях здоровья разных групп населения. Более того, ПМСП является наиболее экономически эффективным вложением средств в здравоохранение.

С этой точки зрения лучшая модель организации медицинской помощи была в Советском Союзе — стройная, простая, понятная для населения и медицинских работников: участковый (территориальный) принцип прикрепления населения к врачу или фельдшеру первичного звена; четкие этапы и уровни в движении больных; координация медицинской помощи участковыми врачами. Одно из лучших достижений в организации советской медицины — это поликлиники, где пациенты в одном месте могли получать интегрированную медицинскую помощь: прием у участковых врачей, консультации специалистов, диагностические обследования. Медицинская помощь, оказываемая пациентам в поликлиниках, была комплексной и включала профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, неотложную медицинскую помощь, реабилитацию и восстановление. Важнейшим достижением советской медицины является также наличие самостоятельной педиатрической службы. Растущий детский организм существенно отличается от взрослого и соответственно требует других подходов в диагностике и лечении, других знаний врача и другой его подготовки. Участковые врачи-педиатры и участковые врачи-терапевты наблюдали прикрепленных пациентов долгие годы, поэтому обоснованно можно считать, что оказываемая ими медицинская помощь была ориентирована на пациента и даже частично на его семью.

Именно таких характеристик ПМСП (после долгих лет индивидуальной работы ВОП и семейных врачей, а также свободного выбора пациентом врача первичного звена) добиваются сегодня наши

зарубежные коллеги: интегрированность, комплексность, ориентированность на пациента, координация медицинской помощи на уровне врача первичного звена. Для реализации характеристик интегрированности и комплексности медицинской помощи населению за рубежом врачи объединяются в междисциплинарные бригады, практики, ассоциации, фонды (Великобритания, Новая Зеландия, Австралия). В США правительство активно пропагандирует и поддерживает создание «медицинских домов». Медицинские дома — координация медицинской помощи пациентам, акцент на первичную профилактику и управление хроническими заболеваниями, наблюдение за пациентом после выписки из стационара. Координация осуществляется, в том числе благодаря внедрению электронных историй болезней. Для обеспечения деятельности этих команд предусмотрены методы оплаты, мотивирующие врачей заниматься профилактикой заболеваний и координацией медицинской помощи (метод оплаты смешанный: подушевой + за услуги и оплата за результат). Оплата «медицинских домов» включена в большинство программ государственного и добровольного страхования. Во многих таких объединениях дополнительными медицинскими работниками являются психотерапевты и медико-социальные работники (США, Австралия, Новая Зеландия), консультанты по вопросам психического здоровья (Великобритания).

Многие из этих зарубежных тенденций сегодня полезны и для нашей страны. Например, актуально расширение обязанностей участковых врачей (и соответственно их обучение) по следующим направлениям: оказание неотложной помощи и интенсивное лечение пациентов, самостоятельное проведение сложных диагностических исследований (например, фиброскопии), что особенно важно для врачей, работающих в отдаленных районах. Многие функции врачей первичного контакта по наблюдению за пациентами и управлению хроническими заболеваниями передаются специально обученным медицинским сестрам, в том числе по патронажу пациентов. Большинство врачебных практик в странах ОЭСР (76%) обеспечивают круглосуточную помощь населению — 24 ч и 7 дней в неделю. При этом общая нагрузка по консультациям пациентов, приходящаяся на ВОП и на специалистов в амбулаторных условиях, составляет в среднем 10 пациентов в день (при расчете на 250 рабочих дней в год); это гораздо меньше той нагрузки, которую несут сегодня

в РФ участковые врачи и ВОП (30 консультаций в день). Сокращение нагрузки позволяет оказывать более полный объем медицинской помощи пациентам.

Для облегчения наблюдения за больными и координации медицинской помощи пациентам государство способствует информатизации работы врачей первичного звена. Например, в Нидерландах, Новой Зеландии, Великобритании, Австралии более 80% врачей пользуются электронными историями болезней.

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные принципы работы АПУ.
2. Перечислите функции участкового врача.
3. Опишите структуру типовой поликлиники.
4. Как рассчитывается показатель функции врачебной должности?
5. Опишите структуру типовой больницы.
6. Какие факторы влияют на изменение организации медицинской помощи в современных условиях?
7. Опишите структуру службы скорой помощи.
8. Опишите этапы оказания медицинской помощи сельским жителям.
9. Опишите структуру и этапы оказания медицинской помощи женщинам.
10. В чем состоят особенности оказания медицинской помощи детям?
11. Перечислите задачи и функции МСЧ.
12. Перечислите плюсы и минусы организации медицинской помощи по модели Н.А. Семашко.

ГЛАВА 12
Управление качеством медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

12.1. Основные понятия и определения

Под **качеством медицинской помощи (КМП)** подразумевают степень соответствия медицинской помощи установленным стандартам ее оказания, требованиям и правилам, потребностям и ожиданиям пациентов, а также степень, в которой она способствует улучшению показателей здоровья населения.

Управление качеством (рис. 12.1) — включает планирование показателей КМП (т.е. ожидаемых результатов); создание условий для достижения этих результатов; контроль фактически полученных результатов, а также реализацию мер по дальнейшему улучшению КМП.

Структурируют КМП по следующим **критериям** (т.е. наиболее общим характеристикам КМП): адекватность, доступность, преемственность, безопасность, своевременность, эффективность, ориентированность на пациента, т.е. способность удовлетворить его нужды и ожидания, и др. Для каждого критерия разрабатываются **показатели (индикаторы)**, по которым оценивается качество. Для каждого показателя устанавливают **целевое значение**, например, с учетом лучшего значения, достигнутого в стране/регионе или запланированного правительством.

Цель политики по улучшению качества — получить, возможно, лучший результат при каждом заданном уровне финансирования и материально-технического обеспечения здравоохранения. Управление КМП касается как результатов лечения конкретного

Рис. 12.1. Этапы управления КМП

пациента, так и достижения целей по улучшению здоровья населения в целом и может происходить на всех уровнях системы здравоохранения: на макро-, мезо- и микроуровнях. Следует четко понимать, что все самое важное происходит в точке взаимодействия врача и пациента — это определяющий уровень обеспечения КМП.

12.2. Управление качеством медицинской помощи за рубежом

Внимание к вопросам КМП особенно возросло после публикации в 1999 г. знаменитого доклада Института медицины США «Человеку свойственно ошибаться» («The Err is Human», 1999). В этом докладе было указано, что в США ежегодно погибает от врачебных ошибок 44–98 тыс. человек, что больше, чем от рака молочной железы, СПИДа и смертей в автомобильных катастрофах, вместе взятых. В этой связи как в США, так и в странах ЕС с начала 2000-х годов приступили к изучению и решению проблем, связанных с КМП.

Для облегчения восприятия материала оценка деятельности по управлению КМП проведена по следующей схеме: 1) наличие национальной политики и законодательной базы; 2) наличие организационных структур; 3) используемые методы и технологии; 4) наличие ресурсов (кадровых, материально-технических).

1. **Национальная политика по управлению КМП**. Процесс планирования качества начинается с формирования политики качества на уровне государственных структур. Это предполагает, что:

- цели, приоритеты и мероприятия в этом направления ясно и четко изложены и понятны всем участникам системы — пациентам, страховщикам, поставщикам медицинских услуг;
- планируемые мероприятия носят комплексный и системный характер и взаимосогласованы с другими регулирующими мерами;
- приняты соответствующие законы и нормативные акты, обеспечивающие реализацию запланированных мероприятий;
- определены ответственные за повышение КМП и прописаны их функции;
- созданы специальные агентства и структуры, необходимые для реализации политики в области качества;
- мероприятия по управлению КМП реализуются на всех уровнях системы — медицинскими работниками, медицинскими организациями, органами управления здравоохранением.

В большинстве развитых стран мира программы по управлению КМП носят национальный характер. Например, в Бельгии в 1995 г. Министерством здравоохранения утверждена Национальная концепция по качеству медицинской помощи. В Чехии в 2000 г. принят закон об обязательном анализе установленных показателей качества, внедрении клинических рекомендаций в практику и обязательной аккредитации МО. В Германии в 1998 г. приняты национальные рекомендации по управлению КМП. В Норвегии в 1996 г. принята национальная стратегия по управлению КМП, которая признает обязательным для всех МО внедрение систем по управлению КМП и вводит обязательную отчетность по этому направлению.

Законодательная база по управлению КМП. В Германии и Австрии в системе ОМС на федеральном уровне приняты зако-

ны, обязывающие каждую МО внедрить в системы управления КМП. По этим законам критерии КМП необходимо использовать при заключении контрактов между СМО и МО. Во Франции приняты аналогичные законы, регламентирующие обязательность прохождения каждой МО процедуры аккредитации; наличия в каждой из них систем по управлению КМП, а также публикации врачебными комиссиями МО отчета о КМП по единой форме. В Великобритании в 1999 г. принят закон, по которому конкуренция между МО осуществляется на основании оценки КМП и устанавливается единая система государственного контроля КМП. Этим же законом было определено создание специальной Комиссии по улучшению качества, а также Национального института совершенствования клинической практики (NICE). На национальном уровне в ряде стран (в Великобритании, Ирландии, Бельгии, Испании, Италии, Нидерландах) приняты законы, которые четко определяют фундаментальные права пациентов: на получение информации о КМП, о вариантах лечения заболевания, о правилах самоухода в связи с заболеванием и о правилах приема ЛС, назначенных врачом.

2. **Организационные структуры по управлению КМП**. Общие принципы организации системы по управлению КМП в развитых странах таковы:

- Министерство здравоохранения координирует работу всех участников системы, оно также ответственно за распространение информации и международное сотрудничество;
- существуют единая система отчетности и единая методология по управлению КМП; ежегодно осуществляется анализ результатов (например, в США ежегодно публикуется Национальный доклад о КМП). Примеры показателей из этого доклада представлены в табл. 12.1;
- для поддержания работы по управлению КМП создаются как государственные структуры, так и общественные советы (комиссии), а также активно привлекаются профессиональные медицинские общества и объединения пациентов;
- в реализацию мероприятий по повышению КМП вовлекаются организации всех уровней и форм собственности.

Таблица 12.1. Примеры показателей, публикуемых в ежегодном национальном докладе США по КМП (2007)

№	Направление	Информация о заболевании (проблеме)	Индикатор	Фактическое среднее значение по США, %	Целевое значение, %
1	Заболевания системы кровообращения	Первая причина смертности в США; распространенность гипертонической болезни — 48,8 млн чел.; новые случаи сердечной недостаточности ежегодно — 550 тыс.; общая стоимость (прямые расходы здравоохранения и потери экономики от смертности и заболеваемости) — 403 млрд $; из них затраты здравоохранения — 258 млрд $; стоимость 1 года качественной жизни благодаря проведению скрининга на повышенное АД — от 14 тыс. до 35 тыс. $	Предотвращение заболевания — доля пациентов старше 18 лет из всех пациентов, побывавших на приеме у врача и указавших, что врач рекомендовал им бросить курение	64	100
2	Злокачественные новообразования (раннее выявление)	Вторая причина смертности в США; распространенность — 10,7 млн чел.; новые случаи ежегодно — 1,4 млн; общая стоимость (прямые расходы здравоохранения и потери экономики от смертности и заболеваемости) — 206 млрд $; из них затраты здравоохранения — 78 млрд $.; стоимость 1 года качественной жизни благодаря проведению скрининга на рак молочной железы — от 35 тыс. до 165 тыс. $	Скрининг на рак молочной железы (маммография) — доля женщин в возрасте от 40 лет и старше, которым 1 раз в 1–2 года проводится маммография (из всех женщин в возрасте от 40 лет и старше)	67	100

Например, в Бельгии, Великобритании, Финляндии и Нидерландах для реализации политики по управлению КМП созданы специальные отделы в министерствах или советы. Во многих странах (Словакии, Шотландии, Швеции, Швейцарии, Германии, Испании) для оценки медицинских технологий существуют специальные комитеты (Health Technology Assessment Committee). Также создаются соответствующие институты и комитеты, финансируемые за счет государственных средств, например для разработки и внедрения клинических рекомендаций, основанных на доказательной медицине (Великобритания, Франция, Германия). В работе по управлению КМП активно участвуют и профессиональные медицинские общественные организации. Ими создаются общественные объединения по КМП с целью разработки клинических рекомендаций (КР) и повышения квалификации врачей (Германия, Италия, Португалия, Испания).

Созданы также международные организации в области КМП — Европейский совет (Council of Europe) и Комитет по защите прав потребителей при Европейской комиссии (European Commission). Европейский совет в 1995 г. выпустил несколько рекомендаций для министров здравоохранения и резолюцию по КМП. Комитетом по защите прав потребителей Европейской комиссии в 1998 г. опубликованы общие принципы деятельности в этом направлении для стран-членов ЕС, а в 2000 г. — стратегия по качеству медицинской помощи для стран ЕС.

3. **Методы и технологии по управлению КМП**. Общие принципы применения методов и механизмов по управлению КМП: обязательность, единство стандартов, правил и методов оценки, гармонизация внешних и внутренних по отношению к МО механизмов контроля. Перечень используемых в мире методов и технологий контроля КМП представлен на рис. 12.2. Среди механизмов контроля КМП наиболее часто используются такие, как оценка МО на соответствие стандартам ISO, проводимая специальными организациями, и аккредитация МО. В Германии, Литве, Португалии, Швейцарии, Нидерландах аккредитация носит добровольный характер, в Италии, Шотландии и Франции — обязательный и проводится государственными агентствами. Например, во Франции обязательной аккредитацией занимается специально созданный институт. Во Франции также в целях улучшения КМП

Рис. 12.2. Методы и технологии контроля КМП

была учреждена государственная программа по безопасности пациентов в больницах. В Германии 680 стационаров неотложной помощи (25% общего числа) приняли участие в программе «Лучшие системы по управлению качеством медицинской помощи», в Великобритании организована программа «Предотвратимые смерти».

4. **Ресурсы и информация для управления КМП**. Общие принципы национальной политики в рассматриваемой области, применяемые развитых странах:

- медицинские кадры должны быть **высококвалифицированными**, достигается это за счет повышения качества базового медицинского образования, развития НМО и системы регистрации ошибок и дефектов в работе медицинского персонала;
- медицинский персонал должен иметь **время и возможность** принимать участие в программах по повышению КМП; и ему должна быть доступна вся информация о КМП в МО;
- **стандарты**, **КР**, другая современная медицинская информация должны быть доступны для медицинских работников на рабочих местах (медицинские библиотеки, системы поддержки принятия клинических решений);
- **программы повышения квалификации** специалистов должны соответствовать современным представлениям о КМП;
- в бюджетах всех уровней должны быть **предусмотрены достаточные средства** на управление КМП, а именно: на сбор, анализ и распространение информации, на повышение квалификации медицинского персонала и на научные исследования в этом направлении.

Таким образом, в развитых странах в целях повышения безопасности медицинской помощи, снижения издержек на ее оказание и повышения удовлетворенности населения медицинскими услугами активно занимаются вопросами КМП. Современные системы управления КМП в развитых странах предусматривают наличие национальной политики по этому направлению. Координация осуществляется путем создания подразделения в Министерстве здравоохранения и вовлечения общественных медицинских профессиональных обществ, а также объединений пациентов

для работы в этом направлении. Для успешного управления КМП также необходимы: законодательное закрепление обязательности контроля и ежегодной отчетности по КМП на всех уровнях системы здравоохранения; наличие государственной системы контроля КМП; единая методология оценки качества и публичность результатов. Ключевыми механизмами повышения КМП являются повышение квалификации медицинских кадров, развитие системы НМО, обеспечение врачей КР и современными руководствами на рабочих местах.

12.3. Управление качеством медицинской помощи в РФ

12.3.1. Планирование и обеспечение качества медицинской помощи

В РФ качество медицинской помощи планируют, используя стандарты медицинской помощи, стандарты оснащения МО (табели оснащения) и порядки оказания медицинской помощи.

КМП обеспечивается повышением квалификации врачей (1 раз в 5 лет), прохождением медицинскими работниками аттестации и сертификации.

Аттестация специалиста — процедура присвоения категории медицинскому работнику, т.е. квалификационного отличия. В РФ существуют 3 категории: 2, 1 и высшая; присваиваются они региональными органами управления здравоохранением на заседаниях специальной комиссии. Основанием для присвоения категории являются стаж медицинского работника и прохождение курсов повышения квалификации каждые 5 лет. Присвоение категории сопровождается незначительным увеличением заработной платы (на 300–400 руб.). Процедура аттестации ранее регламентировалась приказом Минздравмедпрома РФ № 33 от 16.02.95 г., сегодня регламентируется приказом Минздрава № 314 от 9.08.2001 г. «О порядке получения квалификационных категорий» (см. также раздел 10.4).

Сертификация специалиста — процедура подтверждения соответствия специалиста квалификационным требованиям и образовательным стандартам, установленным для данной специальности. Основанием для получения сертификата специалиста являются за-

вершение специального образования и сдача квалификационного экзамена. Сертификат специалиста служит основанием для занятия определенной должности в учреждениях здравоохранения.

В РФ в соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.1993 г. (ст. 54) и приказом Минздравсоцразвития России №112-н от 11.03.2008 г. «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ» сертификат специалиста можно получить на основании прохождения послевузовского профессионального образования, дополнительного профессионального образования или проверочного испытания (см. раздел 10.4). В большинстве стран европейского региона, США и Канаде системой последипломного медицинского образования, в том числе образованием по специальности, занимаются соответствующие профессиональные медицинские общества.

Ресертификация — процедура продления сертификата специалиста. Периодичность подтверждения сертификата в российском законодательстве не определена, за исключением постановления Правительства РФ № 30 от 22.01.2007 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности», в котором определено, что условием для выдачи лицензии является необходимость подтверждения прохождения квалификации не реже 1 раза в 5 лет. Отсутствие сертификата специалиста или свидетельства его обновления не реже чем 1 раз в 5 лет является одним из оснований для невыдачи (непродления) лицензии на медицинскую деятельность.

Повышение квалификации — вид дополнительного профессионального образования, направленный на улучшение знаний и практических навыков работников с целью удовлетворения потребностей граждан, общества, государства. В соответствии с Федеральным законом № 3266-1 от 10.07.1992 г. «Об образовании» повышение квалификации необходимо в связи с постоянным совершенствованием федеральных государственных образовательных стандартов. Длительность курсов повышения квалификации для подтверждения занятий профессиональной деятельностью по выбранной медицинской специальности четко не определена. В постановлении Правительства РФ № 610 от 26.06.1995 г.

«Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов» предусмотрены следующие виды и сроки повышения квалификации (для всех отраслей): краткосрочное тематическое усовершенствование (72 ч), тематические и проблемные семинары (от 72 до 100 ч) и длительное обучение в образовательном учреждении (свыше 100 ч). Сложившаяся практика в учреждениях медицинского образования для очных курсов повышения квалификации — 144 ч (длительность в 144 ч также упоминается в письме Минздравсоцразвития России № 154-ВС от 15.01.2007 г.). Требования к программам послевузовского профессионального образования, программам повышения квалификации и программам переподготовки, условиям реализации этих образовательных программ и их результатам устанавливаются Минобрнауки РФ, а сами программы (включая описание необходимых информационно-методических материалов) разрабатываются Учебно-методическим объединением по высшему медицинскому и фармацевтическому образованию или самими вузами.

Для обеспечения КМП на федеральном уровне созданы специальные организации — **Росздравнадзор и Роспотребнадзор.**

Согласно постановлению Правительства РФ № 322 от 30.06.2004 г. (в ред. 2008 г.) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (**Роспотребнадзор**) наделена полномочиями по осуществлению надзора и контроля за исполнением обязательных требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и в области потребительского рынка (подробно см. главу 13).

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (**Росздравнадзор**) выполняет следующие функции и правовые нормы:

1. Организует и осуществляет надзор за:
   - соблюдением органами государственной власти, органами местного самоуправления, юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями и гражданами обязательных требований законодательства Российской Федерации

в сфере здравоохранения, обращения ЛС и социальной защиты населения;
- порядком проведения экспертизы временной нетрудоспособности, экспертизы связи заболевания с профессией;
- организацией судебно-медицинских и психиатрических экспертиз;
- реализацией государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью;
- диспансеризацией населения;
- соблюдением государственных стандартов на социальные услуги;
- рекламой лекарственных средств;
- сертифицированной медицинской продукцией;
- фармацевтической деятельностью.

2. Выдает:
- лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- разрешения на применение новых медицинских технологий.

3. Ведет государственный реестр лекарственных средств.

4. Аккредитует МО, организации социального обслуживания, а также организации на экспертизу проектов потребительской корзины.

5. Регистрирует:
- ЛС, медицинскую и реабилитационную технику, изделия медицинского назначения;
- цены на ЛС, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших ЛС.

6. Издает индивидуальные правовые акты по вопросам, входящим в компетенцию Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

7. Вносит в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации предложения о разработке и реализации государственной политики в сфере обеспечения здравоохранения и социального развития.

8. Осуществляет анализ и обобщение практики применения законодательства Российской Федерации в порученной сфере.

Росздравнадзор осуществляет лицензирование деятельности МО, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь. Лицензирование других видов медицинской деятельности передано с федерального уровня на региональный и осуществляется там специально созданными организациями. На уровне некоторых региональных министерств также создаются специальные отделы по обеспечению или управлению КМП.

На уровне медицинских организаций созданы **врачебные комиссии (ВК)** медицинских организаций (приказ Минздравсоцразвития РФ № 513-н от 24.09.2008 г. «Об утверждении Положения о врачебной комиссии медицинской организации»). Этот приказ вступил в силу с 1 января 2009 г. и регламентирует требования по созданию врачебной комиссии во всех МО (всех форм собственности) по структуре комиссии (подкомиссии), требования к председателю и его заместителям и их функциям.

Основные функции ВК: оценка качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, принятие решения в сложных и конфликтных ситуациях, определение трудоспособности и профессиональной пригодности некоторых категорий работников и др. В функции ВК входит среди прочего: определение перечня пациентов по включению в Федеральный регистр или исключения из него пациентов, которые получают ЛС по государственной программе «7 нозологий», а также коррекция лечения данным пациентам. Также в функции комиссии входят анализ случаев внутрибольничной инфекции, анализ причин заболеваемости матерей и новорожденных внутрибольничными инфекциями, участие в подготовке заключений о поствакцинальных осложнениях, анализ с летальным исходом и др.

12.3.2. Законодательная база по управлению качеством медицинской помощи

Ключевые нормативные документы, регламентирующие вопросы обеспечения и контроля КМП в здравоохранении РФ, представлены в табл. 12.2.

12.3.3. Контроль качества медицинской помощи

Структура системы контроля КМП в РФ представлена на рис. 12.3.

Таблица 12.2. Анализ нормативно-правовой базы в РФ по вопросам управления КМП

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части КМП
1.	Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487–1 от 22.07.1993 г. с изменениями и дополнениями, в том числе от 2008 г.	Статья 5. К полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья относятся: • установление стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и других федеральных стандартов (в части высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных учреждениях здравоохранения); • организация и осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи, лекарственных средств… установленным федеральным стандартам; • установление порядка производства медицинских экспертиз. К полномочиям РФ в области охраны здоровья, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов РФ, относятся: • осуществление контроля за КМП, установленным федеральным стандартам; • лицензирование деятельности: муниципальной и частной систем здравоохранения, фармацевтической, связанной с оборотом наркотических и психотропных средств. К полномочиям субъектов РФ в области охраны здоровья, относятся: • установление медико-экономических стандартов, в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи. Статья 20.1. Программа государственных гарантий (ПГГ). В ПГГ предусматриваются условия оказания медицинской помощи и критерии качества и доступности медицинской помощи. Раздел XII регламентирует ответственность медицинских учреждений и медицинских работников за причинение вреда здоровью граждан

Продолжение табл. 12.2

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части КМП
2.	Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением ОМС, определяет правовое положение субъектов ОМС, основания возникновения и гарантии осуществления их прав и обязанностей, отношения, связанные с уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения. Застрахованное лицо имеет право на: • получение на всей территории РФ бесплатной медицинской помощи при наступлении страхового случая по ОМС; • выбор СМО; • выбор МО; • выбор врача с учетом его согласия; • получение от ТФОМС достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи; • защиту персональных данных; • возмещение от СМО и МО ущерба, причиненного в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением СМО и МО обязанностей по организации медицинской помощи по ОМС
3.	Федеральный закон № 2300–1 от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей» с изменениями и дополнениями, в том числе от 2008 г.	Регламентирует, что потребитель имеет право на информацию об услуге и о производителе услуги, т.е. деятельности МО и качестве предоставляемых им услуг. Потребитель имеет право на возмещение морального и имущественного вреда при нарушении его прав

Окончание табл. 12.2

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части КМП
4.	Приказ Федерального фонда ОМС № 175 от 14.08.2008 г. «Об утверждении формы ведомственного статистического наблюдения № ПГ „Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования" и инструкции по ее заполнению» и письмо Федерального фонда ОМС № 6234/30-3/и от 11.11.2008 г. «О разъяснении ряда вопросов по реализации приказа ФОМС № 175 от 14.08.2008 г.»	Установлены формы: • анализа обращений и жалоб граждан, устных и письменных, направленных в СМО и ТФОМС; • анализа причин обращений; • анализа результатов медико-экономического контроля; • результатов медико-экономической экспертизы; • результатов экспертизы КМП (штатными и внештатными специалистами); • результатов экспертизы (медико-экономической и качества медицинской помощи) при межтерриториальных расчетах; • финансовых результатов контроля; • анализа удовлетворенности пациентов КМП; • информирования граждан о правах в системе ОМС (ТФОМС и СМО); • о качестве экспертов по ККМП
5.	Приказ Федерального Фонда ОМС № 111 от 26.05.2008 г. «Об организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС»	В соответствии с этим приказом ТФОМС вырабатывает систему мер по повышению эффективности использования финансовых ресурсов, координирует работу в этом направлении участников ОМС и др. СМО осуществляют медико-экономическую экспертизу и экспертизу КМП (целевую, тематическую и плановую). Экспертиза КМП проводится по методам, установленным в субъекте РФ. Вводит понятие метаэкспертизы — повторной экспертизы, но тем же методом. В Приложении приведен примерный перечень дефектов: 1) дефекты, ограничивающие доступность медицинской помощи; 2) дефекты процесса оказания медицинской помощи; 3) дефекты оформления документации; 4) прочие дефекты

Рис. 12.3. Организация контроля качества медицинской помощи в РФ

Для оценки качества работы МО в РФ существует система лицензирования МО, которая в большей мере оценивает инфраструктурные элементы учреждения. **Лицензирование МО** — процедура присвоения (продления, приостановления, возобновления и др.) лицензии, т.е. права или специального разрешения на осуществление конкретного вида медицинской деятельности. Выдается лицензирующим органом юридическому или физическому лицу (индивидуальному предпринимателю). В соответствии с Федеральным законом № 128-ФЗ от 8.08.2001 г. «О лицензировании отдельных видов деятельности» (с изменениями и дополнениями) и постановлением Правительства РФ № 30 от 22.01.2007 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности», лицензия выдается физическим лицам (врачам и средним медицинским работникам), занимающимся индивидуальной предпринимательской деятельностью, или юридическому лицу — медицинской организации. Лицензия выдается Росздравнадзором сроком на 5 лет. В РФ юридические лица и частнопрактикующие врачи обязаны продлевать лицензию на занятие медицинской деятельностью 1 раз в 5 лет.

Вопросами контроля качества занимаются также организации системы ОМС (ТФОМС и СМО). Согласно приказу Федерального фонда ОМС № 111 от 26.05.2008 г. «Об организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС» ТФОМС вырабатывает систему мер по повышению эффективности использования финансовых ресурсов, координирует работу в этом направлении участников ОМС и др. СМО осуществляют медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи (целевую, тематическую и плановую). Экспертиза КМП проводится по методам, установленным в субъекте РФ.

Следует отметить, что в РФ в настоящее время ослаблен анализ результатов патолого-анатомических вскрытий, в том числе из-за дефицита патологоанатомов. Разбор жалоб пациентов, проводимый региональными органами здравоохранения, Росздравнадзором и страховыми организациями, не сопровождается публичным обсуждением, анализом и рекомендациями по улучшению деятельности МО. По результатам контроля (как добровольно заявленных показателей, так и обязательных) не разрабатываются объективные рейтинги медицинских организаций.

12.4. Оценка качества медицинской помощи в РФ

К сожалению, систематически оценка КМП и безопасности пациентов в нашей стране не ведется. Вместе с тем исследования, проведенные в экономически развитых странах, показали, что осложнения вследствие медицинских вмешательств возникают в 11% случаев всех госпитализаций, причем половину из них (55%) можно предотвратить организационными мерами по управлению КМП.

Система здравоохранения при возникновении осложнений у пациентов несет **дополнительные расходы**. Эти расходы можно оценить путем экстраполяции на РФ исследований, проведенных в Великобритании. В этой стране пациенты с побочными эффектами (осложнениями) от медицинских вмешательств находятся в стационаре на 8,5 дня дольше, чем пациенты без осложнений. В РФ в 2009 г. было 31,2 млн госпитализаций, из них (экстраполируя данные исследований в Великобритании) в 3,4 млн случаев возникли осложнения, которые можно было предотвратить. Стоимость дополнительных дней госпитализации по лечению этих осложнений составляет в РФ **36,2 млрд руб.** [3,4 млн × 8,5 дня × 1 254 руб. (средняя стоимость 1 дня госпитализации)]. Поскольку в Великобритании развита система контроля КМП, внедрены стандарты медицинской помощи и осуществляется жесткий контроль квалификации специалистов (что не в полной мере реализовано в РФ), то рассчитанный ущерб **для РФ** может быть как минимум в 2 раза больше и составлять около **70 млрд руб.** Это сопоставимо с расходами из федерального бюджета в 2008 г. на обеспечение отдельных категорий граждан ЛС.

Существующая система оценка эффективности здравоохранения в целом и КМП в частности в РФ несовершенна. Так, Указом Президента РФ № 825 от 28.07.2007 г. «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» введен ряд показателей оценки эффективности работы здравоохранения, что является важным, но недостаточным шагом. Необходимо существенно дополнить перечень этих показателей, установить сравнение с актуализированными нормативами (а не с устаревшими, как сегодня происходит), установить их дифференцированные целевые значения для субъектов РФ и предусмотреть меры ответственности должностных лиц за недостижение этих показателей.

В таблице 12.3 сравниваются значения международных показателей КМП (и другие показатели эффективности и результативности

Таблица 12.3. Интегральная оценка эффективности деятельности системы здравоохранения РФ в сравнении со странами ОЭСР (2007)

Показатель	Значение в РФ	(Если не указано иначе) Среднее значение показателя в странах ОЭСР
Показатели здоровья населения		
Ожидаемая продолжительность жизни (оба пола)	68,7 года	79 лет
Младенческая смертность	8,1	3,9
Предотвратимая смертность. Измеряется в числе потенциально потерянных лет жизни на 100 тыс. населения	Не измеряется	3700
Число лиц трудоспособного возраста (до 65 лет, для РФ — 60 лет), ограниченных в любой активности из-за физических, умственных и эмоциональных проблем	6,5% (Рассчитано по числу инвалидов трудоспособного возраста. Реальный показатель может быть выше)	12%
Ориентированность системы здравоохранения на пациентов		
Доля населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи	31% (ВЦИОМ, 2006)	70%
Доля пациентов, медицинская помощь которым координируется ВОП (или имеет постоянного врача в первичном звене)	Не измеряется	70–90% (лучшие)

Продолжение табл. 12.3

Показатель	Значение в РФ	(Если не указано иначе) Среднее значение показателя в странах ОЭСР
Равенство различных групп населения (в показателях здоровья, бремени расходов на медицинскую помощь, доступности медицинской помощи)		
Разница между показателями здоровья в различных регионах страны — отношение общего коэффициента смертности в регионах с худшими показателями к его среднему значению по Российской Федерации	1,4	1,1–1,15
Разница в долях расходов на медицинскую помощь и ЛС из своих доходов у 20% самых богатых и 20% самых бедных домохозяйств (за вычетом расходов на питание)	1,5	1,0–1,2
Разница в доступности медицинской помощи между сельским и городским населением (обращаемость за амбулаторной помощью)	1,5	1,0 (лучшие)
Доступность медицинской помощи для населения		
Доля застрахованного населения	~100%	100% (большинство стран)
Доля личных расходов на здравоохранение в структуре расходов на здравоохранение	34%	26%
Доля пациентов, которые могут увидеть ВОП (или участкового врача) в тот же или на следующий день после возникновения заболевания	65%	80%

Продолжение табл. 12.3

Показатель	Значение в РФ	(Если не указано иначе) Среднее значение показателя в странах ОЭСР
Время ожидания плановой высокотехнологичной операции (за исключением трансплантации)	Не измеряется	От нескольких недель (Франция, Германия, Нидерланды) до 3 мес (Великобритания)
Доля пациентов, отложивших обращение за медицинской помощью из-за ее стоимости	Систематически не измеряется	1–5%
Доля домохозяйств, тратящих из своих доходов на медицинскую помощь и ЛС более 10% годового дохода (за вычетом расходов на питание)	75–80%	Не более 3–5% (лучшие)
Доля домохозяйств, несущих «катастрофические» расходы, т.е. более 30% годового дохода (за вычетом расходов на питание)	9%	3%
Доля длительно незаполненных вакансий из всех имеющихся в здравоохранении	20%	14%
Качество и безопасность медицинской помощи		
Профилактика: распространенность табакокурения среди взрослого населения	50%	24%
Профилактика: доля пациентов, получивших консультации врачей первичного контакта по здоровому образу жизни	Не измеряется	90%

Продолжение табл. 12.3

Показатель	Значение в РФ	(Если не указано иначе) Среднее значение показателя в странах ОЭСР
Эффективность лечения: соответствие лечения клиническим рекомендациям профессиональных обществ	Не измеряется	80–90%
Эффективность лечения: летальность пациентов с инфарктом миокарда в стационаре (нестандартизованный показатель)	20%	7,7%
Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость при колоректальным раке	48%	59%
Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость при раке шейки матки	68%	72%
Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость при раке молочной железы	56%	85%
Эффективность лечения: смертность от бронхиальной астмы на 100 тыс. взрослого населения (старше 18 лет)	2,3	0,18
Эффективность медико-социальной помощи: доля пациентов с пролежнями в домах сестринского ухода от общего числа пациентов, с риском их развития	Не измеряется	5%
Безопасность пациентов: доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарных условиях	Не измеряется	4,4% (для заболеваний сердечно-сосудистой системы)
Число пациентов, заявивших о медицинской ошибке во время лечения	Не измеряется	5–6%

Продолжение табл. 12.3

Показатель	Значение в РФ	(Если не указано иначе) Среднее значение показателя в странах ОЭСР
Стандартизованный (по полу, возрасту, диагнозу и длительности пребывания в стационаре) коэффициент летальности в стационаре (отношение фактической летальности к ожидаемой)	Не измеряется	85%
Экономическая эффективность		
Макроэффективность: соотношение государственных вложений в здравоохранение и показателей здоровья населения	Самая низкая из всех стран ОЭСР, имеющих близкие подушевые расходы на здравоохранение (Польша, Турция)	При вложениях от 1500 до 2000$ППС имеют ожидаемую продолжительность жизни 78–79 лет, (Финляндия, Испания, Португалия, Новая Зеландия)
Эффективность использования ресурсов: средняя длительность пребывания больного на койках интенсивного лечения	10,5 дней	6,5 дней
Эффективность использования ресурсов: число коек интенсивного лечения на 1000 населения	7,8	3,8
Эффективность использования ресурсов: доля пациентов, госпитализированных в стационар, лечение которых можно было бы проводить амбулаторно	30%	3%
Производительность труда (т.е. соотношение объемов медицинской помощи и числа врачей)	Не измеряется	1,4% ежегодного роста (Нидерланды)

Окончание табл. 12.3

Показатель	Значение в РФ	(Если не указано иначе) Среднее значение показателя в странах ОЭСР
Наличие конкуренции между поставщиками медицинских услуг	Нет	Активно внедряется в большинстве стран
Способность системы к улучшению и внедрению инноваций		
Наличие позитивной динамики в эффективности деятельности системы здравоохранения	Не измеряется	Мониторируются практически во всех странах
Наличие Стратегии развития здравоохранения и ежегодных отчетов по качеству	Нет	Имеются практически во всех странах
Использование современных медицинских технологий: число КТ-аппаратов на 1 млн населения	5,6	23
Использование современных медицинских технологий: число МРТ-аппаратов на 1 млн населения	2,3	11
Использование современных медицинских технологий: число маммографов на 1 млн населения	13,5	20
Проведение операций реваскуляризации на сердце на 100 тыс. населения	~36,4	267
Использование врачами электронных историй болезни	8%	90% — лучшие (Великобритания, Нидерланды), 25–30% — худшие (США, Канада)
Расходы на научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы по медицинской науке в доле ВВП	0,03%	0,3% (лучшие)

системы здравоохранения) в РФ и странах ОЭСР (среднее значение). Видно, что РФ по большинству показателей во много раз отстает от развитых стран, или учет этих показателей в РФ не ведется.

Для улучшения ситуации с КМП в РФ необходимо существенно повысить квалификацию медицинских кадров и разработать национальную политику по управлению КМП, в том числе сделать обязательными ежегодные отчеты по оценке КМП по международным показателям на всех уровнях системы здравоохранения.

12.5. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации

Разновидности стандартов медицинской помощи и цели их использования

В нормативно-правовой базе РФ определения стандартов медицинской помощи сегодня не существует. Общее определение стандартов дано в ФЗ № 184 от 27.12. 2002 г. «О техническом регулировании». Стандарт в этом законе определен как документ, в котором в целях добровольного многократного использования устанавливаются характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов проектирования, производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг. В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан (раздел VIII, ст. 37.1) прописано, что «стандарты и порядок оказания медицинской помощи устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения», т.е. Минздравсоцразвития России.

Исходя из Федерального закона № 258 ФЗ от 29.12.2006 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием разграничения полномочий» (раздел II, ст. 5.1), можно предположить, что упомянутые стандарты предназначены для повышения КМП («К полномочиям Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской

Федерации, относятся следующие полномочия: осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (за исключением контроля качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в федеральных организациях здравоохранения»).

В 2008 г. Минздравсоцразвития РФ были приняты 2 приказа, направленные на упорядочение организации медицинской помощи населению: № 410-н от 11.08.2008 г. «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» и № 564 от 15.10.2008 г. «Об утверждении Комиссии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по рассмотрению порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи».

Эти приказы направлены на поведение порядка с организацией медицинской помощи по ее видам (профилям), они содержат описания этапов оказания медицинской помощи; положения о деятельности медицинской организации (структурного подразделения и врача) в части оказания данного вида помощи; примерный табель оснащения и рекомендуемые штатные нормативы для оказания данного вида помощи. Относительно **разработки стандартов**, которая регламентируется указанными приказами, можно заметить, что в целом стандарты медицинской помощи, конечно, необходимы, однако вот для каких целей, кем и как они должны разрабатываться, следует прописать более детально. Структура стандартов, указанная в приказе, больше служит экономическим, а не клиническим целям, поэтому правильнее было бы назвать эти документы ограничительными стандартами или медико-экономическими стандартами.

За рубежом под стандартами медицинской помощи чаще всего подразумевают клинические рекомендации (КР). Работа над КР началась с начала 1990-х гг. КР — это документы рекомендательного характера, содержащие сжатую и структурированную информацию по диагностике и лечению определенных заболеваний. Цель — повышение КМП, снижение необоснованных назначений, внедре-

ние современных методов диагностики и лечения заболеваний. Документ разрабатывается профессиональными медицинскими обществами на основании комплексной оценки клинической эффективности и безопасности медицинских вмешательств (т.е. в КР включаются медицинские технологии с доказанной эффективностью и безопасностью). В наиболее качественных КР медицинские вмешательства ранжированы в зависимости от уровня доказательности, т.е. обоснованности назначения. Наиболее доказанными (уровень А) являются медицинские вмешательства, эффективность которых обоснована в рандомизированных клинических исследованиях, наименее доказанными (уровень С) — вмешательства, эффективность которых основана на мнении эксперта. От других источников информации (руководств) КР отличаются краткостью и тем, что разрабатываются по специальной методологии.

В целях проведения комплексной оценки медицинских технологий (которые включаются в КР и государственные перечни услуг и ЛС) правительства многих стран создали специальные Агентства по оценке медицинских технологий — Health Technology Assessment Comities. Наиболее известными разработчиками КР являются: шотландское общество врачей, американское общество врачей, ассоциация врачей Финляндии, а также государственный Национальный институт совершенствования клинической практики (NICE) в Великобритании. Для унификации процессов разработки и применения КР было создано международное общество разработчиков клинических рекомендаций (AGREE).

Сегодня КР занимают центральное место в управлении КМП и непрерывном образовании врачей за рубежом. В РФ профессиональными медицинскими обществами в соответствии с международной методологией разработано около 300 клинических рекомендаций по наиболее распространенным заболеваниям.

Среди разновидностей стандартов, регламентирующих оказание медицинской помощи медицинскими работниками, — **протоколы и планы ведения больных**. **Под протоколами** за рубежом чаще всего понимается регламент проведения того или иного медицинского вмешательства, который должен жестко соблюдаться, а любое отступление от этого протокола должно быть аргументированно объяснено врачом. В РФ протоколы (ранее они назывались отраслевыми стандартами) появились с середины 1990-х годов, когда началась

работа по стандартизации медицинской помощи. Эти протоколы разрабатывались лабораторией стандартизации ММА им. И.М. Сеченова в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 303 от 03.08.1999 г. До 2003 г. эти протоколы утверждались министерством, регистрировались в Минюсте России и считались обязательными к исполнению.

По структуре и порядку разработки российские протоколы нельзя было отнести ни к КР, ни к медико-экономическим стандартам. Как КР эти протоколы были ущербны, поскольку не включали полный спектр эффективных и современных технологий. Как ограничительные стандарты медицинской помощи, гарантирующие определенный объем медицинской помощи по ПГГ, они не были сбалансированы с финансовым обеспечением этой программы. Также нечетко были прописаны критерии отбора в протоколы медицинских вмешательств.

С 2003 г. в связи с принятием закона «О техническом регулировании» протоколы стали называться стандартами, соответственно они стали носить рекомендательный характер. Всего до настоящего времени разработано около 600 федеральных стандартов медицинской помощи. Следует отметить, что некоторые из этих документов требуют научной актуализации и балансировки с имеющимися финансовыми ресурсами по ПГГ, и эта работа ведется сегодня Минздравсоцразвития.

Под планами (алгоритмами) ведения больных чаще понимают адаптированные к условиям конкретной медицинской организации КР, т.е. эти планы описывают порядок проведения и перечень медицинских вмешательств при определенных заболеваниях в зависимости от того, какими кадровыми и материально-техническими ресурсами обладает организация. В РФ разработаны типовые планы ведения больных для многопрофильного стационара.

Под медико-экономическим стандартом (МЭС) понимается документ строго ограничительного характера, который использовался в субъектах РФ в середине 1990-х годов для ограничения врачебных назначений и дней пребывания пациентов в стационаре. МЭС в большинстве случаев содержали перечни услуг и перечни ЛС, которые было разрешено применять при данном заболевании в рамках ПГГ, и чаще были подготовлены без какого-либо научного обоснования.

Таким образом, можно сделать вывод, что в наиболее общем понимании стандарты медицинской помощи по заболеваниям — это документы рекомендательного характера, которые предназначены, с одной стороны, для повышения КМП, а с другой — могут служить инструментом рационального применения медицинских вмешательств (услуг), т.е. снижения непроизводительных издержек при оказании медицинской помощи.

Если в стандарт медицинской помощи включаются только определенные медицинские услуги и ЛС (например, только из перечней услуг или ЛС, сформированных с учетом экономических ограничений), эти документы могут носить ограничительный характер, т.е. показывать врачу, что он может назначить пациенту в рамках ПГГ, а что — нет. Важно, чтобы при разработке стандартов были четко прописаны цели их использования, соблюдались методы и технологии разработки, содержание стандартов было бы обоснованным и достаточным по объему для быстрой ориентировки врача в постановке диагноза и выборе тактики лечения. В противном случае эти документы могут снизить КМП и принести вред пациенту. Экономисты с целью определения расчетной стоимости лечения заболеваний могут использовать стандарты медицинской помощи для производства более упрощенных документов (например, МЭС), но тогда эти документы уже не должны быть предназначены для врачей.

В целях установления ясности в применении терминов было бы целесообразно документы, разрабатываемые в РФ профессиональными обществами в соответствии с общепринятой в развитых странах методологией, называть КР. Если же на основе клинических рекомендаций будут разработаны документы с учетом определенных экономических ограничений, — называть их «ограничительными стандартами медицинской помощи», или стандартами с учетом ограничений.

Соотношение КР и ограничительных стандартов медицинской помощи

КР и ограничительные стандарты медицинской помощи должны иметь сходство в части критериев отбора перечня медицинских услуг, ЛС и расходных материалов для диагностики и лечения определенных заболеваний. Среди этих критериев (рис. 12.4): доказанные терапевтическая эффективность, безопасность медицинского

вмешательства; доказанная экономическая эффективность медицинского вмешательства (там, где это возможно). Основные отличия КР от ограничительных стандартов в том, что КР формируются без учета такого показателя, как обеспеченность финансовыми ресурсами, в то время как стандарты с учетом этого показателя должны содержать более ограниченный, чем КР, набор лечебных и диагностических вмешательств.

КР также содержат более подробную информацию, чем стандарты, по использованию лечебных и диагностических вмешательств (см. рис. 12.5). Например, в них представлены: подробный план лечения больного с определенным диагнозом, пока-

Рис. 12.4. Критерии включения медицинских услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) в клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи

зания и противопоказания к проведению медицинских вмешательств, схемы лекарственной терапии. К рекомендациям также могут быть приложены справочник ЛС (формуляр) и индикаторы для оценки КМП.

КР разрабатываются и утверждаются профессиональными медицинскими обществами, стандарты разрабатываются Минздравсоцразвития России или специальными комиссиями на основе клинических рекомендаций и с участием профессиональных медицинских обществ, а также всех заинтересованных сторон (медицинских сестер, пациентов, производителей фармацевтических препаратов и медицинской техники и др.). Причем сначала определяется эффективность той или иной медицинской технологии по установленным критериям, а затем формируется сам стандарт.

Направления использования КР и стандартов в здравоохранении подробно представлены на рис. 12.6. На основе качественных стандартов разрабатываются индикаторы (показатели) качества для оценки правильности лечения пациентов. Например, если стандарт рекомендует применение аспирина всем больным, страдающим ишемической болезнью сердца (ИБС), то индикатор качества будет определять, в каком проценте случаев врач назначил аспирин пациентам с ИБС. В идеале значение индикатора должно равняться 90–100%.

Нужны ли ограничительные стандарты в РФ

Следует отметить, что в развитых странах, где объем финансирования ПГГ за счет общественных средств значительно выше, чем в РФ, поэтому КР, разрабатываемые профессиональными обществами, являются основным критерием для оплаты медицинских вмешательств по ПГГ. Обычно, когда у страховой компании возникает вопрос о правомерности оплаты какого-либо дорогостоящего вмешательства, критерием служит наличие этого вмешательства в КР профессиональных медицинских обществ. В этих странах (например, в Великобритании и Австралии) нет существенной необходимости разрабатывать ограничительные стандарты, хотя и наблюдается тенденция к использованию экономических ограничений при разработке клинических рекомендаций.

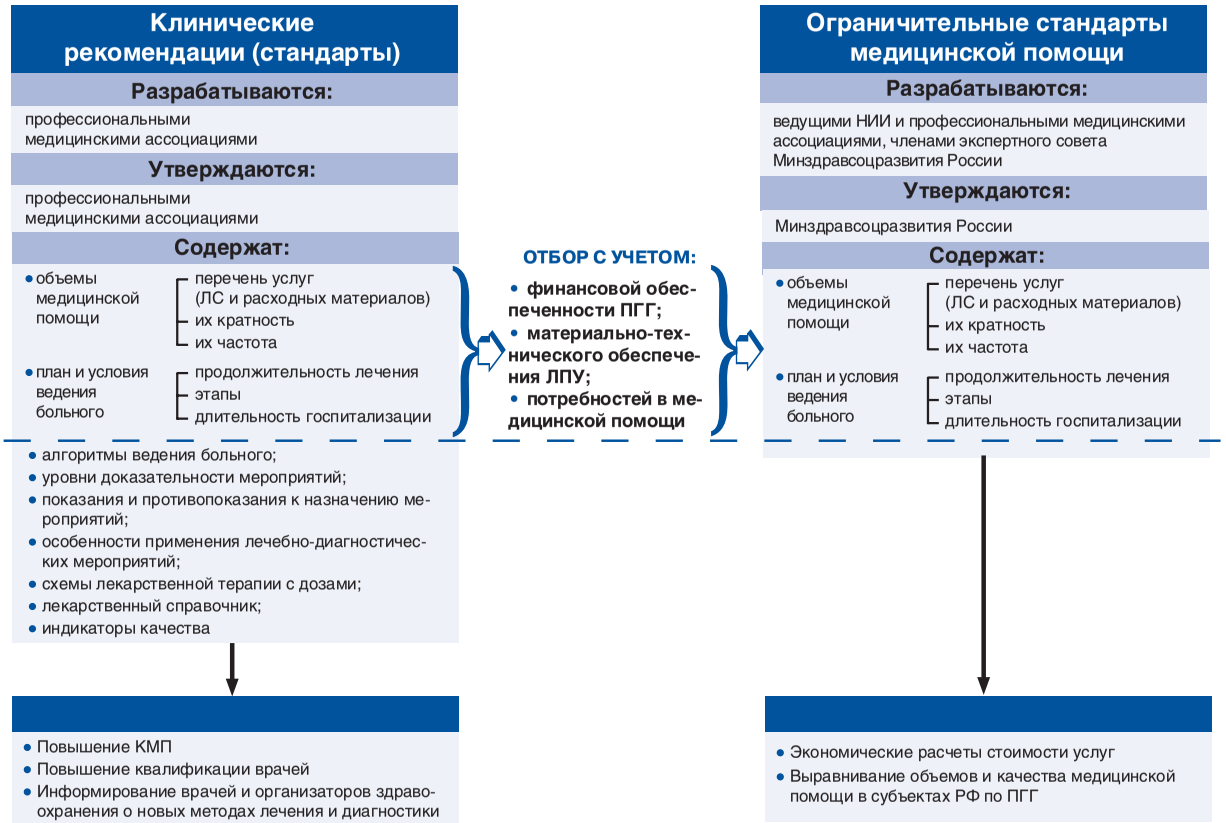

Рис. 12.5. Структура, цели и соотношение клинических рекомендаций и ограничительных стандартов

Рис. 12.6. Направления использования КР и стандартов медицинской помощи

Для Российской Федерации, в условиях недостаточного финансирования ПГГ, оплатить из государственных источников все современные и рекомендованные профессиональными медицинскими обществами вмешательства невозможно, поэтому стандарты медицинской помощи необходимо формировать с учетом ограничительных критериев (финансовая обеспеченность ПГГ, материально-техническое обеспечение ЛПУ, перечень ЛС и медицинских услуг). Для повышения качества и доступности медицинской помощи по ПГГ в РФ необходимо поэтапно, по мере увеличения финансирования, включать в эти стандарты эффективные медицинские технологии и ЛС.

Характер применения стандартов медицинской помощи в клинической практике (добровольный или обязательный). Следует четко понимать, что стандарты медицинской помощи всегда могут носить только рекомендательный характер **по отношению к конкретному пациенту**. Это связано с тем, что они содержат усредненный набор медицинских вмешательств, эффективность которых при данном заболевании в лучшем случае доказана на больших группах пациентов (в рандомизированных клинических испытаниях), при отсутствии последних — на основе мнения ведущих экспертов. У конкретного пациента могут быть противопоказания к назначению того или иного вмешательства в связи с течением заболевания или индивидуальными характеристиками, которые в стандарте предусмотреть невозможно. Поэтому врачам рекомендуют следовать стандартам медицинской помощи, а в случае отклонения от них — объяснять причину.

Следует иметь в виду, что слишком жесткая регламентация способов лечения пациентов может привести врачей к упрощенным подходам в лечении. Врачи могут, не задумываясь, применять медицинские технологии («все же прописано»), а пациенты — необоснованно требовать назначения ЛС («нам положено»), которые им, например, противопоказаны. Все это может привести к ухудшению КМП и усложнению и без того непростых взаимоотношений врачей и пациентов. Стандарты должны применяться только с учетом профессионального мнения врачей и индивидуальных особенностей пациентов.

Стандарты медицинской помощи как способ формирования ПГГ

Если стандарты носят ограничительный характер, т.е. в них включаются только определенные медицинские технологии, тео-

ретически они могут являться некоторым ориентиром для разграничения платных и бесплатных услуг по ПГГ. Как основной способ определения ПГГ этот способ сложен, так как требует значительных административных и финансовых ресурсов и времени для разработки стандартов по всем заболеваниям. Более того, разграничение в рамках одного заболевания платных и бесплатных услуг просто немыслимо с точки зрения управления этим процессом в МО и создаст дополнительные сложности их руководителям и практикующим врачам. Обновление стандартов и контроль их исполнения стандартов потребуют гигантской работы административного аппарата и дополнительных средств, которыми страна сегодня не располагает.

Контрольные вопросы

1. Перечислите критерии КМП и опишите этапы управления КМП.
2. Какие меры на уровне законодательства используются за рубежом для создания системы управления КМП?
3. Перечислите и опишите методы и технологии контроля КМП.
4. Перечислите основные функции Росздравнадзора.
5. Каковы функции ВК?
6. В чем состоят основные причины неудовлетворительного КМП в РФ?
7. Опишите основные разновидности стандартов медицинской помощи.
8. В чем отличие клинических рекомендаций от ограничительных стандартов медицинской помощи и медико-экономических стандартов?

ГЛАВА 13

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защита прав потребителей в РФ

13.1. Основные понятия и определения

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения — это такое состояние здоровья населения и среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности. **Среда обитания** человека — совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека.

Факторы среды обитания — биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные внешние факторы, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений.

Вредное воздействие на человека — воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью живущих или будущих поколений. **Благоприятные условия** жизнедеятельности — состояние среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие ее факторов на человека (безвредные условия) и имеются

возможности для восстановления нарушенных функций организма человека. **Безопасные условия** для человека — состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка — состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в конкретно указанное время.

Гигиенический **норматив** — установленное исследованиями допустимое максимальное или минимальное; количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека. Государственные санитарно-эпидемиологические **правила и нормативы** — нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования (в том числе критерии безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания для человека), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний.

Социально-гигиенический **мониторинг** — государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализа, оценки и прогноза, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания.

Государственный санитарно-эпидемиологический **надзор** — деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания.

Санитарно-эпидемиологическое **заключение** — документ, удостоверяющий соответствие (несоответствие) санитарным правилам факторов среды обитания, хозяйственной и иной деятельности, продукции, работ и услуг, а также проектов нормативных актов, эксплуатационной документации.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) **мероприятия** — организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания; на предотвращение возник-

новения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию.

Ограничительные мероприятия (**карантин**) — административные, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающие особый режим хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных.

Инфекционные заболевания — патология, возникновение и распространение которой обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевших человека, животного к здоровому человеку. Инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих, характеризуется тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (**эпидемия**). **Массовые неинфекционные заболевания** (отравления) — заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения **обеспечивается** (в соответствии с Федеральным законом № 52-ФЗ от 30.03.1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», ст. 2) посредством:

- **контроля** за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательным соблюдением гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности;
- создания **экономической заинтересованности** граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в соблюдении законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- государственного санитарно-эпидемиологического **нормирования**;
- государственного санитарно-эпидемиологического **надзора**;
- **сертификации** продукции, работ и услуг, представляющих потенциальную опасность для человека;

- **лицензирования** видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;
- государственной **регистрации** потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также впервые ввозимых на территорию Российской Федерации отдельных видов продукции;
- проведения социально-гигиенического **мониторинга**;
- **научных исследований** в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- мер по своевременному **информированию** населения о возникновении инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях;
- мер по **гигиеническому воспитанию** и обучению населения, а также пропаганде здорового образа жизни;
- мер по **привлечению к ответственности** за нарушение законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Отношения в области **защиты прав потребителей** регулируются ФЗ № 2300–1 от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей». Этот закон регулирует взаимоотношения, возникающие между потребителями и изготовителями, исполнителями, продавцами, устанавливает права потребителей на приобретение товаров (услуг) должного качества и безопасных для их жизни и здоровья. Обеспечивается реализация функций по защите прав потребителей через контрольные и надзорные меры, защиту прав потребителей в суде, привлечение к ответственности за нарушение законодательства РФ в сфере защиты прав потребителей.

13.2. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и контроль в сфере защиты прав потребителей

В 2004 г. Указом Президента РФ была образована Федеральная служба в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), которая является правопреемником Госу-

дарственной санитарно-эпидемиологической службы РФ, а также выполняет дополнительные функции, которые ранее были вменены другим министерствам и ведомствам (Минздравсоцразвия, Минэкономразвития, Министерства по антимонопольной политике и поддержке предпринимательства). Таким образом, Роспотребнадзор сегодня осуществляет 2 основные функции:

- контроль и надзор в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- защиту прав потребителей на потребительском рынке.

На рисунке 13.1 представлена структура этой службы по уровням управления: федеральный, региональный и муниципальный.

Из этого рисунка видно, что управление службой централизовано и осуществляется на федеральном уровне Федеральной службой, которая руководит Управлениями Роспотребнадзора в регионах (субъектах РФ), а те, в свою очередь, управляют Территориальными отделами в муниципальных образованиях субъектов РФ.

Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) возглавляет руково-

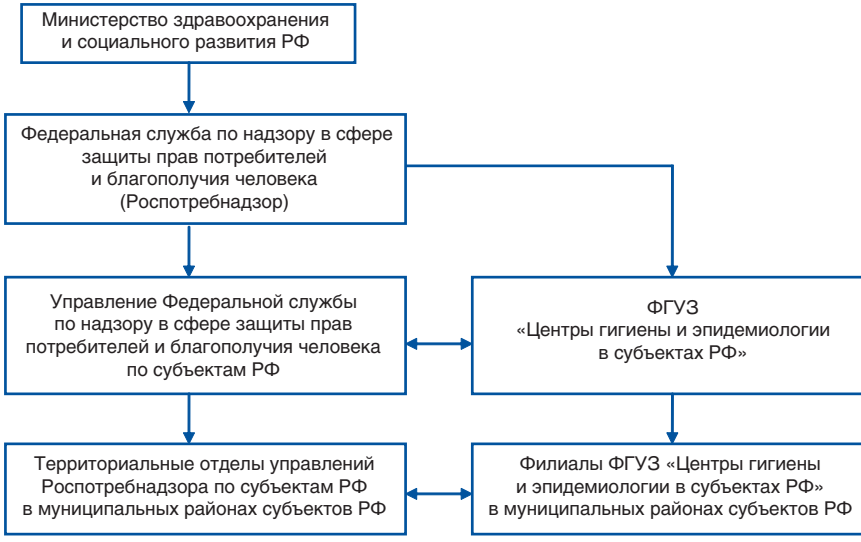

Рис. 13.1. Организационно-функциональная структура Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по уровням управления

дитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством Российской Федерации по представлению министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Руководитель является главным государственным санитарным врачом Российской Федерации, несет персональную ответственность за осуществление возложенных на службу функций.

Руководитель Роспотребнадзора имеет заместителей, назначаемых на должность и освобождаемых от должности министром здравоохранения и социального развития Российской Федерации по представлению руководителя службы. Заместители, выполняющие функции по организации и осуществлению государственного санитарно-эпидемиологического надзора, являются заместителями главного государственного санитарного врача Российской Федерации. Количество заместителей руководителя устанавливается Правительством Российской Федерации.

Финансирование и материально-техническое обеспечение службы осуществляется из бюджетов (федерального, регионального и муниципального) и внебюджетных средств. В правовом отношении весьма важно, что главные государственные санитарные врачи (главный и в территориях), другие должностные лица и специалисты, 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.

Федеральная служба осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и иными организациями. Всего в Федеральной службе образовано 89 территориальных управлений и 90 Центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации. Специалисты Федеральной службы осуществляют санитарно-карантинный контроль в 285 пунктах пропуска, в том числе в 102 — на автомобильном транспорте, 67 — в аэропортах, 64 — морских, 13 речных, 39 — на пограничных железнодорожных станциях. Кроме того, в подведомственности Федеральной службы находятся 28 научно-исследовательских институтов, 14 противочумных станций, более 100 организаций

дезинфекционного профиля. Всего в органах и организациях Федеральной службы работает около 110 тыс. специалистов.

Основными учреждениями службы являются Федеральные государственные учреждения здравоохранения (ФГУЗ) «**Центры гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ**», которые имеют филиалы в муниципальных образованиях. Эти центры осуществляют следующие функции:

- проведение необходимых исследований, испытаний, экспертиз;
- осуществление государственного учета инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний, отравлений и других заболеваний, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека;
- проведение социально-гигиенического мониторинга;
- осуществление статистического наблюдения в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

В систему органов и учреждений Роспотребнадзора входят также 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.

Среди важнейших направлений деятельности службы — организация, проведение и контроль за осуществлением текущей и профилактической дезинфекции, которую проводят **дезинфекционные станции**. Большинство из них сегодня преобразованы в государственные унитарные предприятия дезинфекционного профиля или самостоятельные некоммерческие организации, учреждаемые центрами гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации и работающие под их руководством и контролем. Они 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 указанных 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.

Информационно-аналитические центры службы 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. Система информационного обеспечения в Роспотребнадзоре — это разветвленная, многоуровневая автоматизированная информационная система 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.

13.3. Полномочия Роспотребнадзора

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека имеет следующие полномочия:

1. **Осуществляет надзор и контроль** за исполнением обязательных требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и в области потребительского рынка, в том числе:

- государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением санитарного законодательства;
- государственный контроль за соблюдением законов и иных нормативных правовых актов РФ, регулирующих отношения в области защиты прав потребителей;

- контроль за соблюдением правил продажи отдельных предусмотренных законодательством видов товаров, выполнения работ, оказания услуг;
- санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу РФ;
- аккредитацию испытательных лабораторий (центров), работающих в области подтверждения соответствия качества и безопасности муки, макаронных и хлебобулочных изделий, и проверку их деятельности в части работы по подтверждению соответствия указанной продукции и выдачи сертификатов, предусмотренных законодательством РФ;
- государственный надзор и контроль за качеством и безопасностью муки, макаронных и хлебобулочных изделий при осуществлении закупок указанной продукции для государственных нужд, а также при поставке (закладке) муки в государственный резерв, ее хранении в составе государственного резерва и транспортировке;
- государственный надзор и контроль за качеством и безопасностью муки, макаронных и хлебобулочных изделий при ввозе (вывозе) указанной продукции на территорию РФ.

2. **Осуществляет** в соответствии с законодательством РФ **лицензирование** отдельных видов деятельности, отнесенных к компетенции службы.

3. **Регистрирует**:

- впервые внедряемые в производство и ранее не использовавшиеся химические, биологические вещества и изготовляемые на их основе препараты, потенциально опасные для человека (кроме лекарственных средств);
- отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека (кроме лекарственных средств);
- отдельные виды продукции, в том числе пищевые продукты, впервые ввозимые на территорию РФ;
- лиц, пострадавших от радиационного воздействия и подвергшихся радиационному облучению в результате чернобыльской и других радиационных катастроф и инцидентов.

4. **Устанавливает причины** и выявляет условия возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений).

5. **Информирует** органы государственной власти РФ, органы государственной власти субъектов РФ, органы местного самоуправления и население о санитарно-эпидемиологической обстановке и о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

6. **Готовит предложения** о введении и об отмене на территории России, субъектов РФ ограничительных мероприятий (карантина) в порядке, установленном законодательством РФ.

7. **Организует** в установленном порядке **ведение социально-гигиенического мониторинга**.

8. **Организует деятельность** системы государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ.

9. **Осуществляет** в установленном порядке **проверку деятельности** юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан по выполнению требований санитарного законодательства, законодательства РФ в области защиты прав потребителей, правил продажи отдельных видов товаров.

10. **Осуществляет функции главного распорядителя и получателя средств** федерального бюджета в части средств, предусмотренных на содержание службы и реализацию возложенных на нее функций.

11. **Обеспечивает** в пределах своей компетенции **защиту сведений**, составляющих государственную тайну.

12. **Организует прием граждан**, обеспечивает своевременное и полное рассмотрение обращений граждан, принимает по ним решения и направляет заявителям ответы в установленный законодательством РФ срок.

13. **Обеспечивает мобилизационную подготовку** службы, а также контроль и координацию деятельности находящихся в ее ведении организаций по их мобилизационной подготовке.

14. **Организует профессиональную подготовку работников** аппарата службы, их переподготовку, повышение квалификации и стажировку.

15. **Осуществляет** в соответствии с законодательством РФ **работу** по комплектованию, хранению, учету и использованию архивных документов, образовавшихся в процессе деятельности службы.

16. **Взаимодействует** в установленном порядке с органами государственной власти иностранных государств и международными организациями в установленной сфере деятельности.

17. В установленном законодательством РФ порядке **размещает заказы и заключает государственные контракты**, а также иные гражданско-правовые договоры на проведение научно-исследовательских работ для государственных нужд в установленной сфере деятельности, на поставку вакцин, необходимых для реализации национального календаря профилактических прививок, диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также на поставку товаров, выполнение работ и оказание услуг для нужд службы.

18. **Осуществляет иные функции** в установленной сфере деятельности, если такие функции предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации или Правительства Российской Федерации.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека не вправе осуществлять в установленной сфере деятельности нормативно-правовое регулирование, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства РФ, а также управление государственным имуществом и оказание платных услуг.

Все вышеперечисленные ограничения полномочий службы не распространяются на полномочия руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по управлению имуществом, закрепленным за службой на праве оперативного управления, решению кадровых вопросов и вопросов организации деятельности службы.

Для выполнения своих обязанностей специалистам государственной санитарно-эпидемиологической службы страны предоставлены следующие широкие должностные полномочия:

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, направленные на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

2) беспрепятственно 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 выполнения 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, обусловленных неблагоприятным воздействием на организм человека факторов среды 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;
- об осуществлении 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 следствен-

ные 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 ЛПУ 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.

13.4. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование

Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование включает в себя:

- разработку единых требований к проведению научно-исследовательских работ по обоснованию санитарных правил;
- контроль за проведением научно-исследовательских работ по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию;
- разработку (пересмотр), экспертизу, утверждение и опубликование санитарных правил;
- контроль за внедрением санитарных правил, изучение и обобщение практики их применения;
- регистрацию и систематизацию санитарных правил, формирование и ведение единой федеральной базы данных в области государственного санитарно-эпидемиологического нормирования.

Разработка, утверждение и введение в действие санитарных правил

На территории Российской Федерации действуют федеральные санитарные правила, разработанные, утвержденные и введенные в действие федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Санитарные правила подлежат регистрации и официальному опубликованию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Разработка санитарных правил должна предусматривать:

- проведение комплексных исследований по выявлению и оценке **воздействия факторов** среды обитания на здоровье населения;
- определение санитарно-эпидемиологических **требований** предотвращения вредного воздействия факторов среды обитания на здоровье населения;
- установление **критериев безопасности** и (или) безвредности, гигиенических и иных нормативов факторов среды обитания;
- анализ **международного опыта** в области санитарно-эпидемиологического нормирования;
- установление оснований **для пересмотра** гигиенических и иных нормативов;
- **прогнозирование** социальных и экономических последствий применения санитарных правил;
- обоснование **сроков и условий** введения санитарных правил в действие.

Соблюдение санитарных правил обязательно для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

Нормативные правовые акты, касающиеся вопросов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, принимаемые федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, решения юридических лиц по указанным вопросам, государственные стандарты, строительные нормы и правила, правила охраны труда, ветеринарные и фитосанитарные правила не должны противоречить санитарным правилам.

За несоблюдение и нарушение законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия и защиты прав потребителей устанавливаются следующие виды ответственности:

- **дисциплинарная** — замечание, выговор, увольнение за несоблюдение трудовой дисциплины. Привлекает к дисциплинарной ответственности работодатель;
- **гражданско-правовая** — устанавливается за вред, причиненный личности или имуществу юридического или физического лица (гражданину), за несоблюдение санитарных норм и правил; предусматривает возмещение затрат на восстановление здоровья или имущества;
- **административная** — регулируется Кодексом об административных правовых нарушениях; предусматривает наказания в виде предупреждения или наложение штрафа;
- **уголовная ответственность** — регулируется Уголовным кодексом и предусматривает наказания: штрафы, ограничение свободы, лишение свободы (в зависимости от тяжести преступления).

Контрольные вопросы

1. Дайте определение гигиенического норматива.
2. Опишите структуру государственного органа, отвечающего за осуществление санитарно-эпидемиологического контроля и надзора в РФ.
3. Каковы основные полномочия Роспотребнадзора?
4. Какие виды ответственности существуют за нарушение санитарно-эпидемиологического благополучия и защиты прав потребителей в РФ?

ГЛАВА 14
Экспертиза трудоспособности в РФ

14.1. Основные понятия и определения

Экспертиза трудоспособности — это вид экспертизы, который заключается в определении причин, длительности, степени временной или стойкой утраты трудоспособности человека в связи с заболеванием, увечьем или другой причиной, а также определение потребности человека в определенных видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

Нетрудоспособность — невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность. Установление нетрудоспособности имеет юридическое значение, так как освобождает от работы, обеспечивает бесплатное лечение по ПГГ и выплату пособий за счет средств социального страхования. Нетрудоспособность может быть **временной и стойкой**. Стойкая нетрудоспособность или инвалидность — постоянная (или длительная), полная или частичная потеря трудоспособности.

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 возможности ликвидации осложнений. **Социальные критерии**

определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании и конкретных условиях труда пациента, отражают все, что связано с его профессиональной деятельностью (напряжение, профессиональные вредности и др.).

14.2. Экспертиза временной утраты трудоспособности

Временная утрата трудоспособности (ВУТ) — 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, т.е. невозможность выполнять трудовые функции носит временный, обратимый характер.

ВУТ устанавливается на весь период болезни при благоприятном прогнозе; при неблагоприятном прогнозе она продолжается до выявления стойкой нетрудоспособности.

ВУТ 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. Возможны показания социального порядка, когда освобождение от работы трудоспособного человека связано с уходом за заболевшим членом семьи, носительством возбудителя, дегельминтизацией и т.п. Временная нетрудоспособность подразделяется на полную и частичную.

Полная ВУТ — это утрата работающим способности к труду на определенный срок и потребность в специальном режиме и лечении. **Частичная ВУТ** — 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 иными режимом и объемом.

Экспертиза ВУТ включает оценку состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков ВУТ.

В ЛПУ выделяют следующие уровни экспертизы ВУТ: лечащий врач; врачебная комиссия (ВК) ЛПУ; врачебная комиссия органа управления здравоохранением муниципального образования,

входящего в субъект Федерации; экспертная комиссия органа управления здравоохранением субъекта Федерации; главный специалист по экспертизе ВУТ Минздравсоцразвития России.

Экспертиза ВУТ осуществляется лечащими врачами в ЛПУ независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности и формы собственности, при наличии лицензии на данный вид медицинской деятельности.

Лечащий врач, осуществляющий экспертизу ВУТ:

- определяет признаки ВУТ на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;
- выдает листок нетрудоспособности (справку) в соответствии с «Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан» (в том числе при посещении на дому);
- при последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, обосновывает продление освобождения от работы;
- своевременно направляет пациента для консультации на ВК с целью определения дальнейшего лечения и решения других экспертных вопросов (так действует, например, частнопрактикующий врач при необходимости продления листка нетрудоспособности свыше 30 дней).

Заведующий отделением стационара, поликлиники (при наличии должности в штатном расписании) осуществляет постоянный контроль за исполнением лечащими врачами функций по организации и проведению лечебно-диагностического процесса и экспертизы ВУТ, за выдачей документов, удостоверяющих ВУТ граждан, своевременным и правильным направлением пациентов на ВК и на медико-социальную экспертизу; проводит экспертную оценку КМП на разных сроках лечения с обязательным осмотром пациента и записью в первичных документах, а также осуществляет экспертную оценку медицинской документации по окончании периода ВУТ или при переводе пациента на другой этап лечения и др.

Заместитель руководителя учреждения (главного врача, начальника, заведующего) по клинико-экспертной работе возглавляет ВК и обеспечивает условия для ее работы; осуществляет выборочный текущий контроль по законченным случаям лечения паци-

ентов и экспертизе ВУТ, принимает участие в решении клинико-экспертных вопросов; анализирует клинико-экспертные ошибки, докладывает на врачебных конференциях результаты анализа экспертизы и проводимых мероприятий по снижению заболеваемости с ВУТ.

Руководитель учреждения здравоохранения является ответственным за экспертизу ВУТ в ЛПУ, издает приказы по вопросам ее организации и проведения; организует учет и отчетность по ВУТ; утверждает состав ВК, регламент ее работы; определяет потребность в бланках листков нетрудоспособности, ежегодно в установленные сроки (до 15.01) направляет заявку в территориальный орган управления здравоохранением на необходимое число бланков и отчитывается в их использовании.

Сложные случаи по вопросам ВУТ выносятся на заседание ВК ЛПУ.

Деятельность ВК установлена приказом Минздравсоцразвития РФ № 513-н от 24.09.2008 г. «Об утверждении Положения о врачебной комиссии медицинской организации», который более подробно (по сравнению с аналогичным приказом Минздравсоцразвития России № 170 от 14.03.2007 г.) описывает функции комиссии (подробно о ВК см. раздел 12.3).

Главный внештатный специалист по клинико-экспертной работе Минздравсоцразвития России, органа управления здравоохранением субъекта Федерации и муниципального образования, входящего в состав субъекта Федерации, анализирует состояние и качество экспертизы ВУТ в подведомственных учреждениях.

Листок нетрудоспособности удостоверяет ВУТ и подтверждает временное освобождение от работы (учебы); в отдельных случаях его заменяют 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 ВУТ. Он дает право не выходить на работу, на отпуск и на получение денежного пособия из средств социального страхования.

Выдача и продление документа, удостоверяющего ВУТ, осуществляются врачом после личного осмотра и подтверждаются записью в медицинской документации, обосновывающей временное освобождение от работы. Документ, удостоверяющий ВУТ, выдается и закрывается, как правило, в одном ЛПУ, при показаниях может быть продлен в другом ЛПУ.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным врач ЛПУ выдают в случаях, когда отсутствие ухода грозит опасностью для жизни и здоровья заболевшего; невозможно поместить его в больницу; среди членов семьи нет другого неработающего лица, которое 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.

Выдача больничных листков при несчастном случае на производстве. Несчастным 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. Расследование случая производственного травматизма должно производиться в течение 24 ч с момента происшествия.

Несчастные случаи в пути на работу (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 не-

трудоспособности 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.

Сроки выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах и размеры компенсаций. Лечащий врач выдает листок нетрудоспособности единолично и единовременно на срок до 10 календарных дней и продлевает его единолично на срок до 30 календарных дней с учетом утвержденных Минздравсоцразвития России ориентировочных сроков временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.

В соответствии с доработками в Федеральный закон № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию» первые два дня утерянного заработка компенсируются работодателем, далее — ФСС. При страховом стаже до 5 лет пособие будет выплачиваться в размере 60% среднего заработка, от 5 до 8 лет — 80%, а свыше 8 лет — 100%.

14.3. 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. 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 больных на медико-социальную экспертизу, правильно и информативно заполнять документы, направляемые в МСЭ.

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, проезде 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.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ)

В РФ МСЭ включает следующие организации:

- Федеральное бюро МСЭ;
- главные бюро МСЭ (в регионах): всего их 83;
- бюро МСЭ в муниципальных образованиях, их около 1700.

Структура и деятельность бюро (они находятся в ведении социальной службы) 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 МСЭ — установление инвалидности, определение ее причин и группы.

Существует определенный **порядок направления** больных на МСЭ. Лечащий врач проводит тщательное клиническое, лабораторное, инструментальное, рентгенологическое обследование больного, при необходимости привлекая врачей-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. На МСЭ 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 не должна превышать 4 мес.

На МСЭ направляются лица, не имеющие признаков стойкой нетрудоспособности, в случаях, когда ВУТ продолжается 10 мес (в от-

дельных случаях — травмы, состояние после реконструктивных операций, туберкулез — в течение 12 мес). На МСЭ направляются и работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации при ухудшении клинического и трудового прогноза. В направлении на МСЭ указывают число выданных листков нетрудоспособности, их начало и окончание, а также причину временной нетрудоспособности.

Диагноз при направлении на МСЭ должен быть сформулирован в соответствии с МКБ-10. Кроме направления на МСЭ, требуется правильно оформленный листок нетрудоспособности. В листке нетрудоспособности указывается дата направления на экспертизу (заполняется ВК, подписывается ее председателем и заверяется круглой печатью ЛПУ). Больной направляется на экспертизу с открытым листком нетрудоспособности.

МСЭ осуществляется в бюро по месту жительства. Врачи-эксперты оформляют Акт освидетельствования во МСЭ, который содержит паспортные и профессиональные данные, результаты экспертного обследования, включающие жалобы больного, клинико-трудовой анамнез, данные осмотра — терапевтом, невропатологом, хирургом (или другими специалистами — в зависимости от заболевания), результаты дополнительных исследований, диагноз экспертной комиссии и подробное экспертное решение. Заключение комиссии об определении инвалидности или продолжении ВУТ фиксируется в листке нетрудоспособности с указанием даты освидетельствования, подписывается председателем и заверяется печатью МСЭ комиссии.

В соответствии с заключением комиссии назначается пенсия инвалидам определенных групп, предоставляются облегченные условия для работы и определяются другие виды льгот. Без трудовой рекомендации МСЭ руководители предприятий и учреждений не имеют права предоставлять работу инвалидам.

При необходимости 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 выстоящего бюро МСЭ.

Выделяют 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 МСЭ больных туберкулезом, с психическими, онкологическими, сердечно-сосудистыми, глазными, профессиональными заболеваниями и пациентов с последствиями травм созданы специализированные комиссии, которые организуются на базе специализированных ЛПУ — противотуберкулезных, онкологических, кардиологических диспансеров, а также на базе крупных больниц и поликлиник. Специализированные экспертные комиссии состоят из 2 врачей соответствующей специальности (один из них председатель) и врача смежной профессии.

Председателем комиссии (и общего профиля, и специализированной) назначают наиболее опытного и сведущего в вопросах МСЭ врача, который несет ответственность за работу комиссии, юридическую и клинико-экспертную обоснованность принимаемых решений.

Освидетельствование больных и инвалидов в основном проводится в помещениях комиссии, но при необходимости возможно на дому, а также в крупных ЛПУ, обслуживающих район.

Группы инвалидности

В каждом конкретном случае **инвалидность**, или стойкая утрата трудоспособности, может возникнуть вследствие:

- общего заболевания;
- профессионального заболевания;
- в связи с трудовым увечьем;
- инвалидности с детства.

У 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. Законодательством Российской Федерации могут быть установлены и другие причины инвалидности.

В зависимости от степени нарушений функций организма и степени ограничения жизнедеятельности устанавливается I, II или III группа инвалидности, ребенку в возрасте до 18 лет — категория **ребенок-инвалид**. При установлении инвалидности также определяется степень ограничения трудовой деятельности (I, II или III степень ограничения). Критерии основных видов нарушений функций организма и степени их выраженности, а также ограничений в жизнедеятельности человека и степени их выраженности регламентируются приказом Минздравсоцразвития № 1013-н от 23.12.2009 г. «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Наиболее тяжелая — **инвалидность I группы**. Она 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 со стойкими и резко выраженными функциональными нарушениями, которые 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 стойких нарушений функции организма, но не нуждающимся в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре).

Инвалидность III группы устанавливается лицам со стойкими, умеренно выраженными нарушениями функций организма, 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-го разряда с гипертонической болезнью II стадии на работу по раздаче инструментов), а также лицам, которым необходимы значительные ограничения по профессии, что приводит к резкому сокращению объема производственной деятельности.

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 пересмотреть группу инвалидности из-за ухудшения состояния больного. Довольно часто инвалидность устанавливают без указания срока освидетельствования. Это, как правило, делается при тяжелых заболеваниях без перспективы улучшения клинического и трудового прогноза. С 2008 г. расширены показания для установления бессрочной инвалидности, особенно в случае наличия стойких дефектов.

Значительное место в деятельности бюро МСЭ 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 ВУТ, 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 (см. также раздел 6.1).

Контрольные вопросы

1. Дайте определение стойкой нетрудоспособности.
2. Каковы уровни экспертизы ВУТ?
3. На какой срок врач может выдать листок нетрудоспособности?
4. Каковы критерии установления группы инвалидности в РФ?
5. Перечислите функции МСЭ.

ГЛАВА 15

Приоритетные национальные проекты и планы развития здравоохранения РФ

15.1. Программа обеспечения населения лекарственными средствами

Ранее эта программа называлась Программой дополнительного лекарственного обеспечения населения (ДЛО), сегодня — ОНЛС (обеспечения населения ЛС). Она реализуется с 2005 г. в рамках Федеральных законов № 178 от 17. 07.1999 г.[1] и № 122-ФЗ от 22.08.2004 г.[2] (или закона о монетизации льгот). Суть изменений, внесенных ФЗ № 122, в социальную поддержку граждан:

1. Полномочия по государственной социальной помощи были разделены между федеральным и региональным уровнями власти. Эта помощь может быть оказана в виде ежемесячных денежных выплат или пособий и в виде субсидий по оплате определенного набора социальных услуг (НСУ) и необходимых товаров. Федеральный бюджет взял на себя существенную нагрузку по оплате НСУ. К категориям населения, имеющим право на НСУ за счет федерального бюджета, были отнесены: инвалиды войны; участники Великой Отечественной войны (ВОВ), ветераны боевых

---

[1] «О государственной социальной помощи».

[2] «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов „О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон „Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и „Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"».

действий; военнослужащие, проходящие военную службу в воинских частях; лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»; лица, работавшие в период ВОВ на объектах военного значения; члены семей погибших инвалидов и участников ВОВ, инвалиды, дети-инвалиды. Был установлен НСУ для этих категорий граждан — дополнительная бесплатная медицинская помощь в виде обеспечения ЛС, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания, а также предоставление прав на санаторно-курортное лечение (по направлению врача) и на бесплатный проезд в пригородном транспорте и междугородном транспорте к месту лечения. Программа обеспечения населения ЛС, изделиями медицинского назначения и продуктами лечебного питания получила название ДЛО (дополнительное лекарственное обеспечение).

За счет средств субъектов РФ НСУ получали другие категории населения, имеющие право на получение государственной социальной помощи. Перечень категорий населения, состав НСУ и Перечень ЛС регулировались самими регионами согласно ФЗ № 178 от 17.07.1999 г. и постановлению Правительства РФ № 890 от 30.07.1994 г.[1]

2. Гражданам, имеющим право на получение НСУ за счет средств федерального бюджета, было предоставлено право отказаться от НСУ в пользу ежемесячных денежных выплат.

3. Была установлена номинальная сумма оплаты НСУ на одного гражданина за счет средств федерального бюджета, которая подлежала ежегодной индексации. В 2005 г. эта сумма (на оплату ЛС и санаторно-курортного лечения) составляла 400 руб. в месяц, в 2009 г. — 668 руб.

Принятие этого закона позволило зафиксировать и формализовать обязательства государства по обеспечению социальной помощи гражданам, а также расширить права отдельных категорий граждан по обеспечению льготами. Например, объем средств на НСУ в части ДЛО (из всех источников финансирования) в 2005 г. увеличился в 2,5 раза по сравнению с 2004 г., а в 2008 г. — в 6,3 раза. Также была существенно расширена номенклатура ЛС.

---

[1] «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

В 2008 г. программа ДЛО была трансформирована в программу обеспечения населения ЛС (ОНЛС), и полномочия по обеспечению лекарственными средствами отдельных категорий граждан, имеющих право на НСУ за счет средств федерального бюджета, были переданы на уровень субъектов РФ с соответствующими субвенциями[1].

В 2008 г. численность граждан, имеющих право на федеральные льготы по НСУ, составила около 9 млн человек, из них 6 млн пользовались НСУ по лекарственному обеспечению[2], в 2009 г. — около 5,5 млн человек.

В 2008 г. из программы ОНЛС также была выделена отдельная подпрограмма «7 нозологий». По этой подпрограмме лекарствами обеспечивались около 50 тыс. граждан, страдающих заболеваниями, требующими дорогостоящего лечения, среди них: больные гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также пациенты после трансплантации органов и тканей.

Всего на обеспечение отдельных категорий населения ЛС за счет средств бюджетов всех уровней в 2008 г. было потрачено 96,7 млрд руб. Из них на программу ОНЛС — 49,8 млрд руб. (30,9 млрд руб. — из средств федерального бюджета и 18,9 млрд руб. — из региональных), а на программу «7 нозологий» — почти 43 млрд руб., включая средства на осуществление организационных мероприятий в субъектах РФ.

Следует отметить, что при формировании Федерального закона № 122 и в реализации программы ДЛО (ОНЛС) были допущены недостатки. Среди них:

1. Предусмотренное в законе право выбора граждан между ежемесячными денежными выплатами и НСУ привело к тому, что часть граждан отказалась от натуральной льготы в пользу ежемесячных

---

[1] Постановление Правительства РФ № 722 от 29.09.2008 г. «О предоставлении в 2008 году иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения».

[2] Сайт Минздравсоцразвития РФ, http://www.minzdravsoc.ru/social/social/o/, выступление министра здравоохранения и социального развития на совещании по вопросам социального обеспечения россиян (26 февраля 2009 г.).

денежных выплат и тем самым эти граждане могли и не потратить полученные средства на ЛС, т.е. на улучшение своего здоровья. Более того, в программе ДЛО остались граждане преимущественно с высокими рисками потребления дорогостоящих ЛС, что привело к недостатку средств в этой программе (так как объем средств на нее предусмотрен из расчета стоимости ежемесячной выплаты на 1 человека, оставшегося в программе).

2. Лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях за счет солидарных (общественных) средств необходимо было организовать для всех, а не только для отдельных категорий населения. Например, можно было предусмотреть дополнительные взносы в систему ОМС на программу лекарственного страхования. При этом установить соплатеж населением расходов на ЛС в момент их приобретения, а льготные категории населения освободить от этих соплатежей, т.е. сделать для них приобретение ЛС полностью бесплатным. Именно так организована система лекарственного обеспечения в странах с развитой рыночной экономикой. Только при обеспечении всех категорий населения (особенно граждан в трудоспособном возрасте и детей) необходимыми ЛС в амбулаторных условиях можно добиться заявленных целей по программе ДЛО — снижения заболеваемости и числа госпитализаций.

3. Категории населения, получающие льготы за счет средств региональных бюджетов, оказались в зависимости от бюджетной обеспеченности субъектов РФ, соответственно возникло неравенство жителей различных субъектов по доступности государственной социальной помощи.

4. Были недостаточно продуманы механизмы реализации программы. Например, не были предусмотрены достаточные механизмы снижения дополнительной нагрузки на врача, связанной с ведением дел по ДЛО, что привело к недовольству врачей и снижению качества обслуживания пациентов. Компьютеризация рабочих мест врачей и обеспечение МИС по выписке ЛС не смогли полностью закрыть эту проблему, так как не все рабочие места врачей оснащены компьютерами, а МИС не всегда удобны в эксплуатации.

В настоящее время обсуждаются вопросы о лекарственном страховании всего населения, а не только отдельных категорий граждан.

15.2. Приоритетный национальный проект «Здоровье»

С 2006 г. под патронажем Президента РФ начали реализовываться приоритетные национальные проекты: «Образование», «Доступное жилье», «Развитие агропромышленного комплекса» и «Здоровье». Наиболее масштабным и значимым являлся ПНП «Здоровье» (который также включал дополнительные меры в области демографии). Его реализация началась с 2006 г. по 4 основным направлениям (рис. 15.1).

1. **Развитие первичной медико-санитарной помощи**. В рамках этого направления осуществляются:

- повышение оплаты труда медицинских работников первичного звена здравоохранения — врачей общей (семейной) практики, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинских сестер, работающих с ними; врачей, фельдшеров и медицинских сестер скорой медицинской помощи; фельдшеров, акушерок и медицинских сестер ФАПов;
- оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений и станций скорой медицинской помощи современным оборудованием и автотранспортом;
- увеличение объемов подготовки врачей на курсах повышения квалификации и переподготовки.

2. **Усиление профилактической составляющей медицинской помощи**. По этому направлению реализуются следующие мероприятия:

- проведение иммунизации населения и расширение Национального календаря профилактических прививок, а также выявление и лечение инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С;
- проведение диспансеризации и углубленных медицинских осмотров населения, в том числе работающих во вредных и опасных условиях труда, диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- проведение обследования новорожденных на галактоземию, муковисцидоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, врожденный гипотиреоз и проведение аудиологического скрининга.

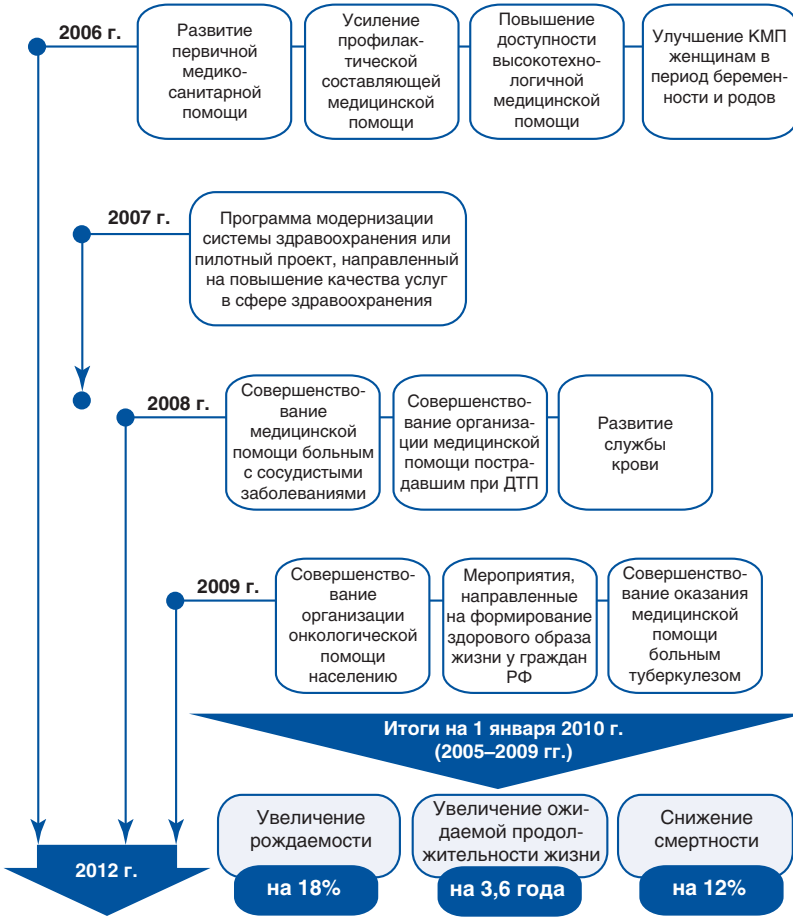

Рис. 15.1. Основные направления реализации ПНП «Здоровье» в 2006–2009 гг. и итоги на 01.01.2010 г.

3. **Повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи**. Это направление включает:

- увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи по ПГГ;
- строительство 14 новых центров высоких медицинских технологий;
- развитие новых высоких технологий (с 2008 г.).

4. **Улучшение КМП женщинам в период беременности и родов** — реализуется через систему родовых сертификатов и строительство и оснащение 23 областных (краевых, республиканских) перинатальных центров.

С 2007 по 2009 г. появилось еще 7 дополнительных направлений.

5. **Программа модернизации системы здравоохранения**, или пилотный проект, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, который был реализован в 19 субъектах РФ в 2007–2008 гг.[1] По этой программе были задействованы следующие направления: реформирование оплаты медицинских работников в зависимости от конечных результатов; поэтапный переход медицинских учреждений на одноканальное финансирование; финансирование медицинских учреждений в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанных по МЭС; внедрение элементов фондодержания поликлиниками; учет объемов и качества оказанной медицинской помощи.

6. **Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями** — программа, стартовавшая в 2008 г. В этой программе с 2008 г. принимают участие 12 субъектов РФ (с 2009 г. планируется подключение еще 12 субъектов РФ), в которые поставляется современное оборудование для организации первичных сосудистых отделений и центров сосудистой патологии. В 2009 г. выделены средства для оснащения оборудованием 2 федеральных учреждений.

7. **Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП)** (реализуется с 2008 г.). По этому направлению предусмотрены субсидии субъектам РФ (территории, через которые проходят федеральные автомобильные дороги) на закупку оборудования для организации отделений по оказанию специализированной помощи пострадавшим в ДТП. В 2009 г. также предусмотрено оснащение оборудованием 2 федеральных центров.

8. **Развитие службы крови**. Направление реализуется с 2008 г. и включает мероприятия по пропаганде массового донорства крови, а также централизованную закупку оборудования (мобильные комплексы заготовки крови и ее компонентов, медицинское, лабораторное, сетевое и компьютерное оборудование) для 26 субъектов РФ.

---

[1] Постановление Правительства РФ № 816 от 28 ноября 2007 г.

9. **Совершенствование организации онкологической помощи населению** (реализуется с 2009 г.). По этому направлению предусмотрены субсидии 11 субъектам РФ на оснащение оборудованием 11 окружных и региональных онкологических диспансеров, а также средства на оснащение оборудованием 2 федеральных учреждений.

10. **Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у граждан РФ**. По этому направлению в 2009 г. предусмотрены субсидии на создание и оснащение 502 центров профилактики во всех субъектах РФ и на разработку сайта Минздравсоцразвития РФ.

11. **Совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом** (2009 г.) — обеспечение ЛПУ противотуберкулезными ЛС, лабораторным и диагностическим оборудованием и др.

Всего на все направления ПНП «Здоровье» было израсходовано с 2006 по 2009 г. 475,4 млрд руб. Ежегодные вложения не превысили 0,38% ВВП.

Главным итогом приоритетного национального проекта «Здоровье» стало улучшение здоровья населения РФ. Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась с 65,3 года в 2005 г. до 68,7 года — в 2009 г., т.е. на 3,6 года. Общий коэффициент смертности понизился с 16,1 в 2005 г. до 14,2 — в 2009 г., т.е. на 12%. Ежегодное снижение смертности позволило сохранить за 4 года 830 тыс. жизней российских граждан.

Этот расчет сделан следующим образом: без реализации проекта «Здоровье» общий коэффициент смертности в 2006–2009 гг. остался бы на уровне 2003–2005 гг., т.е. 16,2–16,0 на 1000 человек. Сумма разницы между общим коэффициентом смертности в 2005 г. и его значениями в 2006 г., 2007 г., в 2008 г. и в 2009 г. в пересчете на все население страны и дает показатель сохраненных жизней — 830 тыс. человек за этот период.

Благодаря национальному проекту «Здоровье» и принятым Правительством РФ мерам по улучшению демографической ситуации («материнский капитал» и массовая пропаганда рождаемости), рождаемость с 2006 по 2007 г. увеличилась почти на 9%, а с 2007 по 2008 г. — на 7%. При этом рождаемость увеличилась практически во всех субъектах РФ.

Некоторые эксперты связывают это увеличение с ростом числа женщин детородного возраста. Действительно, с 2005 г. в дето-

родный возраст вступило поколение женщин, рожденных в 1981–1985 гг.; по численности оно на 9% превосходит предыдущее поколение, рожденных в 1976–1980 гг. Но такая же ситуация была и в 2000 г., когда в детородный возраст вступило поколение женщин, рожденных в 1976–1980 гг., по численности превосходящее предыдущее поколение на 8%. Но с 2000 по 2005 г. увеличение рождаемости происходило в среднем по 4% в год[1], а не на 9 и 7%, как это произошло в 2007 и в 2008 гг. Таким образом, структурный фактор (т.е. увеличение числа женщин детородного возраста) мог обеспечить не более половины эффекта прироста рождаемости, наблюдаемой с 2007 г., другая его половина — это влияние государственной политики.

Реализация проекта «Здоровье» показала важность в улучшении здоровья населения государственного вмешательства, т.е. наличия политической воли.

Вместе с тем следует отметить и недостатки в реализации проекта — акцент сделан на вложения в развитие высоких технологий и инфраструктурной составляющей здравоохранения. Так, закупка дорогостоящего оборудования для ЛПУ, строительство центров высоких технологий составили 40% в общих расходах на проект. Вложения в развитие ПМСП и профилактики, которые являются наиболее экономически эффективными мерами по улучшению здоровья населения, составили только 60%.

Вложения в решение ключевых проблем здравоохранения (увеличение низкой оплаты труда медицинских работников и повышение их недостаточной квалификации), от которых определяющим образом зависит эффективность системы здравоохранения, были просто малы (соответственно только 21 и 0,2% всех средств на проект «Здоровье»). В 2009 г. медицинские работники оставались одними из самых низкооплачиваемых; их заработная плата была на 21% ниже, чем в среднем по РФ, и почти в 1,6 раза ниже, чем у работников системы государственного управления.

Что касается пилотного проекта по модернизации здравоохранения, то перед его реализацией не были выработаны единые методология проведения и критерии оценки эффективности. В результате субъекты РФ реализовывали проект каждый по своему методу,

[1] В 2005 г. наблюдался спад рождаемости на 3%.

и полученные результаты оказались мало сопоставимыми, кроме одного: увеличение финансирования медицинской помощи ведет к увеличению объемов ее оказания, повышению тарифов, увеличению оплаты труда медицинских работников и, как следствие, — некоторому улучшению КМП пациентам.

Таким образом, ПНП «Здоровье» доказал, что политическая воля — важнейший фактор, стимулирующий системные преобразования в отрасли. Увеличение финансирования здравоохранения — важнейшее условие для улучшения здоровья населения РФ. Даже такие небольшие ежегодные вложения в здравоохранение (0,38% ВВП) позволили заметно улучшить состояние здоровья населения. Для повышения эффективности вложений в здравоохранение необходимы широкое экспертное обсуждение и научное обоснование принимаемых решений.

15.3. Текущие и перспективные планы развития здравоохранения РФ

Для повышения результативности и эффективности деятельности органов государственной власти РФ Правительством РФ в 2008 г. принята **«Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г.»**[1]. В этом документе намечены целевые ориентиры для всех отраслей экономики РФ, в том числе и для здравоохранения, среди них по улучшению здоровья населения: снижение смертности населения в 1,5 раза и увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 73 лет. Важность перечисленных в разделе «Развитие здравоохранения» задач не вызывает сомнений. Это обеспечение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению РФ; модернизация системы ОМС; повышение эффективности системы организации медицинской помощи; улучшение лекарственного обеспечения граждан; информатизация системы здравоохранения, в том числе создание единого информационно-образовательного ресурса; развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, в том числе системы НМО; совершенствование системы охраны здоровья населения и продолжение реализации ПНП «Здоровье».

[1] Утверждена распоряжением Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008 г.

Уделено внимание вопросам здравоохранения и в **Программе антикризисных мер Правительства РФ на 2009 год**, подписанной Председателем Правительства РФ 19.06.2009 г. В ней однозначно декларируется приоритет развития человеческого потенциала, в том числе путем повышения эффективности здравоохранения и сокращения дифференциации населения — по уровню доходов и в зависимости от региона проживания. Предусматриваются дальнейшее развитие ПНП «Здоровье», реализация комплекса мер по формированию здорового образа жизни, развитию службы крови, совершенствованию медицинской помощи матерям и детям, а также больным сосудистыми заболеваниями и пострадавшим при ДТП. Запланирована реализация мер, направленных на совершенствование медицинской помощи больным онкологической патологией и туберкулезом. Заявлено о необходимости усиления государственного регулирования цен на ЛС, закупаемых за счет бюджетов. Все эти направления послужили важнейшими ориентирами для формирования политики здравоохранения на ближайшую перспективу.

В соответствии с этими документами в 2009–2010 гг. были приняты следующие федеральные законы:

1. Федеральный закон № 212-ФЗ от 24.07.2009 г. **«О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»**. Этот закон предусматривает увеличение тарифов страховых взносов, отчисляемых в систему ОМС, на 2%. Закон очень важный и обеспечивает фиксированное дополнительное финансирование ПГГ.

2. Федеральный закон № 61-ФЗ от 12.04.2010 г. **«Об обращении лекарственных средств»**. Этот закон предусматривает усиление государственного регулирования цен на ЛС путем установления фиксированный цены на ЛС от производителя и регулирования размера торговых надбавок, а также ряд мер по усилению контроля качества ЛС и упорядочиванию системы их регистрации. Закон актуален и направлен на повышение доступности ЛС населению РФ.

3. Федеральный закон № 83-ФЗ от 08.05.2010 г. **«О внесении изменений в отдельные законодательные акты** Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения **государственных (муниципальных) учреждений»**. Этот закон предусматривает

преобразование большей части государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в более самостоятельные бюджетные учреждения (подробно о плюсах и минусах этого закона см. раздел 8.2.2).

4. Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. **«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»**. Положительные нормы, вводимые этим законом:

- устанавливается система одного плательщика за медицинскую помощь по ПГГ в лице системы ОМС («одноканальное финансирование»). Это значительно упрощает и повышает эффективность системы финансирования здравоохранения;
- предусматривается концентрация большей доли средств ОМС на федеральном уровне в Федеральном фонде ОМС (все взносы на работающее население, а с 2012 и на неработающее население).

Вместе с тем, для нивелирования определенных рисков потребуются специальные подзаконные акты. Например, установлено право пациента на выбор СМО, МО и врача. Право на выбор СМО сложно реализовать из-за отсутствия объективных конкурентных признаков у СМО (ПГГ для всех граждан должна быть одинакова). Право на выбор МО и врача может нарушить этапность в организации медицинской помощи и привести к дополнительным издержкам системы (так как пациент может обращаться к нескольким врачам по поводу одного и того же заболевания).

В настоящий момент (по состоянию на декабрь 2010 г.) на рассмотрении в Государственной Думе РФ находятся следующие **законопроекты**:

- Законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
- **«Программа модернизации здравоохранения в субъектах РФ на 2011–2012 гг.»**, подготовленная Минздравсоцразвития РФ.

Законопроект **«Об основах охраны здоровья граждан в РФ»** пока еще не обсуждался широкой общественностью, но его принятие назрело, поскольку в действующем законе многие нормы устарели. Например, было бы очень важно зафиксировать минимальный объем средств на финансирование программы государственных гарантий (например, на уровне не ниже 6% ВВП) и предусмотреть порядок его ежегодной индексации.

«Программа модернизации здравоохранения в субъектах РФ на 2011–2012 гг.» предусматривает, что в указанный период за счет дополнительных денежных средств (которые будут аккумулированы в Федеральном фонде ОМС вследствие увеличения с 2011 г. тарифов страховых взносов на 2%) в системе здравоохранения всех регионов будут проведены следующие мероприятия:

- модернизация сети учреждений здравоохранения в соответствии с порядками медицинской помощи (капитальный ремонт и завершение строительства, оснащение учреждений дорогостоящим оборудованием) — на что будет потрачено около 65% средств из предусмотренных на 2 года 460 млрд руб.;
- информатизация системы здравоохранения — 8% средств;
- увеличено финансирование ПГГ с целью перехода на современные технологии оказания медицинской помощи (по стандартам медицинской помощи) — на эту статью расходов (т.е. увеличение тарифов) будет потрачено около 27% средств.

Эта программа, безусловно, важна для здравоохранения РФ, но есть некоторые риски, которые могут возникнуть при ее реализации. Например, объема денежных средств, направленных на повышение оплаты труда медицинских работников, будет недостаточно для достойного повышения оплаты труда врачей и, как следствие, покрытия дефицита медицинских кадров по ряду специальностей. Соответственно может сложиться ситуация, что некому будет оказывать медицинскую помощь в отремонтированных и обустроенных медицинских учреждениях. Таким образом, было бы важно бóльшую долю средств потратить на увеличение тарифов по оплате медицинской помощи (соответственно заработную плату медицинских работников, которая составляет до 50% в структуре этого тарифа).

Контрольные вопросы

1. Как осуществляется обеспечение населения лекарственными средствами за счет общественных средств в РФ?
2. Каковы основные направления реализации ПНП «Здоровье»?
3. Назовите главные итоги ПНП «Здоровье» по улучшению здоровья населения.
4. Перечислите федеральные законы и законопроекты, принятые в области здравоохранения в 2010 г.
5. Напишите номер закона «Об ОМС».

ГЛАВА 16
Оценка эффективности и результативности в здравоохранении

16.1. Основные понятия и определения

Поскольку в нашей стране встречается различная трактовка понятий «результативность» и «эффективность» деятельности системы здравоохранения, ниже приведены определения этих терминов, соответствующие международным представлениям.

Результативность (effectiveness) — способность достигать запланированных результатов. В здравоохранении это показатели здоровья населения, исходов лечения пациента, удовлетворенности пациента и др. Под медицинской результативностью чаще всего подразумевают конкретные результаты лечения пациента, под социальной — показатели общественного здоровья населения.

Эффективность (efficiency) — оценка результативности с учетом затраченных средств или ресурсов. Измеряется по соотношению полученных результатов, например, объемов произведенных услуг и произведенных вложений (ресурсов, средств). В здравоохранении это могут быть: стоимость лечения одного эпизода заболевания, число выписанных пациентов на 1 врача или медицинскую сестру и др.

Производительность (productivity) — показатель эффективности выпуска продукции (услуг) в расчете на единицу используемых ресурсов (факторов производства) за определенный период. Измеряется количеством единиц выпускаемой продукции на 1 рабочего (или средство производства) в единицу времени.

Система оценки результативности и эффективности здравоохранения включает методику оценки системы здравоохранения на всех

ее уровнях, в том числе критерии и показатели (индикаторы) этой оценки, а также описание формы и порядка предоставления отчетности. Данная система является составной частью процесса управления системой здравоохранения.

Критерий оценки — обобщенная (укрупненная) характеристика свойств продукта или услуги, например социальный эффект, экономический эффект, КМП, доступность медицинской помощи и др.

Показатель (индикатор) — числовая (измеримая) характеристика свойств продукта или услуги. Показатели могут характеризовать как процесс оказания медицинской помощи, так и его результаты.

Качество медицинской помощи (КМП) — степень соответствия медицинской помощи запланированным стандартам, требованиям и правилам, в том числе оправданным ожиданиям пациентов. Это один из критериев системы оценки результативности и эффективности системы здравоохранения в процессе оказания медицинской помощи (см. также главу 12).

16.2. Обоснование необходимости оценки результативности и эффективности системы здравоохранения

В последние десятилетия правительства многих стран с развитой рыночной экономикой уделяют пристальное внимание оценке результативности и эффективности деятельности своих систем здравоохранения, а также качеству медицинской помощи и безопасности пациента. Связано это с несколькими факторами.

1. Появилось множество дорогостоящих медицинских технологий, что привело к росту расходов на медицинскую помощь. Например, в странах ОЭСР расходы на здравоохранение составляют в среднем до 9% ВВП, в США — уже 16% ВВП. Дальнейшее увеличение расходов вызывает серьезное недовольство налогоплательщиков и работодателей, из отчислений которых формируются финансовые средства на оплату медицинской помощи населению. Это требует контроля за рациональностью расходования общественных средств и внедрения политики снижения издержек в здравоохранении.

2. Появились новые высокоэффективные лекарственные средства, которые, с одной стороны, обладают высоким терапевтическим эффектом, с другой — серьезными побочными действиями, что требует от врача высокого профессионализма и квалификации.

3. Увеличилась роль пациента в системе оказания медицинской помощи — из пассивного получателя медицинских услуг он становится активным и требовательным участником этого процесса.

Таким образом, государство в лице Министерства здравоохранения вынуждено не только гарантировать населению качество и безопасность медицинской помощи, но и следить за тем, чтобы общественные средства, выделяемые на ее финансирование, тратились эффективно. В связи с этим в ряде стран установлены обязательный и постоянный мониторинг деятельности системы здравоохранения и ежегодная публикация отчетов по оценке ее результативности и эффективности в соответствии с утвержденными показателями.

Международные исследования, направленные на разработку критериев оценки результативности и эффективности системы здравоохранения, активно проводятся с момента публикации в 1999 г. доклада Института медицины США «Человеку свойственно ошибаться» («The err is human»). В этом докладе было показано, что в результате врачебных ошибок в США ежегодно погибает около 100 тыс. человек. Этот доклад привлек серьезное внимание как к КМП и безопасности пациентов, так и в целом к эффективности вложений ресурсов в здравоохранение.

В 2000 г. был опубликован доклад ВОЗ «Состояние здоровья в мире: повышение эффективности деятельности систем здравоохранения», в котором было определено, что ключевыми целями деятельности любой системы здравоохранения являются улучшение здоровья населения, достижение равенства в оплате и доступности медицинской помощи, а также повышение удовлетворенности населения медицинской помощью. В этом докладе также сравнивались системы здравоохранения разных стран по эффективности, т.е. по соотношению результатов (показателей здоровья населения) и вложений (финансовые средства).

В 2005 г. Фонд содружества (Commonwealth Fund) разработал 37 индикаторов и сравнил 18 стран по результативности и эффективности деятельности здравоохранения. В 2004–2006 гг. Комиссия ОЭСР по здравоохранению провела встречу министров здравоохранения 30 стран и выработала единую методологию оценки эффективности деятельности систем здравоохранения. Процесс совершенствования этой методологии продолжается постоянно.

Сегодня на регулярной основе публикуют отчеты по оценке эффективности своих систем здравоохранения Великобритания, США, Нидерланды. ОЭСР и ВОЗ публикуют отчеты со сравнительными данными между странами.

16.3. Цели, задачи и методология оценки эффективности системы здравоохранения

Главной целью любой системы оценки эффективности является повышение результативности деятельности системы здравоохранения, т.е. улучшение здоровья населения.

Задачи, которые могут быть решены в результате оценки эффективности системы здравоохранения:

1. Сравнить деятельность различных систем здравоохранения.
2. Оценить различия в структуре и функциях систем здравоохранения.
3. Определить факторы, способствующие достижению положительных результатов.
4. Определить степень соответствия системы установленным стандартам и нормативам.
5. Установить зоны неэффективности в деятельности системы здравоохранения.
6. Оценить динамику изменений, происходящих в системе.
7. Оптимизировать расходы и спланировать ресурсную составляющую системы здравоохранения.

Чтобы анализ и оценка деятельности системы здравоохранения вели к улучшению деятельности системы, необходимо, чтобы были определены:

- источники информации для проведения анализа: статистические базы данных, отчеты, опросы и др.;
- методология анализа полученной информации, в том числе установлены критерии, показатели и их целевые значения к определенному сроку;
- организация, которая ответственна за установление целевых значений показателей, их сбор и анализ;
- организация, ответственная за санкции при неисполнении показателей, а также установлены сами санкции;

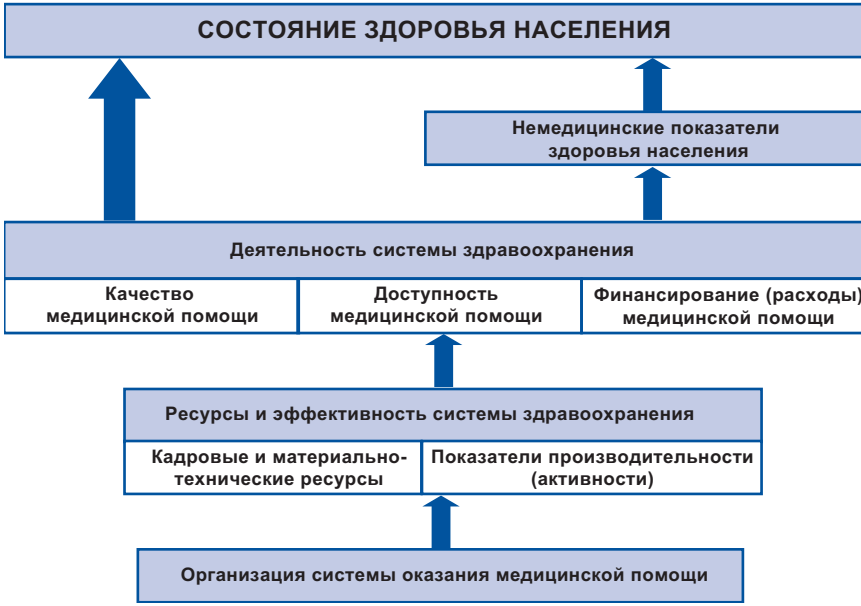

Рис. 16.1. Методология оценки эффективности системы здравоохранения

- форма, в которой представляется информация по оценке эффективности деятельности системы здравоохранения, и периодичность предоставления отчетности.

Исходя из того, что главными критериями результативности системы здравоохранения являются показатели здоровья населения, сначала анализируются показатели здоровья, затем — показатели, характеризующие образ жизни населения, далее ресурсы и основные функции системы здравоохранения. Общая схема анализа представлена на рис. 16.1.

В таблице 12.3 (глава 12) представлены примеры показателей интегральной оценки результативности системы здравоохранения РФ в сравнении с развитыми странами.

16.4. Показатели оценки эффективности здравоохранения

Оценка эффективности системы здравоохранения — наиболее слабо изученная часть в управлении здравоохранением. Сложности возникают из-за противоречий в общественном характере деятельности

системы здравоохранения в целом (т.е. ее деятельность оценивается по тому социальному благу, который она привносит в общество через улучшение здоровья населения) и в частнопредпринимательском характере деятельности многих ее участников, например некоторых поставщиков медицинских услуг и фармацевтических компаний. Последние должны демонстрировать безубыточность и прибыльность своей деятельности (т.е. использовать в оценке деятельности чисто рыночные показатели эффективности). Еще одна сложность в оценке эффективности систем здравоохранения — это установление правильных нормативов и стандартов, с которыми сравниваются фактические значения. Эти нормативы должны отражать действительно оптимальный способ организации, ресурсной обеспеченности или производительности системы здравоохранения.

В данном подразделе показатели экономической эффективности рассмотрены с точки зрения системы здравоохранения в целом (макроуровень). Показатели оценки эффективности деятельности отдельных поставщиков медицинских услуг рассмотрены в разделе 8.5. Требования к показателям эффективности здравоохранения таковы:

- показатели должны быть значимыми для участников системы, т.е. на их основании можно сделать важные для системы выводы;
- показатели должны быть научными, т.е. их значения должны быть надежными и воспроизводимыми;
- показатели должны быть рассчитываемыми, т.е. должны быть источники информации, а стоимость сбора и анализа информации по этим показателям не должна превышать значимости выводов;
- все показатели эффективности здравоохранения должны учитывать КМП и результаты лечения пациентов. Например, стоимость лечения и производительность труда в одной из клиник может быть намного выше, чем в другой, но при этом показатели КМП — заметно хуже. В этом случае такая высокая эффективность для первой клиники не является ориентиром эффективности ее деятельности.

Система классификации показателей экономической эффективности, представлена в табл. 16.1. Самое главное — всегда должно анализироваться соотношение результаты/вложения. Сказать, эф-

фективна ли система здравоохранения, можно по сравнению полученного показателя (соотношения) со стандартом или лучшим показателем по стране (группе стран).

Таблица 16.1. Структура показателей по оценке экономической эффективности деятельности системы здравоохранения

По категориям потребителей	Поставщики медицинских услуг, страховые компании	Система здравоохранения в целом
Выходы (результаты)	Производительность: • число выписанных из стационара пациентов; • число посещений врача; • число случаев лечения; • численность прикрепленного населения	Показатели КМП и здоровья населения: • внутрибольничная летальность; • ожидаемая продолжительность жизни; • младенческая смертность
Вложения	Ресурсные: • труд медицинских сестер, используемый для операционной активности; • число посещений врача, заканчивающихся госпитализацией	Финансовые: • заработная плата медицинских работников; • стоимость ЛС; • тарифы на услуги

Оценку эффективности определяют также по показателям рационального расходования ресурсов, среди них:

- величина предотвратимых госпитализаций (по заболеваниям);
- частота повторных госпитализаций (по заболеваниям);
- индексы эффективности деятельности больниц;
- показатели неэффективного использования ресурсов (например, использование антибиотиков для лечения неосложненного вирусного заболевания; назначение PSA-теста для диагностики рака предстательной железы пациентам старше 75 лет).

16.5. Расчеты эффективности системы здравоохранения

Государство (и общество в целом) несут экономические потери в связи с заболеваемостью, травматизмом, временной нетрудоспособностью, инвалидностью и преждевременной смертностью

граждан. Эти потери можно оценить в денежных единицах, например, рассчитав их на основании вложений, которые делает каждый трудящийся гражданин в ВВП страны.

Одновременно государство, работодатели и граждане вкладывают средства в здравоохранение. В результате этих вложений снижается смертность, заболеваемость и инвалидность населения, т.е. улучшается здоровье населения. Достигнутый в результате этих вложений экономический эффект от улучшения здоровья населения называют предотвращенным экономическим ущербом (или дополнительным экономическим эффектом).

Предовращенный экономический ущерб	=	Экономический ущерб в случае проведения мероприятий и улучшения здоровья населения	–	Экономический ущерб в случае непроведения мероприятий и улучшения здоровья населения

Проведенным мероприятием может быть, например, увеличение финансирования здравоохранения.

Примеры расчетов

Приведем расчеты дополнительного экономического эффекта от снижения смертности трудоспособного населения (1), снижения числа дней нетрудоспособности (2) и продления пенсионного возраста (3), а также расчеты по оценке рентабельности дополнительных вложений в здравоохранение.

1. **Если снизить коэффициент смертности трудоспособного населения с 2008 по 2020 г. в 2 раза, то сохранятся жизни 2 млн человек. Дополнительный вклад в ВВП этих людей за указанный период суммарно составит 1,059 трлн руб.** (рис. 16.2).

Методика расчета[1]. Можно посчитать этот дополнительный вклад по формуле: (Средний ежегодный прирост сохраненных жизней за 13 лет — 160 тыс. человек) × (Средняя стоимость жизни трудоспособного человека в год, оцененная по среднему значению ВВП за этот период, — 500 тыс. руб.) × 13 лет. Динамика измене-

[1] Приведенная здесь и далее методика расчета позволяет сделать оценки с точностью ±10–15%.

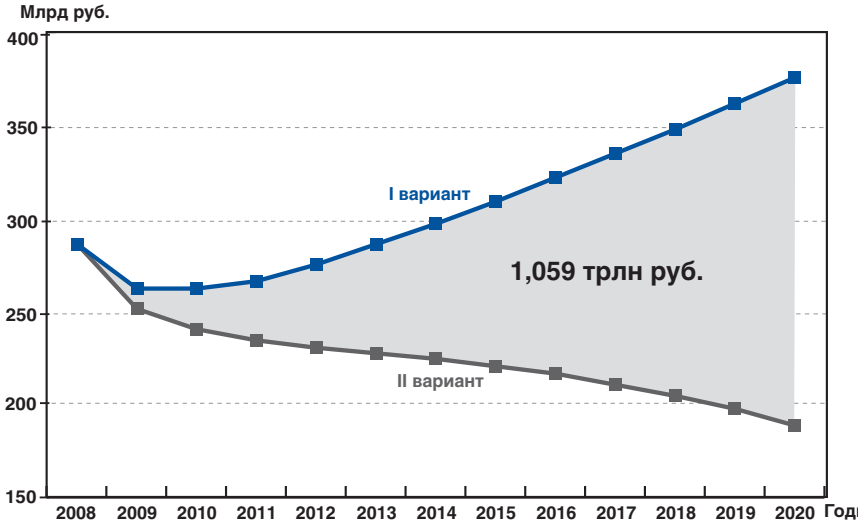

Рис. 16.2. Динамика потерь ВВП по 2 вариантам динамики числа умерших в трудоспособном возрасте

ния ВВП РФ рассчитана следующим образом: 2008 г. — 41,5 трлн руб.; в 2009 г. — падение на 8,5% уровня 2008 г.; в 2010 г. — сохранение на уровне 2009 г.; в 2011 г. — рост на 2% по отношению к 2010 г.; в 2012 г. — рост на 3%, далее рост на 4% ежегодно по отношению к предыдущему году, как и предусмотрено в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ. Все расчеты проведены в ценах 2008 г. Численность трудоспособного населения принята за константу — 90 млн человек.

2. **Снижение числа дней нетрудоспособности в период с 2008 по 2020 г. на 25% (т.е. с 361 до 270 млн дней в год) даст дополнительный доход в ВВП в размере 1,215 трлн руб. за этот период, или 2,9% ВВП 2008 г.**

Методика расчета. На рисунке 16.3 представлен прогноз потерь ВВП в зависимости от числа дней нетрудоспособности. Верхняя кривая (I вариант) — потери из-за временной нетрудоспособности работников из расчета, что количество дней нетрудоспособности останется на уровне 2008 г. (361 млн дней в год). Нижняя кривая (II вариант) — потери из-за временной нетрудоспособности из расчета, что количество дней нетрудоспособности снизится к 2020 г.

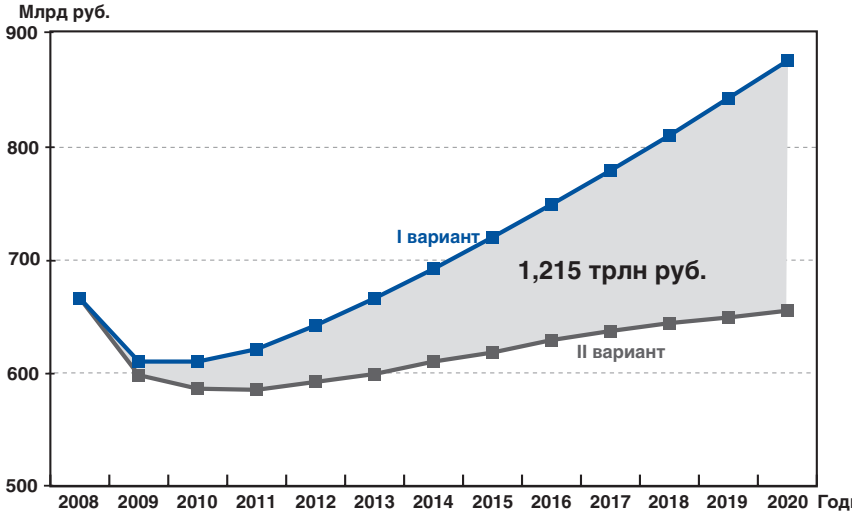

Рис. 16.3. Динамика потерь ВВП при 2 вариантах расчета числа дней нетрудоспособности в год

на 25% по отношению к уровню 2007 г. (до 270 млн дней в год). Стоимость 1 дня нетрудоспособности оценена по ВВП. Динамика изменения ВВП представлена выше. Численность трудоспособного населения принята за константу 90 млн человек.

Разница между I и II вариантами за период с 2007 по 2020 г. составит 1,215 трлн руб. Это прямой доход, которого можно достичь путем снижения числа дней нетрудоспособности на 25%.

3. **Продление активного трудового возраста мужчин и женщин после наступления установленного пенсионного возраста — главный резерв экономического роста РФ; это позволит внести дополнительный вклад в ВВП страны в размере 32,5 трлн руб**. Продление пенсионного возраста особенно важно для наукоемких и инновационных отраслей экономики, где требуются высокообразованные и высококвалифицированные рабочие, инженеры и научные кадры.

Методика расчета. В период с 2008 по 2020 г. включительно ежегодно на пенсию в среднем будут выходить около 2 млн человек.

В 2008 г. мужчин в возрасте от 55 до 60 лет было 4 млн человек, женщин в возрасте от 50 до 55 лет — 6 млн. Если пренебречь смертностью за 5 лет и последующим изменением численности в этих

когортах в период 2008–2020 гг., то в пенсионный возраст в среднем за следующие 5 лет ежегодно будут вступать 800 тыс. мужчин (4 млн чел.: 5) и 1,2 млн женщин (6 млн человек: 5), т.е. 2 млн мужчин и женщин в год.

Всего за 13 лет выйдут на пенсию 26 млн человек. В течение этого периода времени жизнь каждого из них будет удлиняться и к 2020 г. увеличится на 5 лет; соответственно на 5 лет увеличится пенсионный возраст. Активный их труд в указанные годы жизни до наступления пенсионного возраста внесет дополнительный вклад в ВВП, подсчитать который можно следующим образом.

Сначала определяют, сколько человеколет будет составлять вклад в ВВП этих 26 млн человек за 13 лет при заданных условиях поэтапного увеличения продолжительности жизни: 26 млн человек × × 2,5 года = 65 млн человеколет (2,5 года — среднее увеличение продолжительности жизни этих граждан за 13 лет к 2020 г.). Затем этот показатель умножают на среднее значение ВВП за 13 лет — 500 тыс. руб. в год. Итого: 65 млн человеколет × 500 тыс. руб. = 32,5 трлн руб.

Таким образом, **общий прямой экономический эффект**, связанный со снижением смертности трудоспособного населения в 2 раза, снижением числа дней нетрудоспособности на 25% и поэтапным продлением трудового возраста на 5 лет (у мужчин — до 65 лет, у женщин — до 60), с 2008 по 2020 г. **составит 34,8 трлн руб., или 84% ВВП 2008 г., или плюс 6% ВВП ежегодно**. При этом важнейшим фактором для роста экономики РФ является продление активного трудоспособного возраста.

Для улучшения здоровья населения потребуется увеличение финансирования здравоохранения как минимум до 6% ВВП, или до 1200$ППС, или 20 тыс. руб. на душу населения в ценах 2007 г. Общий объем средств, который потребуется для финансирования здравоохранения до уровня 6% ВВП в период с 2008 по 2020 г., составит 11,33 трлн руб. Это значение рассчитано как разница между 2 вариантами (рис. 16.4): I вариант — поэтапный рост финансирования здравоохранения до 6% ВВП к 2012 г. с последующим сохранением этого уровня финансирования; II вариант — финансирование на уровне 3,5%.

Можно рассчитать рентабельность (окупаемость издержек), которая является показателем экономической эффективности производства и рассчитывается путем отношения прибыли к сумме про-

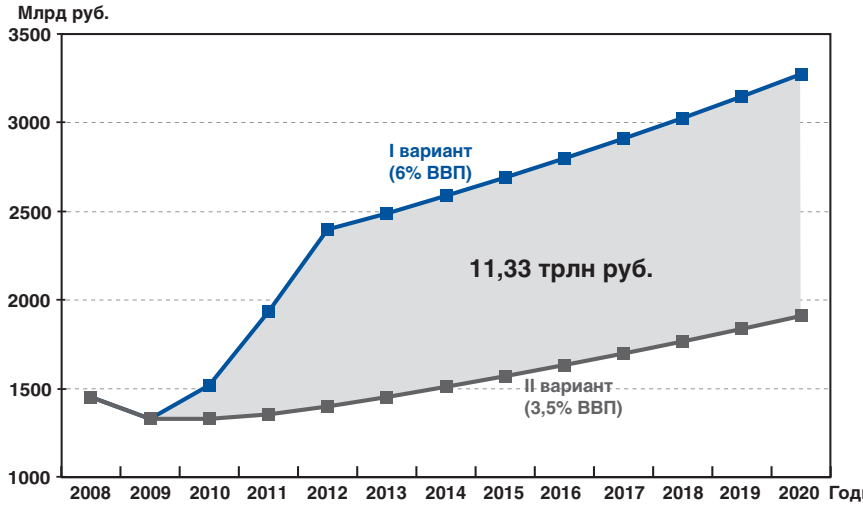

Рис. 16.4. Динамика расходов на здравоохранение по 2 вариантам

изведенных затрат. Рентабельность вложений в здравоохранение России будет равняться 200% [(34,8–11,33)/11,3 × 100% = 207%], где 34,8 трлн руб. — доходы от вложений в здравоохранение.

Таким образом, рентабельность дополнительных вложений в здравоохранение составляет 200%. Это означает, что каждый дополнительно вложенный государством 1 руб. может обеспечить прирост ВВП на 3 руб. Это — один из самых высоких показателей рентабельности в экономике. Другими словами, вкладывать средства в здравоохранение выгодно и государству, и работодателям.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение результативности и эффективности.
2. Почему важно измерять результативность и эффективность в здравоохранении?
3. Какова структура показателей по оценке результативности и эффективности в здравоохранении?
4. Какой эффект ожидается от увеличения финансирования здравоохранения РФ до 2020 г. (опосредованного через улучшение здоровья населения), и какова рентабельность этих вложений в здравоохранение?

ГЛАВА 17
Здравоохранение за рубежом

17.1. Всемирная организация здравоохранения

В настоящее время в мире активно работает более 200 международных медицинских организаций и ассоциаций, деятельность которых связана со здравоохранением, в том числе: Организация Объединенных Наций (ООН), Международная организация труда (МОТ), Международный детский фонд (ЮНИСЕФ), Организация Объединенных Наций по науке и культуре (ЮНЕСКО), Международная продовольственная организация (ФАО) и др. Самой крупной и значимой среди них является Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), которая сотрудничает со 180 международными медицинскими организациями, агентствами, ассоциациями.

История международных организаций в здравоохранении 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 1-ю 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.). 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; кроме того, она оказывала 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 с участием делегатов из 51 страны был обсужден и принят Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), а также составлен протокол о роспуске МБОГ и секции гигиены Лиги Наций, преемниками которых и стала ВОЗ. В 1948 г. 26 государств-членов ООН, учредителей ВОЗ, ратифицировали ее устав. 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 день 7 апреля каждого года отмечается как Международный день здоровья.

Целью ВОЗ, как гласит ее устав, является «достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья». С 1981 г. ВОЗ действует, руководствуясь общей стратегией, которая была определена как «достижение здоровья для всех к 2000 г.».

Деятельность ВОЗ строится в соответствии с общими программами, принимаемыми на 5–7 лет. Основными направлениями последней программы ВОЗ являются:

- развитие систем здравоохранения в странах в соответствии с принятой еще в 1970 г. резолюцией об основных принципах национального здравоохранения (ответственность государства, профилактика, участие населения, использование достижений науки и др.);
- развитие ПМСП, декларация о которой была принята на Алма-атинской конференции ВОЗ в 1978 г.;
- подготовка и усовершенствование медицинских 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 населения информацией по здравоохранению;
- расширенная программа научных медицинских исследований, актуальные направления консультативной и технической помощи странам.

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 возлагаются консультативная, экспертная и техническая помощь странам, а также предоставление необходимой информации.

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 возросло до 190.

Секретариат ВОЗ имеет децентрализованную структуру: штаб-квартира расположена во Дворце здоровья в Женеве; 6 региональных бюро для стран Европы — в Копенгагене (Дания), для Америки — в Вашингтоне (США), для бассейна Восточного Средиземноморья — в Александрии (Египет), для Юго-Восточной Азии — в Дели

(Индия), 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 работают более 4,5 тыс. человек. Это специалисты и технический персонал из разных стран.

Ежегодно созываются общие собрания государств-членов — всемирные ассамблеи здравоохранения, а между ними — сессии Исполнительного комитета, включающего представителей 30 государств-членов.

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 того, ряд документов и материалов (как и перевод выступлений делегатов на ассамблеях, в комитетах) выходит на рабочих языках — русском, китайском, испанском, арабском, немецком.

По инициативе ВОЗ 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 по борьбе с малярией, распространенность которой сократилась не менее чем в 2 раза; программа иммунизации против 6 инфекционных заболеваний; выявление и борьба с ВИЧ; организация служб ПМСП и др.

Однако ВОЗ не свободна и от 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.

17.2. Уроки реформирования здравоохранения за рубежом

В данном разделе приведен опыт реформирования здравоохранения стран ОЭСР по наиболее актуальным для здравоохранения России вопросам:

- содержанию и порядку формирования базового гарантированного пакета медицинской помощи для населения (или ПГГ бесплатной медицинской помощи, как она называется в России);
- повышению квалификации медицинских кадров;
- достижению баланса между свободой выбора врача и медицинской организации пациентом и координацией медицинской помощи врачами;
- процессам децентрализации в управлении здравоохранением;
- корпоративному (профессиональному) регулированию в профессии;
- формированию национальной лекарственной политики.

Каждая тема оформлена в виде вопроса, в завершении которой сформулированы главные уроки и предложены рекомендации для здравоохранения РФ. Этот раздел поможет сформировать учащимся навыки сравнительного анализа систем здравоохранения и формулирования ключевых выводов.

Ряд других вопросов, характеризующих зарубежное здравоохранение, изложен в соответствующих разделах (финансирования, ОМС, управления КМП).

17.2.1. Что и кому обеспечивает гарантированный «пакет» медицинской помощи

Практически все страны ОЭСР гарантируют бесплатную медицинскую помощь 100% населения (оплата — из государственных или общественных средств). Исключение составляют Германия, США, Турция и Мексика. В Германии 10% населения, получающего высокие доходы, по закону застрахованы в системе ДМС (объем покрытия услуг аналогичен таковому в системе ОМС). В США, Турции и Мексике страхование[1] не является всеобщим и обязательным,

[1] В данном случае под страхованием понимается обеспечение медицинской помощью за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней.

в результате в этих странах никаких гарантий по обеспечению медицинской помощью не имеют соответственно 16, 30 и 50% населения. Наличие незастрахованного населения ведет к позднему обращению за медицинской помощью (соответственно с более запущенными стадиями заболеваний), отказу от медицинских услуг или к катастрофическим расходам, т.е. к таким, которые делают обратившегося за медицинской помощью банкротом (см. также раздел 8.3.2).

Что касается объема покрытия, т.е. содержания пакета государственных гарантий (или страхового пакета), то в большинстве стран ОЭСР он покрывает практически все виды медицинских и медико-социальных услуг, в том числе услуги врачей, работающих в амбулаторных условиях, диагностические исследования, стационарное лечение при большинстве заболеваний, неотложную и скорую медицинскую помощь, услуги родовспоможения, медико-социальные услуги и обеспечение ЛС в амбулаторных условиях. Поскольку финансовое обеспечение пакета госгарантий в этих странах в разы выше, чем в РФ, то и спектр услуг, а также их качество и доступность заведомо лучше. Наиболее наглядным отличием от РФ является то, что во всех странах ОЭСР практически всем категориям населения из государственных источников покрываются расходы на ЛС в амбулаторных условиях, которые составляют в среднем 230$ППС на душу населения в год. В РФ этот показатель в 5,5 раза меньше — 45$ППС.

В целом можно констатировать, что чем больше страна тратит из общественных средств, тем больше гарантий имеет население. Например, в Великобритании в начале 1990-х годов образовались очереди на прием к врачам первичного звена (пациентам приходилось ждать более 3 дней) и появились длинные листы ожидания высокотехнологичных операций (6 мес и более). Чтобы решить эти проблемы, пришлось в 2 раза увеличить финансирование здравоохранения. Дополнительные средства пошли на оплату медицинских услуг и ресурсное обеспечение: на подготовку и привлечение врачей в первичное звено здравоохранения, строительство и переоснащение больниц, а также на повышение эффективности управления отраслью.

Однако следует понимать, что ни одна страна не может позволить себе обеспечение полного спектра медицинских потребностей населения, так как средства на здравоохранение всегда ограничены. Любое увеличение объемов государственного финансирования здравоохранения означает увеличение налоговой нагрузки

на население и на работодателей. Чтобы сбалансировать гарантированные услуги и имеющиеся финансовые средства, вводятся ограничения в пакет госгарантий и нормируется медицинская помощь. Например, чаще всего из гарантий исключаются косметологические услуги, стоматологическая и психотерапевтическая помощь.

На рисунке 17.1 схематично перечислены факторы, влияющие на процесс формирования ПГГ.

Уроки

Гарантии должны быть всеобщими, а содержание пакета гарантий — обязательно покрывать необходимые и важнейшие потребности населения. Добиться баланса между имеющимися средствами и необходимыми потребностями (нуждами) помогает введение ограничений в виде перечней медицинских услуг и предельных тарифов, на ЛС, медицинское оборудование и др.

Рекомендации для России

Для полноценного обеспечения всего населения гарантированным набором медицинских услуг необходимо сделать акцент на увеличении объемов финансирования из государственных источников. По ряду направлений гарантии необходимо расширить (обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях).

17.2.2. Как формируют базовый, гарантированный «пакет» медицинской помощи

Как уже было отмечено, ни одна страна не может позволить себе удовлетворить все потребности населения в медицинской помощи, поэтому для балансировки имеющихся средств и этих потребностей применяются заранее установленные ограничители (или определители). Следует понимать, что эти ограничители могут и не устанавливаться заранее, т.е. правительством просто декларируется, что «ПГГ покрывает все и всем», как это, например, происходит сегодня в РФ. Но на практике эта декларация не соблюдается, о чем свидетельствуют: наличие платных медицинских услуг, очереди к врачам в поликлиниках и на высокотехнологичные методы лечения, невыполнение современных рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний, т.е. ограничение происходит, но спонтанным образом.

Рис. 17.1. Факторы, влияющие на формирование ПГГ

Современная тенденция в развитых странах — переход на прозрачные методы балансировки ограниченных государственных ресурсов и потребностей населения в медицинской помощи путем введения четких ограничителей, т.е. путем исключения определенных услуг из гарантий и выделения приоритетов.

Для ограничения вводятся перечни гарантированных ЛС (Великобритания, Франция, Германия) и другие подробные перечни услуг или медицинских технологий. Процесс выбора приоритетов, установления ограничений, сдерживания затрат и рационального распределения средств между группами населения называется рационированием. Уровни и виды рационирования представлены на рис. 17.2.

Ограничения могут быть позитивными (т.е. включать набор гарантированных услуг и ЛС) или негативными (т.е. исключать определенные услуги и ЛС из гарантий). Например, в США по программам государственного страхования в штате Орегон был составлен перечень из примерно 500 услуг, наиболее важных для лечения пациентов.

Важно, чтобы рационирование происходило на основе научных подходов или комплексной оценки медицинских технологий, т.е. оценки клинической результативности и эффективности медицинских технологий (рис. 17.3).

Все разграничения по поводу гарантированных и негарантированных услуг должны быть четкими и ясными: если больной нуждается в медицинской помощи и застрахован в системе ОМС, ему гарантированы все виды медицинской помощи и все услуги, вошедшие в базовый «пакет», но с учетом установленных ограничений (перечней услуг и ЛС, предельных тарифов и т.д.) и существующей технической оснащенности учреждений. Стремиться надо к тому, чтобы ограничений было как можно меньше.

Врач, исходя из установленных ограничений и руководствуясь клиническими рекомендациями профессиональных обществ и другими современными руководствами, а также собственными знаниями, назначает конкретному пациенту конкретное лечение.

Если установлены фиксированные соплатежи (или доплаты) за день пребывания в больнице или за визит к врачу, то пациент их осуществляет. Никаких других доплат при лечении конкретного заболевания быть не должно.

По ДМС могут оплачиваться услуги, не вошедшие в ПГГ (например, стоматологические, по долгосрочному сестринскому

Рис. 17.2. Инструменты рационирования медицинской помощи в ПГГ по уровням

Рис. 17.3. Комплексная оценка медицинских технологий

уходу, физиотерапии, психотерапии). Если пациент хочет обойти ограничение (например, лечиться ЛС, не вошедшим в гарантированный перечень), он доплатит разницу между ценой аналогичного препарата из перечня и стоимостью выбранного препарата, причем происходить это должно только официально. Если пациент не хочет ожидать установленного для проведения плановой операции срока, он может оплатить лечение за свой счет.

Уроки

Общая тенденция для стран с развитой рыночной экономикой (в целях достижения баланса между имеющимися финансовыми ресурсами и заявленными гарантиями для населения) — это переход при определении гарантий с общих принципов («все, что необходимо») на более прозрачные методы. Среди них: выбор приоритетов, установление перечня конкретных услуг и ЛС, количественное

определение стоимости года качественной жизни (при решении вопроса о включении в ПГГ нового дорогостоящего вида лечения), установление предельных тарифов на ЛС и на лечение конкретного заболевания в стационаре.

Рекомендации для России

Необходима оптимизация наполнения пакета госгарантий путем установления общепринятых в мире ограничений и нормативов (в том числе понятных пациентам), а именно: по видам медицинской помощи, перечням гарантированных ЛС и услуг, референтным ценам на медицинские услуги и лекарства, максимальным срокам ожидания плановых госпитализаций и др.

17.2.3. Как повысить квалификацию медицинских кадров в здравоохранении

Для анализа путей повышения квалификации медицинских кадров необходимо перечислить факторы, которые определяют этот процесс и влияют на него (рис. 17.4).

К внешним факторам (или условиям) относятся: ускорение обновления медицинской информации (удвоение в 3–5 лет) и ее глобализация, увеличение числа новых ЛС и других диагностических и лечебных технологий, удорожание медицинской помощи, увеличение числа больных с хроническими заболеваниями, повышение информированности пациентов.

К внутренним факторам относятся: качество базового медицинского образования и непрерывность последипломного образования, мотивация медицинских работников к качественному труду, материально-техническое и информационное оснащение их рабочих мест, наличие системы контроля КМП. С изменением внешних условий деятельности медицинских работников меняются и требования к качеству их образования. По данным ВОЗ, среди этих требований можно выделить следующие.

- Повышение требований к качеству базового медицинского образования (большая практическая направленность, внедрение современных технологий преподавания, систем управления качеством базового и послевузовского образования) и увеличение сроков последипломной подготовки врачей.

Рис. 17.4. Основные факторы, влияющие на квалификацию медицинских кадров

- Ужесточение требований к допуску к практической деятельности врачей — обязательное прохождение послевузовской подготовки в течение 2–6 лет (в зависимости от специальности) с присвоением квалификации специалиста. Международный опыт допуска к профессиональной деятельности, основанного на доказательной медицине, представлен в табл. 17.1.
- Развитие системы НМО, т.е. повышение квалификации, должно проходить не периодически (как сегодня в РФ — 1 раз в 5 лет), а непрерывно путем ежегодного накопления определенного числа кредитов (кредит — условная единица, равная в большинстве случаев 1 ч образовательной активности).
- Переход НМО из моральной обязанности медицинских работников в законодательно закрепленную норму, предусматривающую санкции за ее несоблюдение. Реализуется это через такие механизмы, как релицензирование врачей, заключение контрактов с медицинскими работниками, предусматривающими подтверждение ежегодного повышения квалификации, набора установленного числа кредитов и др.
- Усиление регулирующей роли государства над качеством последипломного образования. Реализуется через усиление государственного контроля за КМП.
- Активное использование в образовании современных технологий — электронных информационных, телекоммуникационных. Проблемное обучение в малых группах, образование через специально разработанные электронные образовательные модули, обмен опытом с коллегами через специальные электронные чаты.
- Использование в ежедневной практической деятельности врачей клинических рекомендаций и электронных систем поддержки принятия клинических решений.
- Качественное изменение содержания базового и последипломного образования — увеличение числа часов на рациональную фармакотерапию хронических неинфекционных заболеваний и их профилактику. Преподавание экономики здравоохранения (в том числе обучение методам принятия экономически эффективных решений); вопросов управления здравоохранением (в том числе организации преемственности

Таблица 17.1. Условия допуска к профессиональной врачебной деятельности в странах ЕС

Показатель	Общие тенденции
Длительность базового медицинского образования	Стандарты медицинского образования для стран ЕС рекомендуют продолжительность базового медицинского образования 6 лет (всего 5500 часов, включая преподавание практических и теоретических дисциплин). При этом в большинстве стран условием поступления в медицинский вуз является 12-летнее школьное образование. Исключение составляет Великобритания, в которой базовое образование длится 5 лет, но условием поступления являются свидетельство о 12-летнем школьном образовании и требование наличия самых высоких баллов по биологии, физике и химии. В Великобритании, так же как и в США, в ряде вузов (медицинских школ) предоставлена возможность 4-летнего базового медицинского образования, но только после получения степени бакалавра в университете (3 года) и с определенными требованиями, например высокими оценками по химии и биологии
Обязательное послевузовское образование (условие допуска к профессиональной деятельности)	Лицензия (или другой документ, подтверждающий право на занятие практической деятельностью) предоставляется врачам при наличии диплома о высшем медицинском образовании, свидетельства об удовлетворительном состоянии здоровья и свидетельства о послевузовской годичной подготовке (интернатуре). Общая тенденция для стран ЕС сегодня — это получение лицензии только после прохождения специализации в ординатуре (резидентуре), т.е. обучения под наблюдением более опытного специалиста в течение как минимум 2–6 лет в зависимости от выбранной специальности
Специализация (получение сертификата специалиста)	Для получения сертификата специалиста необходимо пройти ординатуру (резидентуру) длительностью от 2 до 5 лет. «Общая практика» во многих странах стала отдельной специальностью, и врач может получить право на занятие этим видом врачебной деятельности только после прохождения 2-годичной ординатуры. После окончания ординатуры необходимо сдать аттестационный экзамен в форме тестового контроля и зачета практических навыков. Общая тенденция сегодня — работодатели и страховщики стараются не заключать контракты с врачами, не прошедшими специализацию. Образование предоставляется академическими институтами и профессиональными медицинскими ассоциациями. Число специальностей и субспециальностей варьирует

Окончание табл. 17.1

Показатель	Общие тенденции
Непрерывное медицинское образование (НМО)	Начинается после окончания вуза и получения обязательного послевузовского образования и продолжается в течение всей профессиональной карьеры. Общая тенденция — ежегодное получение образования и учет его в форме кредитов. Получение НМО учитывается при ресертификации и релицензировании врачей. Программы по НМО предоставляются академическими институтами и профессиональными обществами
Технологии НМО и содержание образовательных программ	Активно используются дистанционные технологии, проблемное обучение в малых группах, а также обучение в соответствии с методологией обучения взрослых. Последняя основана на постулате, что взрослые мотивированы сами получать образование и понимают его значимость. Наблюдается «горизонтальная интеграция» преподавания, т.е. объединение преподавания нескольких предметов в один модуль по определенной проблеме. «Вертикальная интеграция» подразумевает раннее преподавание практических навыков, в том числе в стационарных и амбулаторных условиях, на дому у пациентов и в отдаленных сельских районах
Организация, ответственная за лицензирование и регистрацию медицинских работников	В большинстве стран европейского региона ответственность за выдачу лицензии лежит на министерствах здравоохранения (иногда для этого формируются полуавтономные организации при них). Процедуру лицензирования обязаны пройти все медицинские работники. В большинстве стран дополнительным условием для допуска к профессиональной деятельности является регистрация в национальном (региональном) «регистре лицензированных врачей». Ведение регистра может быть делегировано Министерством здравоохранения профессиональным объединениям врачей
Организация, ответственная за сертификацию специалистов	Сертификацией специалистов в странах европейского региона занимаются профессиональные медицинские ассоциации по специальностям (палаты врачей, медицинские советы) — они разрабатывают образовательные программы и требования к специалистам. В ряде случаев сертификацией специалистов занимаются государственные образовательные учреждения с частичным участием профессиональных ассоциаций
Организация, предоставляющая услуги по НМО	Различные организации и их сочетания: профессиональные медицинские общества по специальностям, образовательные учреждения, научные институты, фармацевтические компании, коммерческие организации. В ряде случаев требуется аккредитация этих организаций на предоставление образовательных услуг

в лечении пациентов), клинической эпидемиологии, медицинской информатики. Обучение навыкам работы в междисциплинарных командах и эффективного взаимодействия с пациентами.

В ряде исследований изучен опыт по реализации НМО в 18 европейских странах (Австрии, Бельгии, Дании, Финляндии, Франции, Германии, Греции, Исландии, Ирландии, Италии, Великобритании, Люксембурге, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Испании, Швеции и Швейцарии). Было выявлено, что в 17 из них НМО считается необходимым; в 6 — регламентируется законом, в 13 — обеспечивается профессиональными медицинскими обществами. В большинстве стран НМО учитывается в кредитах и не требует сдачи итогового экзамена. В среднем за 5 лет необходимо набрать не менее 248 кредитов, или часов образовательной активности, равномерно распределенных по годам. Таким образом, в этих странах врачи обязаны и имеют возможность непрерывно повышать свою квалификацию.

Уроки

В большинстве развитых стран в повышении квалификации медицинских кадров акцент сделан на повышении качества базового медицинского образования, развитии системы НМО с использованием дистанционных технологий, а также на современном информационном обеспечении медицинских работников на рабочих местах (доступ к электронным медицинским библиотекам, системам поддержки принятия клинических решений, клиническим руководствам профессиональных медицинских обществ).

Рекомендации для России

Необходимо постоянно улучшать качество базового медицинского образования, ужесточать требования допуска к практической деятельности. Развивать систему НМО и удлинять сроки обязательной последипломной подготовки врачей. Необходимо также внедрить преподавание с помощью дистанционных технологий и обеспечить медицинских работников современными клиническими руководствами. В каждой МО любого уровня нормативно закрепить обязательность организации медицинской библиотеки с постоянно обновляемым фондом.

17.2.4. Как достичь баланса между свободой выбора пациентами врачей и медицинских организаций и координацией медицинской помощи врачами

Координация означает, что обращение к другим уровням оказания медицинской помощи происходит только по направлению врачей первичного звена. Свобода выбора означает, что пациент имеет право выбрать участкового врача-терапевта, ВОП, врача-специалиста и стационар.

В большинстве стран ОЭСР пациент имеет право на свободный выбор врача первичного звена и специалиста, но условно можно выделить 2 группы стран. В первой группе стран (Германия, Франция, Швеция, США) пациент имеет право обратиться к ВОП и специалистам самостоятельно (без направления ВОП) и даже попасть в стационар. Во второй группе стран (Великобритания, Канада, Нидерланды) к специалистам можно попасть только по направлению ВОП.

Страны первой группы, понимая, что такая модель слишком затратна для здравоохранения и может привести к потере информации о пациенте, пытаются ввести элементы регулирования на уровне врачей первичного звена. Например, во Франции пациентам, которые готовы постоянно «прикрепляться» к ВОП, снижен размер официальных соплатежей; а самим ВОП за каждого постоянного прикрепленного пациента и регулирование его доступа к другим уровням медицинской помощи выплачивается дополнительное вознаграждение.

Вторая группа стран, наоборот, в целях усиления конкуренции и повышения эффективности работы поставщиков медицинских услуг расширяет возможности выбора для пациента. Последний вправе осуществить свой выбор, правда только в рамках направлений и договоров, заключенных страховой компанией с больницами.

В США пациент также всегда может самостоятельно обратиться к любому врачу и в любое медицинское учреждение, однако «полная» свобода в выборе американского пациента означает, что ему придется больше платить из своего кармана. Так, при обращении пациента в учреждение, с которым у страховой компании не заключен договор на оказание услуг, сумма личной доплаты существенно возрастает.

Следует отметить, что для свободы выбора необходима четкая и понятная для пациентов информация о качестве услуг. Сегодня,

когда многие страны только приступили к разработке и публикации такой информации (показатели КМП, рейтинги врачей, рейтинги больниц), у большинства пациентов выбор по-прежнему основан на территориальном удобстве или мнении друзей и знакомых.

Уроки

Координация медицинской помощи врачами первичного звена снижает издержки на ее оказание и способствует более качественному лечению пациентов. Свобода выбора пациентами врача и стационара, с одной стороны, повышает эффективность работы последних, а с другой — требует наличия достоверной информации, доступной для понимания пациента, а также бóльших финансовых затрат.

Рекомендации для России

В целях повышения КМП и более эффективного расходования имеющихся ресурсов здравоохранения врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый и ВОП должны быть организаторами и координаторами медицинской помощи, т.е. должны выдавать направления для лечения на более высоких ее уровнях и располагать всей медицинской информацией о пациенте (направления предусмотрены сегодня приказами Минздравсоцразвития России[1]). Право выбора пациентом врача и стационара может быть реализовано в рамках имеющихся ограничений (договоров поставщиков медицинских услуг со страховой компанией, имеющейся очередности на получение услуг, сроками прикрепления и др.).

17.2.5. Как достичь баланса между децентрализацией и централизацией в управлении здравоохранением

Под децентрализацией понимают передачу полномочий от центрального органа управления здравоохранением на региональный или местный (муниципальный) уровень. Полномочия могут касаться различных функций: финансирования, управления, предоставления медицинской помощи. Более широкое понимание децентрализации включает передачу части полномочий другим организациям (например, объединениям медицинских работников),

[1] № 84 от 17 января 2005 г., № 765 от 07.12.2005 г. и № 28 от 18.01.2006 г.

а также расширение независимости и прав государственных МО (в частности, больничных учреждений), вплоть до передачи права собственности частному собственнику (приватизация). Считается, что децентрализация способствует повышению эффективности, снижению бюрократизма, свойственного централизованным системам, и более полно отражает потребности местного населения.

Децентрализация здравоохранения активно началась в странах ЕС более 20 лет назад как часть общих государственных реформ (в северных странах Европы она началась ранее). Сегодня только Италия и Испания продолжают децентрализацию на уровне регионов (хотя часть функций финансирования здравоохранения в этих странах остается на национальном уровне), тогда как Норвегия, Дания и Финляндия рецентрализуют свое здравоохранение, особенно в части финансирования и планирования медицинской помощи. Причины рецентрализации финансирования в странах ЕС связаны с тем, что высокозатратные медицинские технологии могут быть оплачены только из крупных централизованных фондов, а финансовая децентрализация ведет к неравенству в оказании медицинской помощи для населения, проживающего в разных регионах. А также централизация необходима для жесткого контроля эффективности затрат в условиях усиления конкуренции медицинских услуг на рынке стран ЕС и увеличения фискальной нагрузки на трудоспособное население (т.е. увеличения налогов и сборов) и для контроля КМП. Вопросы автономии и возможности приватизации государственных и муниципальных медицинских организаций рассмотрены в разделе 8.7.

Уроки

Убедительных данных, свидетельствующих о позитивном влиянии децентрализации на эффективность управления здравоохранением, нет. Более того, децентрализация финансирования здравоохранения в условиях неравномерного финансового обеспечения различных территорий (регионов) приводит к неравенству в показателях здоровья и доступности для населения медицинской помощи. Децентрализация в предоставлении медицинских услуг (расширение независимости их поставщиков) оправданна, но должна сопровождаться обучением региональных управленцев, созданием прозрачной отчетности, усилением контроля и регулирования со стороны центральных органов власти.

Рекомендации для России

В целях восстановления равенства населения различных субъектов РФ в показателях здоровья и доступности медицинской помощи было бы целесообразным рецентрализовать функции финансирования и планирования медицинской помощи населению на федеральном уровне. Для поставщиков медицинских услуг необходимо проводить политику децентрализации, т.е. расширения их автономии, но под жестким контролем государства.

17.2.6. Как достичь баланса между государственным и корпоративным регулированием

Профессиональные медицинские корпоративные (объединенные) структуры зародились более 300 лет назад в целях регулирования доступа к профессии. В здравоохранении корпоративные структуры могут объединять медицинских работников различных специальностей, больничные учреждения, страховые компании.

Традиционно сильны такие объединенные структуры в Германии, Израиле, Австрии, где они во многом являются саморегулируемыми, т.е. сами вырабатывают правила и нормы для своей деятельности. Например, в Германии Комиссия по амбулаторной помощи (объединяет врачей и больничные кассы) определяет правила и порядок оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, порядок направления пациентов в стационар, содержание пакета гарантий, в том числе список ЛС, которые будут субсидированы пациентам, проходящим лечение в амбулаторных условиях.

Саморегулирование врачей в этих странах во многом связано с тем, что в первичном звене они — частнопрактикующие. В Германии средства на оплату деятельности этих врачей поступают из страховых компаний в финансовый фонд регионального отделения общества (палаты) врачей и затем перераспределяются по конкретным врачам в соответствии с установленными правилами и тарифами.

Во Франции, Нидерландах, Великобритании и Швейцарии большинство решений в здравоохранении принимает Министерство здравоохранения, но с учетом мнения профессиональных объединений. Общая тенденция сегодня — перемещение акцента в регулировании здравоохранения с корпоративных структур на государство. Связано это с тем, что государство отвечает перед населением

за обеспечение госгарантий и само обеспечивает их финансирование через налоги и (или) собираемые посредством государственных законов общественные средства (взносы в ОМС) и соответственно само должно контролировать качество предоставляемой медицинской помощи и эффективность расходования средств.

Дополнительный фактор снижения роли профессиональных объединений — появление не зависящих только от мнения профессионалов систем оценки медицинских технологий, например комплексной оценки медицинских технологий на основе эпидемиологических и экономических исследований, использование объективных показателей КМП и др. Более того, многие врачи ассоциированы с производителями медицинской техники и лекарств и соответственно могут быть заинтересованы в тех или иных решениях. В целом решения, принимаемые государством, как правило, носят более открытый характер, чем решения в корпоративных структурах.

Роль профессиональных объединений по-прежнему велика в разработке КР, требований к качеству медицинского образования и в регулировании допуска к профессиональной деятельности. Например, во Франции профессиональные объединения выдают лицензии врачам, т.е. предоставляют право заниматься практической деятельностью. Профессиональные объединения также активно осуществляют функции по предоставлению услуг по НМО (США, Великобритания), участвуют в переговорах по оплате своих услуг (Германия, Франция, США), а также в обсуждении и экспертизе государственных решений, подготовке аналитических документов.

Уроки

Саморегулирование корпоративных структур в здравоохранении постепенно заменяется преимущественным регулированием государства, особенно в части контроля финансирования здравоохранения и КМП. По-прежнему оправдано влияние профессиональных объединений на медицинское образование, в том числе в части разработки современных источников информации (КР, руководств); на установление требований к работе по специальностям; а также в предоставлении услуг по экспертизе государственных предложений. Это позволяет государственным структурам избежать волюнтаризма в принятии решений и повысить их качество.

Рекомендации для России

В РФ, где роль профессиональных объединений ослаблена, они должны быть активно привлечены государством для развития системы НМО, формирования системы управления КМП и дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников (методическая база), а также для разработки Стратегии развития здравоохранения и других концептуальных документов.

17.2.7. Каковы принципы национальной лекарственной политики

Целью национальной лекарственной политики (НЛП) является обеспечение населения качественными и доступными ЛС. Достигается это через комплекс государственных регулирующих мер, направленных на различные составляющие лекарственного обращения: объем государственных закупок ЛС; регистрация ЛС на рынке; контроль качества производства ЛС; регулирование цен производителей; регулирование торговых надбавок на ЛС; регулирование практики выписки ЛС врачами; регулирование потребления ЛС пациентами; влияние на развитие отечественной фармацевтической промышленности и др. (рис. 17.5).

При осуществлении этого регулирования необходимо учитывать и интересы самих производителей ЛС — они должны иметь достаточную прибыль, которую могли бы реинвестировать в разработку новых ЛС и расширение производства. Важно, что фармацевтическая индустрия во многих странах вносит существенный вклад в развитие экономики в целом.

Общие расходы на ЛС, потребляемые населением в амбулаторных условиях (оцененные по их доле в общих расходах на здравоохранение), за последние 10 лет возросли практически во всех странах ОЭСР и достигли к 2006 г. 21%; в РФ эта доля составляет, однако, 23%. В абсолютных величинах в РФ эти значения, в целом, в 2,6 раза меньше, чем за рубежом, а из государственных источников — меньше в 5,1 раза (см. раздел 10.1.2). В доле ВВП эти расходы составляют в странах ОЭСР 0,9%, в РФ — 0,3%. Следует отметить, что подушевые расходы на ЛС в развитых странах постоянно растут, например, с 1995 по 2000 г. рост составил почти 80%. Поэтому государственная политика в этой сфере была направлена (наряду с обеспечением качества ЛС, представленных на рынке), на сдерживание и эффективное расходование государственных средств на их приобретение.

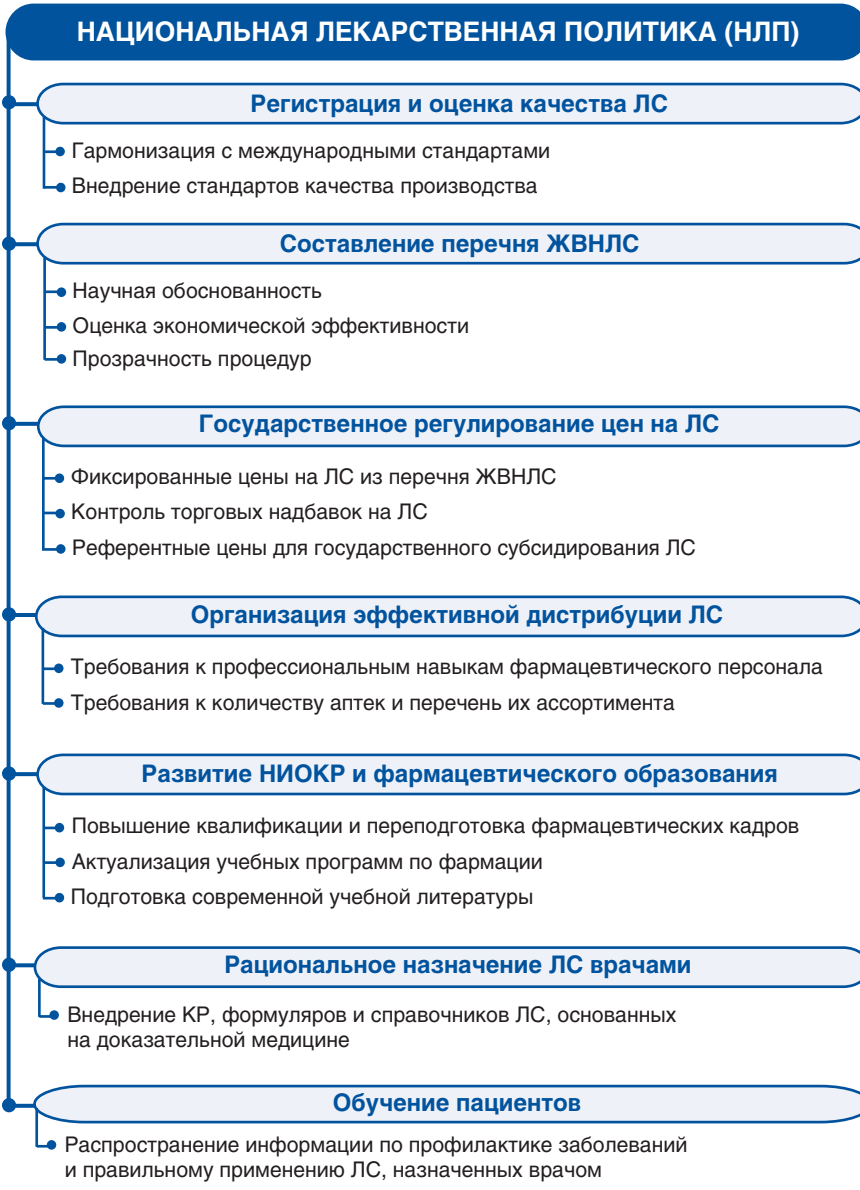

Рис. 17.5. Составляющие НЛП

В РФ, исходя из изложенного, стоит еще и другая задача — кратно увеличить государственные расходы на ЛС, потребляемые населением в амбулаторных условиях.

Сегодня процесс регистрации ЛС на рынке в странах ЕС гармонизирован. Этими вопросами занимается Европейское агентство по оценке медицинских продуктов (European Agency for the Evaluation of Medical Products), которое принимает централизованные решения о применимости новых ЛС на рынке ЕС. Вопросы качества производства ЛС, цен и объемов государственного возмещения в большинстве случаев регулируются на национальном уровне, хотя имеется общая тенденция — повышение прозрачности и использование единой методологии в решении этих вопросов. Например, для обеспечения качественного производства ЛС используются единые стандарты GMP (Good Manufacture Practice), которые изложены в нормативных документах. Разработаны единые методологии обеспечения качества фармацевтического производства, изложенные в Европейской и Американской фармакопеях[1].

Для обеспечения контроля качества ЛС после их выхода на рынок активно используются технологии фармаконадзора — сообщения медицинских работников о побочных действиях ЛС, анализ полученных данных и широкое информирование медицинских работников о серьезных побочных действиях и взаимодействиях ЛС.

Что касается регулирования цен на ЛС, то в разных странах существуют различные механизмы (табл. 17.2). Следует отметить, что регулируются как цены, по которым закупаются ЛС в государственном (общественном) секторе, так и рыночные цены. Механизм установления фиксированной цены на ЛС используют практически во всех развитых странах. В Германии, Франции и Великобритании не регулируются цены на инновационные ЛС (на них распространяется действие патента на эксклюзивное производство)[2].

Устанавливаются цены путем переговоров (Австрия, Франция, Италия, Португалия и Испания) или сравнения с другими странами (Финляндия, Бельгия, Италия, Нидерланды). Установление

---

[1] Фармакопея США (United States Pharmacopeia) доступна на русском языке. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 (www.geotar.ru).

[2] Определения инновационных ЛС, дженериковых и оригинальных ЛС — см. словарь терминов.

Таблица 17.2. Регулирование цены производителя на лекарственные средства в различных странах

Страна	ЛС	Способы регулирования				
		свободные цены	прямой[1]		косвенный	
			ограничение цены	проведение международных сравнений при установлении цены	контроль прибыли производителей	установление референтной цены[2]
Великобритания	Оригинальное	+	—	—	+	+
	Дженериковое	—	+	—	—	—
Германия	Оригинальное	+	—	—	—	—
	Дженериковое	—	—	—	—	+
Нидерланды	Оригинальное	—	+	+	—	+
	Дженериковое	—	+	+	—	+
Финляндия	Оригинальное	—	+	+	—	—
	Дженериковое	—	+	+	—	—
Франция	Оригинальное	+	—	—	—	—
	Дженериковое	—	+	—	—	+

[1] Включает установление цены на ЛС: по переговорам с производителями, в том числе с учетом объема продаж; максимальной цены; замораживание цен.

[2] Способы установления референтной цены: серединная и средняя цена на аналогичные препараты; меньшая цена на генерики, имеющиеся на рынке; минус 26% от цены оригинального ЛС.

цены путем переговоров с производителями ЛС считается наиболее непрозрачным способом установления предельной цены. При этом способе установления цены государство также может применять схему цена–объем, т.е. чем больше объем продаж ЛС, тем меньше устанавливаемая цена. Это позволяет нивелировать отрицательный эффект для производителей ЛС. Установление цены путем сравнений имеет свои недостатки из-за сложностей в про-

ведении сравнений и приемлемости цен одной страны и другой. В Великобритании для регулирования цен контролируют прибыль производителей ЛС (средняя допустимая прибыль составляет 21%, что выше, чем по другим отраслям экономики Великобритании). Референтные цены, т.е. цены предельного возмещения государством (страховой компанией) стоимости ЛС, выписанного врачом, используются в Бельгии, Дании, Франции и Германии. Устанавливается референтная цена, или как средняя цена нескольких ЛС, состоящих из аналогичных субстанций, или как наименьшая цена генерикового ЛС, имеющегося на рынке. Установление референтных цен позволяет потребителям самим принимать решение: выбрать ЛС в рамках установленной референтной цены или доплачивать из собственного кармана за более дорогое ЛС.

Важнейшими инструментами регулирования со стороны потребления ЛС являются: обучение врачей рациональному применению ЛС; ограничение рекламы ЛС среди врачей и потребителей; обучение пациентов рациональному использованию ЛС, назначенных врачом. Для обучения врачей рациональному применению ЛС (т.е. применению максимально эффективного, безопасного для пациента ЛС и по минимально возможной цене) проводят специальные лекции и тематические занятия, распространяют КР профессиональных медицинских обществ и формуляры ЛС, устанавливают на рабочих местах компьютеризированные системы поддержки принятия клинических решений. Что касается рекламы, то прямая реклама рецептурных ЛС пациентам в ЕС запрещена, а реклама ЛС врачам является предметом пристального контроля со стороны этических комитетов профессиональных обществ.

Регулирование дистрибуции ЛС — также один из важнейших инструментов обеспечения его доступности. Окончательная цена на ЛС складывается из налога на добавленную стоимость (НДС), наценок аптеки и оптовика и цены производителя. Разброс НДС составляет от 10–20% (Дания, Австрия, Германия) до 0 (Швеция, Великобритании, Ирландия). Средняя наценка аптек по странам ЕС составляет 20–25%.

Уроки

Для обеспечения населения качественными и доступными ЛС необходимо государственное регулирование, включающее:

— существенные государственные субсидии по обеспечению населения ЛС в амбулаторных условиях (не менее 1% ВВП);
— жесткий контроль за регистрацией и производством ЛС;
— регулирование цен производителей и торговых надбавок на ЛС;
— формирование научно обоснованных перечней ЛС и референтных цен для целей государственного субсидирования ЛС;
— обучение врачей рациональной выписке ЛС и пациентов — правильному применению ЛС. Следует также иметь в виду, что большинство стран стараются сохранять баланс между поддержкой производителей и регулированием цен, так как для многих из них фармацевтическая индустрия является важной составляющей экономики.

Рекомендации для России

Для повышения доступности ЛС населению РФ в амбулаторных условиях необходимо:

— увеличить объемы государственного субсидирования ЛС населению в амбулаторных условиях как минимум в 3 раза (до 1% ВВП);
— постоянно актуализировать перечни (расширять и удалять малоэффективные препараты), из которых ЛС будут субсидироваться населению в амбулаторных и стационарных условиях.

17.2.8. Как разделить ответственность за здоровье между государством, работодателями и населением

Для разделения этой ответственности в странах с развитой рыночной экономикой используются следующие механизмы: 1) софинансирование населением и работодателями медицинской помощи: раздельные взносы на ОМС работодателей и работников, соплатежи пациентов в момент получения медицинской помощи; 2) регулирование доли участия населения в софинансировании медицинской помощи в зависимости от степени его участия в профилактических программах и приверженности здоровому образу жизни (путем дифференциации соплатежей и взносов); 3) контроль государством и профсоюзами соблюдения безопасных условий труда на производстве и обязательное страхование работников работодателем на случай профессионального заболевания или травмы; 4) проведение по инициативе работодателя профилактических и оздоровительных

программ на производстве; 5) проведение по инициативе государства массовых санитарно-просветительских программ для населения.

Практически во всех странах финансовая ответственность за финансирование здравоохранения разделена (см. раздел. 8.6.2). В части установления дифференцированных соплатежей в зависимости от приверженности к профилактическим программам следует обратить внимание на пример Германии.

В этой стране начиная с 1989 г. была внесена серия поправок в федеральные законы, по которым страховые компании могут предлагать бонусы или снижать соплатежи застрахованным в случае, если они активно принимают участие в скрининговых программах и ведут здоровый образ жизни. Например, если пациенты своевременно проходят консультации и обследование по поводу рака молочной железы, толстой кишки и шейки матки, то их личные доплаты в программы ОМС могут быть сокращены на 20%.

Что касается охраны труда на производстве, то лучшим примером являлась советская система здравоохранения, в которой медицинские услуги работникам крупных предприятий были высокого качества и служили примером для многих зарубежных стран. К сожалению, многое из созданного в тот период сегодня утеряно.

В то время как в РФ доступность профилактической и медицинской помощи работникам промышленных предприятий падает, предприниматели многих стран, понимая, что производительность труда (а значит, и их прибыли) зависит от здоровья работников, идут по пути создания на предприятиях центров здоровья и офисов ВОП, проводят массовые профилактические программы.

Например, в США считается, что профилактика и создание «культуры здоровья» в обществе и на предприятиях — одни из самых действенных и экономически эффективных способов улучшения здоровья населения. Методология профилактических мероприятий разрабатывается профессиональными обществами и государственными образовательными и научно-исследовательскими учреждениями. Реализуются профилактические программы частными компаниями. Оплачиваются (инициируются) работодателем напрямую или через страховую компанию. Мотивация работников предприятий по участию в профилактических программах реализуется через финансовые стимулы (уменьшение личных взносов работников в программы ДМС, премии и др.).

Доказано, что эффективность этих мероприятий усиливается, если на предприятии создается всеобщая «культура здоровья», в программах активно участвует руководство, внедряется соревновательная компонента, достигнутые результаты постоянно анализируются. Считается, что предприятие, чтобы получить экономические выгоды (снижение числа дней нетрудоспособности, повышение производительности труда), должно заниматься программами по профилактике не менее 3 лет. Эффективность вложений составляет, по разным оценкам, от 3 до 5 $США на каждый вложенный доллар. Особое место в этой работе занимают высококачественные материалы по пропаганде здорового образа жизни, которые разрабатываются профессиональными обществами.

По вопросу проведения массовых оздоровительных программ, то с начала 1990-х годов правительства многих стран, за исключением РФ, активно приступили к реализации программ, направленных на повышение приверженности населения к здоровому образу жизни. Например, по данным ВОЗ, в Польше в 1991 г. за год благодаря реализации мероприятий по охране здоровья было достигнуто снижение смертности населения от болезней системы кровообращения на 10% в возрасте от 20 до 44 лет и на 7% — в возрасте 46–64 лет. В Финляндии с 1970 по 2002 г. смертность мужчин снизилась на 65% благодаря специальным программам, направленным на снижение потребления алкоголя и распространенности табакокурения. Правительство Великобритании в рамках Стратегии развития здравоохранения (1997–2007) реализовало несколько профилактических программ (здоровое питание школьников, борьба с табакокурением). Благодаря реализации противотабачной кампании и ряда мер по лечению сердечно-сосудистых заболеваний (обеспечение населения антигипертензивными ЛС в амбулаторных условиях и повышение доступности специализированной кардиологической помощи) министерству здравоохранения Великобритании удалось добиться снижения смертности от болезней системы кровообращения с 1997 по 2005 г. на 32% в группе населения до 75 лет.

Уроки

Государство, работодатели и граждане должны разделять ответственность по сохранению и укреплению здоровья. Для этого государством внедряются экономические (дифференцированное участие населения в софинансировании медицинской помощи);

законодательные (обязательное страхование работников на случай профессионального заболевания, установление жестких нормативов по охране труда) механизмы; проводятся массовые профилактические и оздоровительные программы.

Хорошее здоровье работников экономически выгодно и для работодателей, и для государства. Для этого необходимы система мер по охране труда, реализация профилактических программ на производстве и приближение медицинской помощи к работникам.

Рекомендации для России

Учитывая крайне неблагоприятные состояние здоровья работающего населения и условия труда на производстве в РФ (см. раздел 5.9 и 11.10), необходимо восстановить и адаптировать к современным условиям систему охраны труда и организации медицинской помощи работникам промышленных предприятий, которая существовала в Советском Союзе.

Необходимо приступить к реализации массовых санитарно-просветительских программ, направленных на повышение приверженности работников предприятий здоровому образу жизни. При этом не отдавать проведение таких мероприятий на откуп работодателям, а сделать их обязательными, контролируемыми государством и осуществляемыми по единым стандартам.

Контрольные вопросы

1. Каковы основные направления деятельности ВОЗ?
2. Что необходимо сделать в здравоохранении РФ (на основании зарубежного опыта) для обеспечения полноценных гарантий бесплатной медицинской помощи населению страны?
3. Что такое рационирование, и каковы тенденции в формировании «пакета» гарантий бесплатной медицинской помощи за рубежом.
4. Перечислите, опираясь на международный опыт, важнейшие условия, которые необходимо исполнить для повышения квалификации медицинских кадров в РФ?
5. Каковы риски свободного выбора пациентами врача и медицинской организации?
6. Есть ли преимущества децентрализации финансирования и управления в здравоохранении?
7. В чем может состоять роль профессиональных медицинских ассоциаций в здравоохранении РФ?
8. Перечислите принципы Национальной лекарственной политики.
9. Как повысить ответственность населения за свое здоровье?

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Аккредитация — официальное признание органом по аккредитации компетентности юридического или физического лица в определенной области оценки соответствия (т.е. для осуществления оценки соответствия или сертификации организация или физическое лицо должны быть аккредитованы). Определение дано в соответствии с Федеральным законом № 184-ФЗ от 27.12.2002 г. «О техническом регулировании» в редакции от 23.07.2008 г. Следует отметить, что за рубежом в дополнение к данному выше определению под аккредитацией в здравоохранении понимают процесс добровольной или обязательной проверки на соответствие стандартам качества (стандартам организации), осуществляемый государственной или общественной организацией.

Амбулатория — лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивающее прием по одной или небольшому числу специальностей (терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, педиатрии).

Амбулаторная помощь — профилактическая, лечебно-диагностическая и реабилитационная помощь, оказываемая амбулаторно-поликлиническими учреждениями (включая общую/семейную практику).

Амбулаторно-поликлиническая помощь, специализированная — профилактическая, лечебная и реабилитационная помощь, оказываемая врачом-специалистом в амбулаторно-поликлинических учреждениях (включая общую/семейную практику) в установленных объемах.

Ассоциации медицинские — профессиональные сообщества медицинских работников, являющиеся органами самоуправления.

Аттестация специалиста — процедура присвоения категории медицинскому работнику, т.е. квалификационного отличия. В РФ существует 3 категории: 2, 1 и высшая; присваиваются они региональными органами управления здравоохранением на заседаниях специальной комиссии. Основанием для присвоения категории являются стаж медицинского работника и прохождение курсов повышения квалификации каждые 5 лет. Присвоение категории сопровождается незначительным увеличением заработной платы (на 300–400 руб.). Процедура аттестации ранее регламентировалась приказом Минздравмедпрома РФ № 33 от 16.02.95 г., сегодня регламентируется при-

казом Минздрава № 314 от 9.08.2001 г. «О порядке получения квалификационных категорий».

Бенефиции — 1. Услуги, льготы и привилегии, предоставляемые отдельным категориям лиц или отдельным лицам. 2. В страховании здоровья — медицинские услуги, получаемые застрахованным контингентом.

Биомедицинская этика — этико-прикладная дисциплина, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов (медиков и биологов) к человеку, его жизни, здоровью, смерти, и которая ставит перед собой задачу сделать их охрану приоритетным правом каждого гражданина. Круг основных проблем: установление статуса и роли моральных ценностей в профессиональной деятельности медиков и биологов; разрешение нравственных коллизий в конкретных ситуациях, возникающих в процессе биомедицинских исследований и лечения больных; этическая регуляция отношений в сфере медицины и здравоохранения.

Болезнь — общее или частичное ограничение жизнедеятельности организма человека, обусловленное срывом адаптогенных механизмов под воздействием эндогенных и экзогенных факторов и характеризующееся стеснением свободы деятельности.

Больница — медицинское учреждение, предназначенное для оказания круглосуточной стационарной помощи.

Брачность — в узком смысле процесс заключения браков, в широком смысле — совокупность процессов вступления в брак и прекращения браков из-за развода или смерти одного из супругов (в этом смысле понятие «брачность» охватывает и такие процессы, как разводимость и овдовение).

Валовой внутренний продукт (ВВП) — один из важнейших макроэкономических показателей страны, выражающий исчисленную в рыночных ценах совокупную стоимость конечного продукта (продукции, товаров и услуг), созданного в течение года внутри страны с использованием факторов производства, принадлежащих как данной стране, так и другим странам. Валовой внутренний продукт может быть исчислен следующими методами: а) как сумма добавленных стоимостей во всех отраслях (производственный метод); б) как сумма доходов от использованных за год факторов производства (распределительный метод); в) как сумма расходов на приобретение товаров и услуг, создан-

ных в течение года в стране (метод конечного использования — потока расходов). В системе национальных счетов ВВП используется в качестве ключевого макроэкономического показателя.

Валовой региональный продукт (ВРП) — это обобщающий показатель экономической деятельности региона, характеризующий процесс производства товаров и услуг. ВРП определяется как совокупность добавленных стоимостей видов экономической деятельности и чистых налогов на продукты. ВРП рассчитывается в текущих основных и рыночных ценах (номинальный объем ВРП) и в сопоставимых ценах (реальный объем ВРП). В настоящее время ВРП в справочниках Росстата РФ представлен в основных ценах. Оценка ВРП в основных ценах отличается от оценки в рыночных ценах на величину чистых (за вычетом субсидий на продукты) налогов на продукты. ВРП в основных ценах представляет собой сумму добавленных стоимостей в основных ценах по видам экономической деятельности.

Возрастные группы — когорты индивидов, которые вместе проходят через возрастные периоды таким образом, что в связи с одинаковым возрастом история их жизни и личный опыт в тех или иных определенных аспектах (например, средний уровень развития, установки, убеждения) отличаются от соседней возрастной группы.

Воспроизводство населения — под этим процессом понимается постоянное возобновление определенной совокупности людей путем непрерывного замещения одних поколений другими. Воспроизводство населения — это по сути взаимодействие двух составляющих его процессов: рождаемости и смертности.

Врач — специалист, принятый в установленном порядке в медицинское высшее учебное заведение, должным образом признанное в стране, в которой оно находится, успешно завершил предписанный курс медицинских наук и получил квалификацию, дающую юридическое право на медицинскую практику.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) — специализированное учреждение ООН, крупнейшая международная медицинская организация, целью деятельности которой является достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья.

Выгодоприобретатель — физическое или юридическое лицо, назначенное страхователем для получения компенсации ущерба в результате наступления страхового случая. Выгодоприобретатель указывается

либо в страховом полисе, либо в завещании страхователя, либо в специальном завещательном распоряжении, являющемся неотъемлемой частью страхового полиса.

Гигиена — отрасль медицинской науки, изучающая влияние факторов среды обитания на человека и разрабатывающая оптимальные требования к условиям осуществления жизнедеятельности человека.

Гигиенический норматив — установленное исследованиями допустимое максимальное или минимальное количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека.

Гигиеническое воспитание и обучение — система образования, включающая в себя комплексную просветительную, обучающую и воспитательную деятельность, направленную на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование общей гигиенической культуры, закрепление гигиенических навыков, создание мотивации для ведения здорового образа жизни как отдельных людей, так и общества в целом.

Госпитализация — процесс поступления и нахождения пациентов в больничные медицинские организации.

Государственно-частное партнерство (ГЧП) — совокупность форм средне- и долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях (как в области экономики, так и в политике, культуре, науке и т.д.).

Группа риска — часть населения с наличием различных факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, травм и других нарушений здоровья.

Группировка данных — разделение единиц изучаемой совокупности на качественно однородные группы по значению одного или нескольких признаков.

Демография — рассматривается как наука о закономерностях воспроизводства и миграции населения, особенностях их проявления и эволюции на разных исторических этапах общественного развития, в различных социально-экономических и этнокультурных условиях. Предметом ее изучения является также демографическое поведение,

его виды (репродуктивное, самосохранительное, матримониальное и миграционное) и их половозрастная специфика. Эта наука изучает рождаемость, смертность, брачность, разводимость, процессы воспроизводства населения, изменение возрастных и половых пропорций, семейную и генетическую (от генезис) структуры, динамику населения и его формирование в районах нового освоения.

Демографическая динамика — ее источниками являются естественное и миграционное движение. Естественный прирост (убыль) и миграционный прирост (убыль) образуют общий прирост населения, т.е. ту величину, на которую оно возрастает (уменьшается).

Демографическое состояние (ситуация) — описывает динамику численности населения, половозрастную структуру населения, а также демографические процессы (рождаемость, смертность, миграцию, брачность и разводимость), протекающие на определенной территории (страна, регион) в определенное время.

Деонтология, медицинская — совокупность соответствующих профессиональных, морально-этических и правовых принципов и правил, которыми должны руководствоваться медицинские работники в своей деятельности.

Детерминанты здоровья — комплекс индивидуальных, социальных, экономических и экологических факторов, определяющих состояние здоровья отдельного человека или групп населения.

Дженериковое ЛС — это химический и фармацевтический аналог оригинального препарата (продукта), который произведен другим (ими) производителем (ями) безлицензии, т.е. после окончания срока действия патента на эксклюзивный сбыт этого ЛС. Большинство дженериковых препаратов выпускается на рынок под названиями, составленными из непатентованного наименования субстанции (МНН) + название или торговый знак производителя.

Диагностически связанные группы (ДСГ) — метод оплаты стационарной медицинской помощи, предусматривающий фиксированную компенсацию за определенное заболевание (диагноз по МКБ-10). В целях упрощения расчетов диагнозы со схожей тактикой лечения и потреблением ресурсов объединены в группы, имеющие одинаковую стоимость компенсации. Применяется практически во всех развитых странах.

Диаграмма — изображение статистических данных в виде точек, линий, плоскостей, фигур.

Диспансер — специализированное лечебно-профилактическое учреждение, функциями которого являются организация раннего выявления больных, их регистрация и учет, обследование, активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья больных и некоторых групп здоровых лиц, раннее оказание специализированной медицинской помощи, изучение заболеваемости, разработка и осуществление мероприятий, направленных на ее предупреждение и снижение.

Диспансеризация — метод систематического врачебного наблюдения в диспансерах, поликлиниках, медико-санитарных частях, детских и женских консультациях за состоянием здоровья определенных групп здорового населения или больных хроническими болезнями с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики обострений.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) — образовательные технологии, реализуемые с применением информационных и телекоммуникационных технологий при опосредованном (на расстоянии) или не полностью опосредованном взаимодействии обучающегося и педагогического работника. Допускается использование ДОТ при всех формах обучения. Регламентируются приказом Минобрнауки РФ № 137 от 6.05.2005 г. и инструктивным письмом Минобразования РФ № 41 от 3.07.1998 г.

Добровольное медицинское страхование — вид медицинского страхования, при котором объем и условия получения медицинской помощи, размер страховых взносов определяются добровольным договором страхования.

Договор медицинского страхования — соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

Доказательная медицина (ДМ, evidence based medicine — EBM, англ.) подразумевает объединения лучших доказательств, полученных в исследованиях, с клиническим опытом врача, личными предпочтениями пациента и конкретными обстоятельствами.

Естественное движение населения — принятое название совокупности рождений и смертей в некоторой совокупности населения, на определенной территории, регистрируемых в данный календарный период времени.

Естественный прирост населения — разность между числом умерших и родившихся за определенный период времени.

Заболеваемость — распространенность болезней среди населения или отдельных его групп.

Заболевание — расстройство здоровья человека, нарушение нормальной деятельности его организма.

Заболевание, острое — быстрое нарастание и такое же быстрое исчезновение всех патологических симптомов, при этом течение болезни кратковременное. Заболевание, как правило, заканчивается выздоровлением и полным восстановлением функций организма. Острые болезни могут быть циклическими, периодическими (циклы заболевания закономерно повторяются), ациклическими.

Заболевание, профессиональное — заболевание, являющееся результатом воздействия на человека вредного производственного фактора и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности.

Заболевание, хроническое — длительное, не имеющее спонтанного разрешения и редко излечивающееся полностью заболевание. Для хронического патологического процесса характерно не только длительное течение, но и чередование периодов затухания (ремиссии) болезни, иногда даже кажущегося излечения, с периодами обострения, вспышками острых явлений заболевания.

Заболевание, социально значимое — заболевание, обусловленное преимущественно социально-экономическими условиями, приносящее ущерб обществу и требующее социальной защиты человека.

Застрахованное лицо — человек, который включен в списки или регистры системы в качестве охватываемого условиями страхования этой системы или которому выдан страховой полис.

Здоровый образ жизни — категория понятия «образ жизни», включающая благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, которые позволяют сохранять

и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

Здоровье — динамичное состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Здоровье населения — медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей.

Здравоохранение — 1. Система организаций, учреждений, предприятий, ассоциаций, научных обществ, специалистов и иных хозяйственных субъектов вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы деятельности, работа которых связана с производством, обеспечением, контролем качества, реализацией лекарственных средств, медицинской техники, медицинских услуг, проведением работ по предупреждению заболеваний, организацией и управлением процессами и финансами в сфере охраны здоровья граждан, образованием медицинских работников на додипломном и последипломном уровне. 2. Определение ВОЗ (public health) — система практических знании и умений, направленных на охрану и улучшение здоровья населения с помощью организованных общественных усилий, а также профилактической медицины, санитарии и социологии. 3. Это деятельность государства и всего общества в целом, направленная на укрепление и сохранение здоровья населения, продление жизни людей и предоставление медицинской помощи заболевшим.

Здравпункт — медицинское учреждение, организуемое на промышленных предприятиях, в сельских местностях, обычно входящее в состав ближайшей поликлиники, медсанчасти или центральной районной больницы с целью оказания первой медицинской помощи при повреждениях, внезапных заболеваниях и профессиональных отравлениях.

Инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Инвалидность, или стойкая нетрудоспособность, — это длительная или постоянная потеря трудоспособности вследствие значительного нарушения функций организма, вызванного хроническим заболеванием или травмой (дефектом).

Индекс QALY — индекс, отражающий качественно прожитые годы. Часто используется при анализе влияния медицинского лечения на качество жизни (анализ цена–польза).

Индикатор (показатель) качества — показатель, применяемый для оценки качества медицинской помощи. Индикаторы измеряют качество в определенных (ключевых) точках технологии оказания медицинской помощи. Существуют индикаторы результатов, инфраструктуры и процессов. Они имеют числовые значения — фактические и целевые; последние устанавливают в соответствии с лучшими (или усредненными) показателями медицинских организаций или стран, а также в соответствии с данными научных исследований.

Инфраструктура здравоохранения — совокупность зданий и сооружений, систем и служб, необходимых для функционирования отрасли.

Картограммы отражают статистические данные на географической карте, отдельные территории заштрихованы с различной интенсивностью соответственно уровню интенсивности показателя.

Качество жизни — сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия, самореализации и дееспособности, и отражающее степень восприятия человеком в целом того, как удовлетворяются его потребности.

Качество медицинской помощи (КМП) — степень соответствия медицинской помощи установленным стандартам ее оказания, требованиям и правилам, потребностям и ожиданиям пациента, а также степень, в которой она способствует улучшению показателей здоровья населения.

Клиника — учреждение стационарного типа, сочетающее квалифицированное лечение больных с преподаванием студентам и врачам соответствующих разделов медицины, а также с научно-исследовательской работой.

Клинические исследования — любая форма запланированного экспериментального исследования, разработанного для того, чтобы оценить результаты нового лечения.

Клинические рекомендации (КР) — документы рекомендательного характера, содержат более полную, чем в ограничительных стандартах медицинской помощи, информацию по диагностике и лечению определенных заболеваний. КР не учитывают ограничений экономического характера. Документ разрабатывается профессиональными медицинскими обществами на основании комплексной оценки клинической эффективности и безопасности медицинских вмешательств (т.е. в КР включаются медицинские технологии с доказанными эффективностью и безопасностью). Цель — повышение качества медицинской помощи, снижение необоснованных назначений, внедрение современных методов диагностики и лечения заболеваний. От других источников информации (руководств) для медицинских работников отличаются краткостью и тем, что разрабатываются по специальной методологии, учитывающей уровень доказательности (достоверности) эффективности (или неэффективности) медицинских вмешательств. КР занимают сегодня центральное место в управлении качеством медицинской помощи и непрерывном образовании врачей.

Койка, больничная — место, обеспеченное персоналом, приспособленное для размещения больных, оказания им круглосуточной стационарной помощи со дня госпитализации до дня выписки и расположенное в тех отделениях больницы, где пациенты находятся постоянно.

Количество лет жизни с утратой трудоспособности в стране — представляет собой обобщающий показатель по оценке здоровья населения, учитывающий смертность, заболеваемость и тяжесть утраты трудоспособности. Он рассчитывается как сумма лет жизни с утратой трудоспособности, обусловленной: 1) преждевременной смертностью от всех причин во всех возрастных группах; 2) инвалидностью и временной потерей трудоспособности. Эти годы определяются по частоте возникновения и длительности различных видов нетрудоспособности, умноженной на удельную тяжесть, которая учитывает тяжесть потери трудоспособности по сравнению с потерей жизни.

Компетенция — способность успешно действовать на основе практического опыта, умения и знаний при решении задач профессионального рода деятельности.

Контингент больных — совокупность всех лиц, страдающих данной болезнью.

Контроль — проверка выполнения поставленных целей и функций, включая возможное прогнозирование отклонений от нормы с целью их своевременного предупреждения.

Контроль (мониторинг) качества — применение действенных методик (инструментов), мер и статистических методов для измерения и прогнозирования качества.

Концепция — совокупность научно обоснованных взглядов (мыслей, положений), направленных на всестороннее, в том числе футурологическое, представление об объекте (процессе, явлении, системе).

Концессия подразумевает, что концедент (государство) передает концессионеру право на эксплуатацию природных ресурсов, объектов инфраструктуры, предприятий, оборудования. Взамен концедент получает вознаграждение в виде разовых или периодических (роялти) платежей. Объектами концессионного соглашения в первую очередь являются социально значимые объекты, которые не могут быть приватизированы — такие, как аэродромы, железные дороги, объекты ЖКХ и другие инфраструктурные сооружения, в том числе объекты образования и здравоохранения (отношения регулируются Федеральным законом от 12 июля 2005 г. № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях»).

Кредиты в медицинском образовании — баллы или условные единицы измерения значимости образовательного мероприятия. В большинстве стран за 1 кредит принят 1 ч, т.е. длительность образовательного мероприятия. Например, 10 ч очных практических занятий приравниваются к 10 кредитам. Иногда при оценке значимости мероприятия учитывается не только его длительность, но и качество. Например, равные по длительности мероприятия могут иметь разные кредиты: посещение национальной конференции по специальности приравнено к 5 кредитам (5 ч), а международной — к 7 кредитам (5 ч).

Критерии качества — наиболее общие характеристики качества. Различают следующие основные критерии качества: адекватность, доступность, преемственность, безопасность, своевременность, эффективность (в том числе экономическая), ориентированность на пациента, т.е. способность удовлетворить его нужды и ожидания, и др.

Лекарственное обеспечение — совокупность материальных, организационных и структурно-функциональных средств, мер, направлен-

ная на бесперебойное, своевременное и качественное удовлетворение общественной потребности в лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения.

Лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) — одна из четырех групп в номенклатуре учреждений здравоохранения, к которой относятся больничные учреждения, лечебно-профилактические учреждения особого типа (лепрозории), диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой и неотложной помощи, переливания крови, охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения. Сегодня принято также называть ЛПУ медицинскими организациями (МО).

Лечение — совокупность мероприятий, имеющих целью восстановление здоровья или облегчение страданий больного человека.

Лизинг — вид инвестиционной деятельности по приобретению имущества и передаче его на основании договора физическим или юридическим лицам за определенную плату, на определенный срок и на определенных условиях по договору с правом выкупа имущества лизингополучателем.

Лицензирование медицинской деятельности — процедура присвоения (продления, приостановления, возобновления и др.) лицензии, т.е. права или специального разрешения на осуществление конкретного вида медицинской деятельности. Выдается лицензирующим органом юридическому или физическому лицу (индивидуальному предпринимателю). В соответствии с Федеральным законом № 128-ФЗ от 8.08.2001 г. «О лицензировании отдельных видов деятельности» (с изменениями и дополнениями) и постановлением Правительства РФ № 30 от 22.01.2007 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности», лицензия выдается физическим лицам (врачам и средним медицинским работникам), занимающимся индивидуальной предпринимательской деятельностью, или юридическому лицу — медицинской организации. Лицензия выдается Росздравнадзором сроком на 5 лет. **Релицензирование медицинских работников** — процедура продления лицензии. В РФ юридические лица и частнопрактикующие врачи обязаны продлевать лицензию на занятие медицинской деятельностью 1 раз в 5 лет (см. также «ресертификация»).

В большинстве развитых стран эта процедура проходит 1 раз в 5 лет для всех медицинских работников и учитывает ежегодный

набор определенного числа кредитов в системе непрерывного медицинского образования.

Материнская смертность — смертность женщин во время беременности сроком 28 нед и более, во время родов и в послеродовом периоде (в течение 6 нед после родов). Материнская смертность рассчитывается путем деления числа умерших женщин на число проведенных родов (обычно на 1000 родов).

Медико-санитарная часть (МСЧ, медсанчасть) — городская поликлиника или больница с поликлиникой, предназначенная исключительно или в основном для оказания лечебно-профилактической помощи работникам промышленных предприятий, строительных или транспортных организаций.

Медико-социальная помощь — организованное социальное индивидуальное обслуживание различных групп и контингентов населения, нуждающихся в решении социальных проблем и жизненных ситуаций, в целях долгосрочной профилактики расстройств и улучшения состояния их здоровья.

Медико-экономическиестандарты(МЭС)—документы,разрабатываемые субъектами РФ в целях ограничения потребления медицинской помощи по программе госгарантий. Могут быть разного содержания, чаще включают перечень услуг и лекарственных средств, кратность их назначения и сроки пребывания больного в стационаре при лечении определенного заболевания. Перечень услуг формируется на основании экспертных заключений и часто не отражает современные представления о диагностике и лечении заболеваний.

Медицина — система научных знаний и практической деятельности, целью которых является укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека.

Медицинская организация (МО) — согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (№ 5487-1 от 22.07.1993 г.), включает лечебно-профилактичекие учреждения (ЛПУ), фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения. В понятие МО не вкладываются отношения собственности. В данном учебнике понятия МО и ЛПУ подразумевают организации, предоставляющие медицинские услуги, и употребляются как синонимы, что более привычно для работников здравоохранения.

Медицинский осмотр, периодический — активное обследование состояния здоровья людей, проводимое с целью наблюдения за состоянием здоровья, выявления ранних признаков заболеваний, в том числе профессиональных.

Медицинский осмотр, предварительный — активное обследование состояния здоровья людей, проводимое при поступлении на работу, выполнение которой обусловлено особыми требованиями к состоянию здоровья.

Медицинский осмотр, профилактический — вид медицинской помощи, направленной на выявление и оценку влияния различных состояний, факторов риска и заболеваний с целью проведения последующих оздоровительных и лечебных мероприятий.

Медицинское страхование — вид страхования населения, при котором страховая медицинская организация (страховщик) за счет страховых взносов создает страховой денежный фонд и за счет этого фонда обязуется финансировать застрахованным ею гражданам медицинскую помощь в объеме и на условиях, предусмотренных договором страхования.

Медицинское страхование, обязательное — составная часть государственного социального страхования, обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в объеме и на условиях соответствующих программ ОМС.

Международная классификация болезней (МКБ) — система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки и являющаяся основным нормативным документом при изучении состояния здоровья населения в странах-членах Всемирной организации здравоохранения.

Менеджер (управленец) — лицо, организующее конкретную работу определенного числа сотрудников, организации или системы в целом на основе современных методов управления.

Метод — совокупность приемов или операций практического или теоретического освоения действительности, подчиненных решению конкретной задачи.

Методология — система наиболее общих принципов, положений и методов, составляющих основу той или иной науки или научного исследования.

Миграционное движение населения — прибытие мигрантов, увеличивающих конкретную совокупность людей, выбытие из нее части населения в другие регионы, для которых они — мигранты. Миграционное сальдо или миграционный прирост (убыль) выступают как результат этого двустороннего процесса. В прошлом повсеместно, а ныне иногда миграционное движение подменяется термином «механическое движение». Их можно развести, включив в механическое движение итоги как миграции населения, так и преобразования населенных пунктов: городских — в сельские и сельских — в городские.

Младенческая смертность (МС) — смертность детей на 1-м году жизни (0–12 мес). Коэффициент МС применяется в санитарной и демографической статистике для обозначения числа смертных случаев среди детей в возрасте до 1 года в расчете на 1000 родившихся живыми.

Модель здравоохранения Бевериджа — государственная система здравоохранения, финансируемая из налогов, при которой государство несет ответственность за здоровье своих граждан и гарантирует оказание необходимой медицинской помощи.

Модель здравоохранения Семашко (советская система здравоохранения) — государственная система здравоохранения, обеспечивающая равный доступ к услугам здравоохранения всего населения, предоставление полного набора услуг, отсутствие финансовых ограничений для граждан с различным уровнем дохода, наличие целостной системы лечения, профилактики, реабилитации и санитарно-эпидемиологического надзора, высокий уровень квалификации кадров.

Мониторинг — целенаправленная деятельность, связанная с постоянным или периодическим наблюдением, оценкой и прогнозом состояния наблюдаемого объекта (процесса, явления, системы) в целях его развития в желаемом направлении.

Мотивация к формированию потребности в здоровье — побуждение индивидуума к действиям, направленным на укрепление, сохранение и восстановление здоровья, профилактику заболеваний и других нарушений здоровья.

Народонаселение (население) — совокупность людей, проживающая на определенной территории (село, поселок, город, район, область, страна). Народонаселение всегда приурочено к конкретному времени, поскольку в каждый промежуток времени происходит не только изменение численности населения, но и обновляется его состав.

Научное исследование — процесс изучения, эксперимента, концептуализации и проверки теории, связанный с получением научных знаний.

Непрерывное медицинское образование (НМО) — образовательный процесс, с помощью которого медицинские работники обновляют и улучшают свои профессиональные знания и навыки. Цель НМО — повышение качества медицинской помощи, оказываемой пациентам. Система НМО включает: 1) комплекс образовательных мероприятий; 2) учреждения, которые их предоставляют; 3) механизмы, обеспечивающие своевременность и качество прохождения этого образования. Полученные медицинскими работниками знания учитываются в форме условных единиц — кредитов. НМО начинается после окончания медицинского вуза и получения права на профессиональную деятельность и продолжается в течение всей профессиональной карьеры медицинского работника. О необходимости непрерывности высшего образования упоминается в Федеральном законе № 125-ФЗ от 22.08.1996 г. «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», а также в распоряжении Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008 г. «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года». Непрерывное образование в соответствии со ст. 26 Федерального закона № 3266-1 от 10.07.1992 г. «Об образовании» может быть отнесено к виду дополнительного профессионального образования и приравнено к повышению квалификации.

Непрерывное профессиональное развитие (НПР) — синоним НМО. Некоторые эксперты рассматривают НПР шире, чем НМО, подразумевая, что НПР включает процесс приобретения знаний и навыков не только в медицине, но и в других, смежных с ней областях, например в управлении, экономике и социальной сфере.

«Новые» страны ЕС — страны бывшего соцлагеря и страны Балтии, вошедшие в ЕС после мая 2004 г.

Образ жизни — определенный, исторически обусловленный тип деятельности человека в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизни.

Обращение — или **первое** посещение врача по поводу данного заболевания, которое регистрируется с помощью статистического талона уточненного диагноза, в котором ставится знак «+», если диагноз заболевания установлен впервые, ставится знак « — », если это посещение по поводу обострения хронического заболевания, диагноз которого был поставлен в предшествующие годы.

Общественное здоровье — медико-социальный потенциал развития общества, включающий физическое, репродуктивное, психическое и духовное здоровье, измеряемый показателями состояния здоровья населения.

Общественное здоровье и здравоохранение – — наука о стратегии и тактике системы здравоохранения, направленная на улучшение общественного здоровья населения.

Общий коэффициент рождаемости — число родившихся живыми на 1000 населения в год.

Общий коэффициент смертности — число умерших от всех причин на 1000 населения в год.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении — число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоторого гипотетического поколения, родившемуся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте остается таким, как в год, для которого вычислен этот показатель. Ожидаемая продолжительность жизни является наиболее адекватной обобщающей характеристикой соответствующего уровня смертности во всех возрастах.

Оригинальное ЛС — лекарственное средство, впервые зарегистрированное на рынке его производителем (разработчиком). Эксклюзивный сбыт оригинального ЛС защищается патентом на определенный срок. Оригинальное ЛС, как правило, имеет торговое наименование (марку), присваиваемое производителем. Товарная марка ЛС (бренд) — эксклюзивное торговое наименование препарата ЛС. Для обеспечения эксклюзивности оно должно быть зарегистрировано в агентстве по охране интеллектуальной собственности (как разновидность авторского права).

Оценка — процесс определения реального состояния объекта (процесса, явления, системы) по отношению к желаемому состоянию или другому объекту (процессу, явлению, системе).

Охрана здоровья граждан — совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья (Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан).

Охрана материнства и детства — система государственных, общественных и медико-социальных мероприятий, обеспечивающих условия для рождения здорового ребенка, всестороннего развития подрастающего поколения, предупреждение и лечение болезней у женщин и детей.

Охрана среды обитания человека — совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на уменьшение и ликвидацию вредного воздействия факторов среды обитания на здоровье человека.

Пакет ПГГ (базовый пакет госгарантий) — определенный объем медицинской помощи, субсидируемый государством и гарантированный населению в случае возникновения заболевания или при потере трудоспособности. В различных странах объемы медицинской помощи по ПГГ могут определяться как конкретно, например перечни комплексных услуг (вмешательств), перечни лекарственных средств, так и неконкретно, например общими фразами: «все, что необходимо и обоснованно». В РФ объем медицинской помощи, гарантированный населению, определяется через ее виды и нормативы объемов (см. ПГГ).

Паритет покупательной способности (ППС) (Райзберг Б.А. и др., 2007) — соотношение двух или нескольких денежных единиц, валют разных стран, устанавливаемое по их покупательной способности применительно к определенному набору товаров и услуг. ППС может быть общим, устанавливаемым по всему ВВП в целом, и частным, устанавливаемым по определенной группе товаров. Например, если

один и тот же набор потребительских товаров, скажем, потребительская корзина, стоит 600 руб. в России и 100 долларов в США, то 1 $ППС = 6 руб. по данной потребительской корзине.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) — лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний преимущественно по месту жительства граждан, а также проведение санитарных, противоэпидемических, профилактических мероприятий, гигиенического обучения, мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, другие мероприятия.

Перепись населения — это один из важнейших источников информации о населении. В рекомендациях ООН переписью населения называется процесс сбора, обобщения, анализа и публикации демографических, экономических и социальных данных о всем населении, проживавшем на определенный момент времени в стране или четко ограниченной части страны.

Планирование — процесс определения целей, сроков и путей их достижения. Одна из функций управления.

Повышение квалификации — вид дополнительного профессионального образования, направленный на улучшение знаний и практических навыков работников с целью удовлетворения потребностей граждан, общества, государства. В соответствии с Федеральным законом № 3266-1 от 10.07.1992 г. «Об образовании» повышение квалификации необходимо в связи с постоянным совершенствованием федеральных государственных образовательных стандартов. Длительность курсов повышения квалификации для подтверждения занятий профессиональной деятельностью по выбранной медицинской специальности четко не определена. В постановлении Правительства РФ № 610 от 26.06.1995 г. «Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов» предусмотрены следующие виды и сроки повышения квалификации (для всех отраслей): краткосрочное тематическое усовершенствование (72 ч), тематические и проблемные семинары (от 72 до 100 ч) и длительное обучение в образовательном учреждении (свыше 100 ч). Сложившаяся практика в учреждениях медицинского образования для очных курсов повышения квалификации — 144 ч (длительность в 144 ч также упоминается в письме Минздравсоцразви-

тия России № 154-ВС от 15.01.2007 г.). Требования к программам послевузовского профессионального образования, программам повышения квалификации и программам переподготовки, условиям реализации этих образовательных программ и их результатам устанавливаются Минобрнауки РФ, а сами программы (включая описание необходимых информационно-методических материалов) разрабатываются Учебно-методическим объединением по высшему медицинскому и фармацевтическому образованию или самими вузами.

Поликлиника — лечебно-профилактическое учреждение (или МО), оказывающее общую и специализированную амбулаторную помощь прикрепленному населению в установленных объемах.

Полис медицинского страхования — документ, подтверждающий наличие договора страхования и обеспечивающий возможность получения медицинской помощи и защиту финансовых интересов застрахованного при наступлении страхового случая.

Политика здравоохранения — совокупность обязательств, решений и действий органов власти государства и общества, направленных на реализацию конкретных целей и задач по медико-санитарному обеспечению здоровья граждан.

Полномочия — это права юридического и физического лица на совершенствование хозяйственных операций, осуществление представительских функций, зафиксированных законодательно или нотариально.

Посещение — показатель объема медицинской помощи.

Производственный процесс — это совокупность действий работников и орудий труда, направленных на изготовление продукции (услуг) в данной организации (системе), в заданном количестве, качестве и ассортименте в определенные сроки. Продукция или услуги создаются с помощью определенных технологий.

Прогнозирование — разработка прогноза развития какого-то процесса или явления на определенный предстоящий период. В узком значении — специальные научные исследования конкретных перспектив развития какого-либо явления. Как одна из форм научного предвидения находится во взаимосвязи с планированием, программированием, проектированием, управлением. Обычно в общественных науках: краткосрочное прогнозирование на 1–2 года, среднесроч-

ное — на 5–10 лет, долгосрочное — на 15–20 лет, сверхдолгосрочное — на 50–100 лет. Выделяют 3 класса методов прогнозирования: экстраполяцию, моделирование, опрос экспертов.

Профессиональная переподготовка специалистов — отдельный вид дополнительного профессионального образования, направленный на совершенствование знаний специалистов для освоения нового вида профессиональной деятельности (специальности) или для получения дополнительной квалификации по выбранной специальности (углубленной подготовки). Проводится с учетом профиля специалистов в учреждениях повышения квалификации и подразделениях образовательных учреждений высшего профессионального образования в соответствии с утвержденными программами. Регламентируется приказом Минобразования РФ № 2571 от 6.09.2000 г.

Профилактика — меры, направленные на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий, в том числе инвалидности, на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях.

Профилактика первичная — совокупность мер (деятельность) преимущественно социального характера и массовых масштабов по развитию и усилению влияния благотворных для здоровья факторов и по ограничению и устранению неблагоприятных для здоровья факторов.

Профилактика вторичная — совокупность медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижения трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности.

Профилактика третичная — совокупность мер по предупреждению обострения уже развившегося заболевания, его перехода в хроническую форму, появления нетрудоспособности и инвалидности.

Профилактическая программа — систематизированное изложение основных целей, задач, направлений деятельности по профилактике заболеваемости, сохранению и укреплению здоровья.

Программа государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам бесплатной медицинской помощи — государственная программа, определяющая виды и объемы бесплатной медицинской помощи населению за счет государственных (общественных) средств. В РФ — это средства бюджетов всех уровней и системы ОМС. В РФ согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 20 и 20.1) ПГГ определяет гарантированные объемы медицинской помощи через ее виды (первичная медико-санитарная, неотложная, скорая, специализированная, в том числе высокотехнологичная), нормативы объемов медицинской помощи в расчете на 1 человека в год (число посещений поликлиник, вызовов скорой медицинской помощи, пациенто-дней и койко-дней), нормативы финансовых затрат (в руб.) на единицу объемов медицинской помощи и подушевые нормативы на 1 жителя в год. Утверждается ежегодно Правительством РФ; на основании ПГГ в субъектах РФ принимаются территориальные ПГГ (ТПГГ).

Разгосударствление здравоохранения (децентрализация) — снятие с государства функций прямого хозяйственного управления объектами здравоохранения и передача соответствующих полномочий на уровень медицинских организаций, замена вертикальных связей горизонтальными, которые могут происходить и без смены собственников.

Рандомизированное клиническое исследование — это исследование, в котором больные были распределены по группам случайным образом и использовалась контрольная группа больных, принимавших плацебо.

Рационирование медицинской помощи — технология упорядоченного распределения ресурсов здравоохранения на оказание медицинской помощи в условиях, когда этих ресурсов недостаточно по сравнению с потребностями. Включает 3 направления: выбор приоритетов, сдерживание затрат и рациональное расходование средств. На основе технологии выбора приоритетов (т.е. отбора только определенных медицинских вмешательств или услуг, которые будут субсидированы населению) формируется базовый пакет государственных гарантий. Политики, чтобы ослабить ограничительное значение рационирования, иногда называют его не упорядоченным распределением, а только «выбором приоритетов».

Результативность — способность достигать запланированных результатов.

Ресурсы здравоохранения — средства, необходимые для функционирования системы здравоохранения, включая кадры, финансы, помещения, оборудование, снабжение, фонды, знания, технологии.

Референтная цена — это предельная цена, по которой государство возмещает аптекам (или пациенту) стоимость ЛС, отпущенного покупателям.

Рождаемость — процесс деторождения в некоторой совокупности людей, составляющих поколение или группу поколений (население).

Санаторий — лечебно-профилактическое стационарное учреждение, предназначенное для лечения и оздоровления пациентов преимущественно природными средствами (климат, минеральные воды, лечебная грязь), в сочетании с физиотерапией, лечебной физкультурой, диетическим питанием и особым режимом.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения — состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и создаются благоприятные условия его жизнедеятельности. Обеспечивается проведением государственными органами, предприятиями, учреждениями, организациями, общественными объединениями и гражданами гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий, соблюдением санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, системой государственного санитарно-эпидемического надзора, а также комплексом других организационных, правовых и экономических мер в соответствии с санитарным законодательством РФ.

Санитарно-эпидемиологический надзор — деятельность специально уполномоченных государственных органов, санитарно-эпидемиологических учреждений и специализированных формирований санитарно-эпидемиологической службы по обнаружению, пресечению и предупреждению нарушений санитарного законодательства РФ; осуществлению контроля за состоянием потенциально опасных объектов, санитарно-эпидемиологической обстановкой; прогнозированию эпидемий и других массовых заболеваний и отравлений.

Санология — учение о здоровье, точнее, о здоровье здоровых, его охране, укреплении и умножении (воспроизводстве).

Себестоимость медицинских услуг — стоимостная оценка используемых материалов, топлива, энергии, основных средств, нематериальных активов, трудовых ресурсов организациями в процессе оказания медицинской помощи и других услуг, а также иных затрат, связанных с их оказанием.

Сертификация специалиста — процедура подтверждения соответствия специалиста квалификационным требованиям и образовательным стандартам, установленным для данной специальности. Основанием для получения сертификата специалиста являются завершение специального образования и сдача квалификационного экзамена. Сертификат специалиста служит основанием для занятия определенной должности в учреждениях здравоохранения.

В РФ в соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.1993 г. (ст. 54) и приказом Минздравсоцразвития России № 112-н от 11.03.2008 г. «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ», сертификат специалиста можно получить на основании прохождения послевузовского профессионального образования (интернатуры — 1 год[1], ординатуры по специальности — 2 года, клинической аспирантуры — 3 года), дополнительного профессионального образования (повышение квалификации, специализация) или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике выбранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан. Сертификат специалиста государственного образца можно получить после прохождения обучения в учреждениях высшего профессионального или дополнительного образования, имеющих лицензию на образовательную деятельность.

В большинстве стран европейского региона, США и Канаде системой последипломного медицинского образования, в том числе образованием по специальности, занимаются соответствующие профес-

[1] Следует отметить, что правовой статус интернатуры в российском законодательстве определен нечетко, необходимо гармонизировать Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, Федеральные законы «Об образовании» и «О высшем и послевузовском профессиональном образовании».

сиональные медицинские общества. **Ресертификация** — процедура продления сертификата специалиста. Периодичность подтверждения сертификата в российском законодательстве не определена, за исключением постановления Правительства РФ № 30 от 22.01.2007 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности», в котором определено, что условием для выдачи лицензии является необходимость подтверждения прохождения квалификации не реже 1 раза в 5 лет. Отсутствие сертификата специалиста или свидетельства его обновления не реже чем 1 раз в 5 лет является одним из оснований для невыдачи (непродления) лицензии на медицинскую деятельность.

Система здравоохранения — см. здравоохранение.

Система здравоохранения, государственная — совокупность федеральных органов исполнительной власти, органов власти субъектов Российской Федерации, уполномоченных от имени государства планировать и осуществлять меры по реализации государственной политики в области охраны здоровья граждан.

Система медицинского страхования Бисмарка — национальная система социального страхования здоровья, финансируемая из страховых взносов.

Смертность — процесс вымирания поколения, складывающийся из массы единичных смертей, наступающих в разном возрасте.

Социальное страхование — система создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, — иных категорий граждан вследствие признания их безработными, трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, болезни, травмы, беременности и родов, потери кормильца, а также наступления старости, необходимости получения медицинской помощи, санаторно-курортного лечения и наступления иных установленных законодательством Российской Федерации социальных страховых рисков, подлежащих обязательному социальному страхованию.

Социальный статус — положение (позиция) индивида или группы в социальной системе, определяемое по ряду экономических, профессиональных, этнических и других специфических для данной системы признаков (пол, образование, профессия, доход и др.).

Стандарт (определение по ФЗ №184 от 27.12.2002 г.) — документ, в котором в целях добровольного многократного использования устанавливаются характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов проектирования, производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг.

Стандарт медицинской помощи (СМП) — документ рекомендательного характера, содержащий определенный (ограниченный) набор (перечень) диагностических и лечебных мероприятий, применяемых при определенных заболеваниях. В соответствии с ФЗ № 258 от 29.12.2006 г. установление стандартов медицинской помощи (стандартов оснащения медицинских организаций и других федеральных стандартов) является полномочием федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан. Региональные органы власти имеют право установления стандартов на уровне не ниже федеральных и должны организовать контроль соответствия качества медицинской помощи установленным федеральным стандартам. Цель стандартов может быть как ограничительная (т.е. в них могут быть включены только отобранные по определенным критериям, в том числе и экономическим, медицинские услуги, субсидируемые по ПГГ), так и для повышения качества медицинской помощи (т.е. включенные в стандарт медицинские вмешательства являются наиболее эффективными и безопасными для лечения данного заболевания). Стандарты носят только рекомендательный характер по отношению к конкретному пациенту, так как не могут предусматривать все особенности течения заболевания и возможные противопоказания.

Стандарт качества — стандарты организации, позволяющие обеспечивать качество предоставляемых услуг (могут называться стандартами аккредитации).

«Старые» страны ЕС — Германия, Великобритания, Франция, Италия, Швеция и другие, входившие в Евросоюз до мая 2004 г.

Статистика — наука, которая изучает количественную сторону общественных, массовых явлений в неразрывной связи с их качественной стороной.

Статистическая совокупность (объект наблюдения) — определенное множество единиц совокупности, которые количественно отли-

чаются друг от друга, но объединены какой-либо общей качественной основой.

Стационар, дневной — медицинское учреждение, в котором обслуживаются в течение дня больные, нуждающиеся в длительных и интенсивных формах лечения.

Стационар на дому — форма медико-социальной помощи для больных острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует госпитализации.

Стратегическое планирование — процесс принятия решений, направленный на достижение целей при максимально эффективном функционировании объектов управления, когда предполагаются не только будущие изменения, но и возможные последствия от уже принятых решений.

Стратегия в здравоохранении — план и метод решения задач для достижения обычно крупномасштабных и долгосрочных целей действующей политики здравоохранения.

Страховая медицинская организация (СМО) — юридические лица, осуществляющие медицинское страхование населения и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием.

Страхование — отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).

Страхователь — физическое или юридическое лицо, выражающее страховой интерес и вступающее в гражданско-правовые отношения со страховщиком в силу закона или двусторонней сделки (договора).

Страховой взнос — плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором или законом.

Страховой риск — объект медицинского страхования, связанный с финансовыми затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Страховой случай — совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возника-

ет обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу или третьим лицам.

Страховщик — физическое или юридическое лицо (любой формы собственности), имеющее соответствующую лицензию, проводящее страхование и ведающее накоплением и расходованием страховых средств.

Суммарный коэффициент рождаемости — число детей, рожденных в среднем одной женщиной за весь репродуктивный период — с 15 до 49 лет.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) — государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение, предназначенное для аккумулирования финансовых средств, которые формируются из отчислений страхователей на ОМС в соответствии с федеральным законодательством и территориальной программой ОМС населения субъекта Российской Федерации.

Технология (методика, способ производства) — комплекс организационных мер, операций и приемов, направленных на изготовление продукции (услуг).

Управление — это функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), направленная на поддержание их структуры и деятельности, а также на достижение целей и реализацию программ.

Управление качеством — часть процесса управления здравоохранением; подразумевает планирование качества, контроль и мониторинг качества, а также реализацию мер по его улучшению.

Уровень жизни характеризует в первую очередь денежные доходы населения, структуру потребительских расходов населения, показатели социального обеспечения и жилищные условия населения.

Услуги в здравоохранении, бесплатные — услуги, предоставляемые бесплатно или по ценам, не имеющим экономического значения, обществу в целом, группам хозяйств или отдельным домашним хозяйствам. Нерыночные услуги финансируются полностью или в большей части за счет государственного бюджета, внебюджетных фондов, средств некоммерческих организаций.

Фактор риска — потенциально опасное для здоровья явление поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающее вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

Фармакоэкономика — один из разделов экономики здравоохранения, основанный на современной методологии клинико-экономического анализа качества и стоимости лекарственного и нелекарственного лечения с учетом его влияния на увеличение продолжительности и улучшение качества жизни населения, сбережение ресурсов общества.

Фармацевтическая деятельность — деятельность организаций, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, и деятельность граждан, направленная на организацию и обеспечение населения лекарственными средствами.

Физическое развитие — процесс развития физических качеств и способностей, характеризующихся как антропометрическими данными, так и возможностями индивидуума к выполнению физических нагрузок с учетом половозрастных и профессиональных особенностей.

Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) — специализированное некоммерческое финансово-кредитное учреждение, реализующее государственную политику в области обязательного медицинского страхования. Различают Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС).

Фонд социального страхования Российской Федерации (ФСС) — специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ, основными задачами которого являются обеспечение гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по уходу за ребенком, санаторно-курортному лечению, реализации государственных программ охраны здоровья работающих и др.

Фондодержание — способ оплаты медицинской помощи через специально сформированные фонды для амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ). Из этих фондов оплачиваются услуги врачей АПУ и дополнительные медицинские услуги диагностических центров и стационаров в интересах прикрепленного к АПУ населения. Сэкономленные на эти дополнительные услуги

средства идут на оплату труда или развитие АПУ. Таким образом, создается финансовая заинтересованность медицинского персонала АПУ в улучшении здоровья населения (более здоровое население потребляет меньше медицинских услуг) и экономии ресурсов здравоохранения. В Великобритании под фондами подразумеваются не просто денежные фонды, зарезервированные на уровне СМО (как в РФ), а отдельные структуры в составе врачебных практик на уровне районных подразделений Национальной службы здравоохранения.

Формуляр лекарственных средств — документ, в котором представлен ограниченный список лекарственных средств (ЛС), рекомендуемых для лечения заболеваний; в нем также могут быть приведены схемы лечения и дозировки препаратов.

Формы получения образования — способы освоения образовательных программ. Различают следующие формы: очную, очно-заочную (вечернюю), заочную, семейное образование, самообразование и экстернат. Регламентируется ст. 10 Федерального закона «Об образовании», ст. 6 Федерального закона «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», а также постановлением Правительства РФ № 1473 от 22.11.1997 г. «Об утверждении перечня направлений подготовки специалистов и специальностей, по которым получение высшего профессионального образования в заочной форме или форме экстерната не допускается».

Цель — определение желаемого качественного или количественного состояния, условия или тенденций на будущее. Цель отличается от задачи долгосрочным характером (рассчитывается не менее чем на 1 год).

Цена — сумма денег, за которую «покупатель» может купить, а «продавец» готов продать товар или медицинскую услугу.

Экономика — общественная наука, которая способствует решению хозяйственных, социальных и политических проблем, встающих перед обществом в целом и человеком в частности.

Экономика здравоохранения — экономические аспекты деятельности здравоохранения от оценки стоимости услуг и затрат ресурсов до их эффективности.

Экспертиза качества — процедура оценки качества, осуществляемая экспертом.

Эпидемиология — отрасль медицинской науки, которая занимается исследованием факторов и условий, определяющих частоту и распространение заболеваний и инвалидности среди населения.

Этика — наука, занимающаяся изучением нравственной ценности человеческих стремлений и поступков.

Эффективность (efficiency) — оценка результативности с учетом затраченных средств (в некоторых случаях — с учетом возможных нежелательных эффектов).

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан: комментарии, основные понятия, подзаконные акты. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 544 с.

Демографический понятийный словарь / под ред. Л.Л. Рыбаковского. — М.: ЦСП, 2003. — 352 с.

Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению: учебное пособие. — М.: Медицина, 2010. — 464 с.

Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 592 с.

Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / под ред. В.А. Медика, В.К. Юрьева. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 288 с.

Петри А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика / пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2010. — 168 с.

Практическая демография / под ред. Л.Л. Рыбаковского. — М.: ЦСП, 2005. — 280 с.

Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие / под ред. В.З. Кучеренко. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 256 с.

Сергиенко М.Б., Бондаренко И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 304 с.

Статистика: учебник / под ред. С.А. Орехова. — М.: Эксмо, 2010. — 448 с.

Терминология по общественному здоровью и здравоохранению / под ред. О.П. Щепина. — М.: ГУННИИ общественного здоровья РАМН, 2008. — 107 с.

Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 592 с.

Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие / под ред. А.И. Вялкова; А. И. Вялков, В. З. Кучеренко, Б. А. Райзберг и др. — 3-е изд., доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 664 с.

Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. — М.: Изд. дом ГУ-ВШЭ, 2007. — 318 с.

Экономика здравоохранения: учебное пособие / под ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. — М.: Изд. дом ГУ-ВШЭ, 2008. — 479 с.

Экономика здравоохранения: учебное пособие / под ред. А.В. Решетникова. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 272 с.

Эпидемиология: учебное пособие / В.В. Власов. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 464 с.

Учебное издание

Лисицын Юрий Павлович
Улумбекова Гузель Эрнстовна

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Третье издание,
переработанное и дополненное

ПРИГЛАШЕНИЕ К СОТРУДНИЧЕСТВУ

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» приглашает к сотрудничеству авторов и редакторов медицинской литературы, литературы по ветеринарии и агротехнике.

ИЗДАТЕЛЬСТВО СПЕЦИАЛИЗИРУЕТСЯ НА ВЫПУСКЕ
учебной литературы для вузов и колледжей, атласов, руководств для врачей, переводных изданий

По вопросам издания рукописей обращайтесь в отдел по работе с авторами.
Тел.: (495) 921-39-07.

Зав. редакцией *О.В. Кириллова*

Выпускающий редактор *О.В. Кириллова*

Редактор *Г.А. Суворова*

Корректор *М.Ю. Никитина*

Подготовка оригинал-макета *А.А. Горбунова*

Подписано в печать 12.01.2011. Формат 60×90 $^{1}/_{16}$.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 34 печ. л. Тираж 3000 экз. Заказ № 107.

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
119021, Москва, ул. Россолимо, д. 4.
Тел./факс (495) 921-39-07, факс (499) 246-39-47.
E-mail: info@geotar.ru, http://www.geotar.ru.

Отпечатано в ОАО «Типография “Новости”».
105005, г. Москва, ул. Ф. Энгельса, 46.

ISBN 978-5-9704-1997-7