

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК О ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

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

4. Подготовить мультимедийные презентации или рефераты по следующим темам:

- роль Аптекарского приказа в становлении государственной медицины Московского государства (XV—XVII вв.);
- подготовка врачей и первая Лекарская школа при Аптекарском приказе;
- Н.А.Семашко — первый нарком здравоохранения;
- ликвидация особо опасных инфекций в СССР;
- медицина в годы Великой Отечественной войны;
- медики — Герои Советского Союза;
- проблемы отечественного здравоохранения и реформа здравоохранения, начатая в 90-е годы XX столетия;
- приоритеты современного здравоохранения в РФ;
- проблемы здравоохранения вашего региона.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что способствовало зарождению государственного здравоохранения (XVI в.)?

2. Перечислите учреждения в России, способствующие развитию государственной системы здравоохранения в XVII — начале XX вв.

3. Назовите систему оказания медицинской помощи населению России, которая зародилась в 60-е годы XIX в.

4. Какое значение сыграла Октябрьская революция 1917 г. для дальнейшего развития государственной системы здравоохранения в России?

5. Назовите год создания единой системы государственного здравоохранения и название учреждения, осуществлявшего управление советским здравоохранением.

6. Назовите имя выдающегося врача, ученого, организатора, который возглавил создание государственной системы здравоохранения после революции 1917 г.

7. Перечислите главные принципы, положенные в основу формирования государственной системы здравоохранения в СССР.

8. Назовите имена выдающихся русских ученых, способствовавших становлению советской медицинской науки и здравоохранения.

9. Как называлось первое советское медицинское научно-исследовательское учреждение, организованное в 1920 г.?

10. Расскажите о развитии советского здравоохранения в годы, предшествовавшие началу Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.

11. Раскройте роль здравоохранения в победе советского народа в годы Великой Отечественной войны.

12. Расскажите о развитии советского здравоохранения в послевоенный период до 90-х годов XX в.

13. Назовите основные причины, способствовавшие развитию кризиса советского здравоохранения в конце XX в.

14. Перечислите основные нормативные правовые документы, способствовавшие совершенствованию и развитию здравоохранения РФ в течение последнего десятилетия XX в. и начала XXI в.

15. Расскажите о современном состоянии здравоохранения вашего региона и РФ в целом.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите этап исторического развития нашей страны, при котором отечественное здравоохранение приобрело государственный характер:

- 1) в период становления государственности на Руси;
- 2) в период становления фабрично-заводской медицины;
- 3) во времена Ивана Грозного (XVI в.);
- 4) в годы Советской власти;
- 5) в годы правления Петра I.

2. Назовите государственное учреждение, положившее начало формированию государственного здравоохранения в России:

- 1) Государева аптека;
- 2) Аптекарская канцелярия;
- 3) Государева канцелярия;
- 4) Медицинская канцелярия;
- 5) Аптекарский приказ.

3. Назовите государственные учреждения, занимавшиеся государственным здравоохранением в различные периоды отечественной истории (установите соответствие между каждым элементом левой колонки и цифровыми данными правой колонки), определите правильное сочетание:

А — Медицинский департамент	а — 1916 г.
Б — Медицинская коллегия	б — 1918 г.
В — Главное управление государственного здравоохранения	в — 1721 г.
Г — Медицинская канцелярия	г — 1811 г.
Д — Народный комиссариат здравоохранения	д — 1763 г.

- 1) Гг, Ав, Да, Вб, Бд;
- 2) Ва, Бд, Гв, Аб, Дг;
- 3) Бв, Га, Дб, Вг, Ад;
- 4) Аг, Бд, Дб, Гв, Ва;
- 5) Гв, Ад, Да, Вб, Бг.

4. Медицинский департамент в России с 1803 г. находился в ведении:
- 1) Министерства здравоохранения;
 - 2) Министерства общественного призрения;
 - 3) Министерства внутренних дел;
 - 4) Министерства иностранных дел;
 - 5) Министерства образования.
5. Назовите этап исторического развития России, когда был предложен и теоретически обоснован принцип бесплатности медицинской помощи:
- 1) на I съезде Пироговского общества (1885);
 - 2) в период деятельности русских революционеров (1859–1861);
 - 3) в период Февральской и Октябрьской революций в России (1917);
 - 4) на I Всероссийском съезде медико-санитарных отделов (1918);
 - 5) в период становления земской медицины как системы (1870).
6. Назовите руководителя Главного управления государственного здравоохранения России:
- 1) М.В. Ломоносов;
 - 2) И.Л. Блюментрост;
 - 3) Р.К. Эрскин;
 - 4) Г.Е. Рейн;
 - 5) Н.И. Пирогов.
7. Назовите основные формы организации медицинской помощи в России во второй половине XIX в.:
- 1) земская, государственная, городская;
 - 2) государственная, фабричная, сельская;
 - 3) земская, городская, фабрично-заводская;
 - 4) сельская, государственная, фабрично-заводская;
 - 5) городская, сельская, заводская.
8. Назовите первого руководителя Народного комиссариата здравоохранения и основоположника советской системы здравоохранения:
- 1) Г.Е. Рейн;
 - 2) З.П. Соловьёв;
 - 3) Р.К. Эрскин;
 - 4) Н.А. Семашко;
 - 5) М.И. Барсуков.
9. Назовите основные принципы советского здравоохранения, имеющие историческое значение не только для России, но и для всей мировой системы здравоохранения:
- 1) государственный характер; профилактическая направленность; бесплатность; общедоступность; участие населения в

- мерах по охране здоровья; единство медицинской науки и практики здравоохранения;
- 2) страховая медицина; государственный характер; профилактическая направленность; финансовый контроль; бесплатность;
 - 3) равноправие государственной и частной системы здравоохранения; страховая медицина; финансовый контроль; бесплатность; единство медицинской науки и практики здравоохранения;
 - 4) бесплатность; доступность; профилактическая направленность; финансовый контроль; равноправие государственной и частной системы здравоохранения; участие населения в мерах по охране здоровья;
 - 5) страховая медицина; равноправие государственной и частной системы здравоохранения; финансовый контроль; профилактическая направленность; бесплатность.
10. Назовите дату основания первого научно-исследовательского учреждения советского периода и название этого учреждения:
- 1) 1918 г. — Академия медицинских наук СССР;
 - 2) 1923 г. — Государственный институт народного здравоохранения;
 - 3) 1924 г. — Государственный институт народного здравоохранения;
 - 4) 1920 г. — Институт экспериментальной медицины;
 - 5) 1920 г. — Государственный институт народного здравоохранения.
11. Назовите долю возвращения в строй раненых и больных в годы Великой Отечественной войны 1941— 1945 гг.:
- 1) 60% и 90%;
 - 2) 72% и 90%;
 - 3) 76% и 85%;
 - 4) 72% и 95%;
 - 5) 82% и 96%.
12. Назовите дату основания учреждения, объединившего деятельность ведущих научных институтов страны, его название и фамилию первого его президента:
- 1) 1938 г. — Академия медицинских наук СССР, Н.А. Семашко;
 - 2) 1923 г. — Государственный институт народного здравоохранения, Н.Н. Бурденко;
 - 3) 1924 г. — Институт экспериментальной медицины СССР, А.Л. Мясников;
 - 4) 1944 г. — Академия медицинских наук СССР, Н.Н. Бурденко;
 - 5) 1944 г. — Государственный институт народного здравоохранения, Н.Н. Бурденко.

13. Назовите дату реорганизации Наркомздрава в Министерство здравоохранения СССР:

- 1) 1938 г.;
- 2) 1923 г.;
- 3) 1924 г.;
- 4) 1952 г.;
- 5) 1946 г.

14. Назовите правовую базу для реформ, проводимых в 1990-х годах в здравоохранении РФ:

- 1) Закон «Об основных гарантиях прав ребенка» 1998 г.;
- 2) «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ» 1997 г.;
- 3) «Концепция охраны здоровья населения РФ на период до 2005 года» 2000 г.;
- 4) «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» 1993 г.;
- 5) «Основы законодательства о здравоохранении» 1969 г.

15. Назовите правовую базу реформирования здравоохранения, способствовавшую становлению совершенно новых отношений в системе здравоохранения, проводимых в 1990-х годах в РФ:

- 1) «Основы законодательства о здравоохранении» 1969 г.;
- 2) «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» 1997 г.;
- 3) Закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» 1993 г.;
- 4) «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» 1993 г.;
- 5) «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года» 2000 г.