



# Здравоохранение

Авторы: В. И. Стародубов

## Здравоохранение

### Организация здравоохранения

Первые сведения об организации помощи больным на территории Древнерусского гос-ва относятся к 10–11 вв. В 11 в. в Киеве трудились монастырские и светские «лечцы». В 1581 появился первый гос. орган управления медициной – Аптекарский приказ. В 1721 была организована Медицинская канцелярия, которая взяла на себя руководство медициной в России. В последующем (1763– 1803) эти функции выполняла Медицинская коллегия. В 1803 в составе Мин-ва внутренних дел была организована Медицинская экспедиция. В 1811 в результате её преобразования был создан Медицинский деп-т, взявший на себя осуществление врачебно-санитарного контроля. Во 2-й пол. 19 в. в России получила развитие земская медицина, не имевшая аналогов в др. странах мира. В 1916 было создано Главное управление гос. здравоохранения (на правах министерства), не успевшее развить свою деятельность вследствие Окт. революции 1917. С 1918 началось создание гос. системы охраны здоровья. В России был создан Наркомздрав, который возглавил Н. А. Семашко, заложивший осн. принципы развития здравоохранения в стране. В 1920–30-е гг. здравоохранение занималось борьбой с эпидемиями, развитием мед. помощи рабочим промышленных и с.-х. предприятий, охраной материнства и младенчества, созданием материальной базы здравоохранения.

В годы Вел. Отеч. войны осн. усилия органов здравоохранения были направлены на оказание мед. помощи раненым и больным. Медицинские работники внесли большой вклад в победу над фашизмом, вернув в строй более 77% раненых и 90% больных, не допустив эпидемий в действующей армии и в тылу. В 1950–80-х гг. продолжалось развитие здравоохранения страны: создавалась сеть крупных лечебных учреждений, на селе – сеть центральных районных больниц; получили развитие специализированные виды мед. помощи.

В 1990-е гг. в здравоохранении страны произошли радикальные изменения, связанные с распадом СССР, сменой экономического курса развития России. Предпринимались значительные усилия по адаптации системы здравоохранения к сложившимся реалиям социально-экономической ситуации в стране. Был принят ряд законов, послуживших основой развития здравоохранения, среди них – «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993).

### Медицинское страхование

О страховой медицине в России начали упоминать с 1860-х гг., когда появились первые проекты страхования рабочих и создания страховых (больничных) касс, организации мед. помощи рабочим. С 1912 введено обязательное страхование фабрично-заводских рабочих, предусматривавшее выплату пособий в случаях болезни, трудового увечья, родов и др.



Президиум Российской академии  
медицинских наук.



Онкологический научный центрим.  
Н.Н. Блохина в Москве.

Февр. революция 1917 повлекла формирование новых институциональных систем в социальной сфере. В течение 1917 страхования на случай болезни было распространено на всех работающих по найму лиц. В 1920-е гг. параллельно развиваются системы бюджетного финансирования мед. помощи и мед. страхования, средства которого использовались для улучшения мед. обслуживания работников промышленности. Медицинское страхование (мед. помощь застрахованным) по существу представляло собой одно из звеньев гос. системы здравоохранения.

В кон. 1920-х гг. мед. страхование начало свёртываться, в нач. 1930-х гг. всё имущество социального страхования было передано профсоюзам. В 1930– 1980-х гг. в СССР действовала бюджетная модель финансирования здравоохранения с жёсткой системой административного подчинения нижестоящего уровня вышестоящему. Некоторые вопросы оказания мед. помощи финансировались через систему социального страхования (оплата временной нетрудоспособности, санаторно-курортного лечения).

С 1991 поиск дополнительных источников финансирования здравоохранения предопределил внедрение мед. страхования в связи с либерализацией экономики. В 1991 был принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», в который в 1993 были внесены дополнения и изменения. Были созданы федеральный и территориальные фонды обязательного мед. страхования (ОМС), сложилась система обязательного мед. страхования. Фонды ОМС – это самостоятельные гос. финансово-кредитные учреждения, реализующие гос. политику в области обязательного мед. страхования. Федеральный фонд ОМС создаётся Правительством РФ, территориальные фонды – соответствующими органами исполнительной власти субъектов РФ. Финансовые средства фондов ОМС находятся в гос. собственности, они не входят в состав бюджетов, др. фондов и изъятию не подлежат. ОМС является всеобщим для населения. В сферу ОМС включено только мед.

обслуживание населения; возмещение заработка, потерянного за время болезни, осуществляется в рамках другой гос. системы – социального страхования.

Функционирование ОМС качественно изменило систему финансовых отношений государства с лечебными учреждениями (см. также раздел Экономика здравоохранения).

## **Заболееваемость**

В кон. 19 – нач. 20 вв. в России были широко распространены инфекционные заболевания, наблюдались эпидемии кишечных инфекций, натуральной оспы, чумы, холеры, малярии, сыпного и возвратного тифов. Во многом это было связано с тяжёлыми потрясениями в социально-экономической и политической жизни страны. Структура заболеваемости в 1914 по статистическим данным была следующей: 18% заболеваний приходилось на болезни органов пищеварения; 16% – на инфекционные болезни; 11% – на болезни органов дыхания; 4% – на

болезни кожи; 8% – на паразитарные заболевания; 7% – на травмы.

В последующие годы (см. табл. 1) происходили значительные изменения в структуре заболеваемости населения, связанные в первую очередь со значительным сокращением инфекционной и паразитарной патологии. В 1997–2003 уровень общей заболеваемости (болезненности) населения имел тенденцию к росту.

У взрослых он составлял 14,3% (с 1072,6 до 1252,3), у подростков – 28,9% (с 1232,3 до 1733,9), у детей – 24,9% (с 1565,4 до 2084,4). Рост показателей заболеваемости наблюдался практически по всем классам болезней (см. табл. 2).

В структуре общей заболеваемости взрослого населения, подростков и детей в 2003 ведущее место занимали болезни органов дыхания, составлявшие соответственно 17,3%, 34,3% и 49,6%. На втором месте у взрослого населения были болезни системы кровообращения (11,7%); у подростков и детей – болезни органов пищеварения (9,3% и 7,5% соответственно). На третьем месте у взрослых – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,5%); у подростков и детей – болезни глаза и его придаточного аппарата (8,9% и 5,4% соответственно).

Общая заболеваемость детей превышала заболеваемость подростков в 1,2 раза, а взрослых в 1,7 раза. По некоторым классам заболеваний эта разница была ещё более выражена. Так, по врождённым аномалиям (порокам развития), деформациям и хромосомным нарушениям заболеваемость детей превышала взрослую почти в 18 раз, болезням органов дыхания – в 4,8 раза, по болезням крови, кроветворных органов и отдельным нарушениям, вовлекающим иммунный механизм, – в 4,8 раза, по некоторым инфекционным и паразитарным заболеваниям – в 2 раза и т. д.

В то же время по некоторым классам заболеваний наблюдалась обратная картина. Например, по болезням системы кровообращения заболеваемость взрослых была больше в 9,4 раза, новообразованиям – в 7,6 раза, болезням мочеполовой системы – в 1,9 раза.

При анализе общей заболеваемости подростков обращают на себя внимание наибольшие показатели в таких классах, как болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, заболевания нервной, пищеварительной, костно-мышечной систем и соединительной ткани, психические расстройства и расстройства поведения, болезни глаза и его придаточного аппарата.

Первичная заболеваемость среди взрослого населения возросла за период 1997–2001 с 518,3 до 542,1 случая на 1000 населения (на 4,6%), подростков с 746,5 до 934,3 (на 25,2%), детей – с 1243,7 до 1462,9 (на 17,6%). У взрослых рост первичной заболеваемости за указанный период наблюдался прежде всего за счёт болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ (на 39,5%), психических расстройств и расстройств поведения (на 29,4%), болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (на 20,3%), болезней системы кровообращения (на 22,7%).

Особенно быстрыми темпами у подростков в этот период возрастали показатели первичной заболеваемости психическими болезнями и расстройствами поведения (на 68,8%), болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 43,1%), новообразованиями (на 43,7%), болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушениями обмена веществ (на 40,3%).

Среди детей самое значительное повышение первичной заболеваемости отмечалось при болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях с вовлечением иммунного механизма (на 45,5%), болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 34,3%), врождённых аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях (на 32,0%), болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ (на 29,8%).

У взрослого населения несколько стабилизировались показатели травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезней органов пищеварения и даже снизились показатели заболеваемости болезнями органов дыхания и нервной системы.

В период 1980–2001 число ежегодно регистрируемых больных злокачественными опухолями увеличилось на 35,2% (с 231,5 в 1980 до 312,9 в 2001 на 100 тыс. населения). В 2001 число больных, состоящих под диспансерным наблюдением в онкологических учреждениях, составляло 1501,1 на 100 тыс. населения (в 1980 – 949,1), т. е. рост составил 58,2%. С 1980 по 2001 почти в 2 раза выросло число впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями молочной железы – с 30,7 до 59,0 (на 100 тыс. женского населения), повысилась заболеваемость опухолями прямой кишки – с 9,1 до 14,9 (на 63,7%), трахеи, бронхов и лёгкого – с 34,2 до 43,1 (на 26,0%), лимфатической и кроветворной ткани – с 9,4 до 13,7 (на 45,7%). Снизились показатели заболеваемости раком шейки матки – с 23,5 до 15,9 (на 32,3%), пищевода – с 5,9 до 5,2 (на 11,9%), желудка – с 45,5 до 32,6 (на 28,4%). Среди причин увеличения возникновения злокачественных новообразований можно отметить прогрессирующее постарение общества, ухудшение социально-экономических условий, снижение жизненного уровня населения, распространение табакокурения, алкоголизма.

Заболеваемость алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией значительно увеличилась. Число больных с впервые установленным диагнозом и взятых под диспансерное наблюдение психоневрологическими и наркологическими диспансерами увеличилось за период 1990–2001 на 15,2% (с 231333 до 266603 или со 156,4 до 184,9 на 100 тыс. населения). В то же время число больных, состоящих под диспансерным наблюдением в вышеуказанных учреждениях, имеет тенденцию к стабилизации (в 1990 – 1814,2, в 1995 – 1679,6, в 2000 – 1714,2, в 2001 – 1748,4 на 100 тыс. населения).

Начиная с 1997 отмечается некоторая положительная динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путём. Так, в 1990 отмечено 5,3 случая сифилиса на 100 тыс. населения, в 1997 (наибольший подъём заболеваемости сифилисом) – 277,6, а в 2001 – уже 144,1, в 2003 – 95,1. В то же время растут показатели заболеваемости ранним врождённым сифилисом (в 1990 – 3, в 1995 – 92, в 2001 – 585, в 2003 – 503 случая). Заболеваемость гонореей, оставаясь высокой, имеет постоянную тенденцию к снижению (с 1992 она снизилась с 169,2 до 82,5 на 100 тыс. населения в 2003).

В последнее время стабилизировалась эпидемиологическая обстановка по туберкулёзу. Так, заболеваемость на 100 тыс. населения всеми формами активного туберкулёза, возросшая с 34,2 в 1990 до 90,4 в 2000, начала постепенно снижаться и к 2004 составила 83,2. Смертность от туберкулёза продолжает расти (в 2002–03 она составила 21,8 на 100 тыс. населения).

В современной России особенностями состояния здоровья населения являются: высокие показатели смертности трудоспособного населения, в осн. за счёт травм, отравлений и несчастных случаев; рост социально

обусловленной инфекционной патологией (туберкулёз, СПИД, сифилис); снижение или стабилизация уровня инфекционной заболеваемости (корь, дифтерия, коклюш, скарлатина и др.); увеличение удельного веса патологии, характерной для лиц старшего возраста.

## **Основные проблемы смертности**

На протяжении всего 20 в. изменения здоровья, смертности и продолжительности жизни населения в России в решающей степени определялись универсальным общемировым процессом – т. н. эпидемиологическим переходом, то есть переходом от типа смертности с высокой долей умерших в детских и молодых возрастах от инфекционных болезней, травм, отравлений к типу смертности в осн. в пожилых и старческих возрастах от хронической патологии (сердечно-сосудистые и онкологические заболевания). В России эпидемиологический переход начался позднее, чем в европейских странах; допереходные уровни здоровья и смертности были хуже (напр., такой устойчиво высокий уровень младенческой смертности, как в России кон. 19 в., в Западной Европе не наблюдался на всём протяжении её документированной демографической истории); развивался переход крайне непоследовательно в силу объективных социальных условий, что и объясняет его незавершённость даже к кон. 20 в. и наложение нерешённых задач каждого из его этапов.

1-й этап эпидемиологического перехода в России в осн. завершился к сер. 1960-х гг., в результате чего кардинально изменилась возрастная структура заболеваемости и смертности и, соответственно, их причины. По сравнению с концом 1930-х гг. более чем вчетверо сократилась вероятность смерти от инфекционных болезней и болезней органов пищеварения, примерно вдвое – от болезней органов дыхания. Болезни системы кровообращения и новообразования вышли в лидеры среди причин смерти. Основной эффект снижения смертности был достигнут за счёт детских и молодых возрастов, в которых отмечался наибольший прирост продолжительности жизни. В целом к сер. 1960-х гг. Россия значительно сократила отставание в эпидемиологическом переходе от наиболее развитых стран.

Следующие два десятилетия (с сер. 1960-х до сер. 1980-х гг.) были периодом стагнации с точки зрения здоровья населения. Приостановилось дальнейшее снижение младенческой и детской смертности. В возрастах до года показатели стабилизировались на уровне 22–26 на 1000 жителей. Противоречивой была динамика младенческой смертности от основных внешних причин. Были достигнуты позитивные сдвиги в сокращении смертности от болезней органов дыхания и пищеварения, но выросла смертность от инфекций. В молодых трудоспособных возрастах, прежде всего у мужчин, начался рост смертности от несчастных случаев, отравлений и травм, в более старших – от болезней системы кровообращения. Т. о., на нерешённые задачи 1-го этапа эпидемиологического перехода (борьба преим. с внешними причинами смерти в детских и молодых возрастах) наслоились задачи 2-го этапа – сокращение преждевременной смертности от хронических дегенеративных заболеваний в средних возрастах. В целом за этот период продолжительность жизни женщин практически не изменилась (сокращение за 20 лет на 0,2 года), а у мужчин сократилась (более чем на 2 года). При этом отставание от европейских стран заметно возросло, поскольку на фоне стагнации и негативных тенденций продолжительности жизни в России в развитых странах смертность продолжала сокращаться.

С сер. 1980-х гг. начался период резких сдвигов в здоровье и смертности населения, который в целом характеризовался обратным развитием эпидемиологического перехода. Это связано с постепенно нарастающим ухудшением в этот период всех факторов здоровья и смертности (индивидуальных и общественных).



Опережающими темпами росла смертность преимущественно от внешних причин. Так, если смертность от новообразований за 1989–99 сократилась, а от болезней системы кровообращения незначительно выросла – на 20% у мужчин и на 15% у женщин, то смертность от инфекций возросла в 2,3 раза у мужчин и в 2,6 раза у женщин (основная причина – туберкулёз). Отмечался стремительный рост смертности от пневмоний (в 2,2 и 1,4 раза) на фоне стабилизации смертности от болезней органов дыхания в целом. Аналогичным образом смертность от неалкогольных циррозов выросла более чем в 1,5 раза на фоне незначительного увеличения смертности от болезней органов пищеварения в целом.

В 1990-е гг. отмечался опережающий, по отношению к осн. причинам, рост смертности от травм и отравлений (в 1,7 раза у мужчин и в 1,5 раза у женщин), а также происходило омоложение смертности практически от всех заболеваний и причин – в целом за десятилетие на 1,5–6 лет. Причём этот процесс охватывал как хронические неинфекционные заболевания (болезни системы кровообращения и новообразования), так и заболевания, вызванные преимущественно внешними причинами (инфекции, болезни органов дыхания, отравления и травмы). При этом рост смертности затронул прежде всего молодые группы населения: подростков и лиц молодых трудоспособных возрастов. В трудоспособном периоде рост смертности составил 35–70% с оформлением максимума у мужчин в интервале 20–44 года, у женщин в 20–34 года.

Одна из осн. задач здравоохранения – сохранение населения трудоспособного возраста в первую очередь за счёт снижения смертности от травм и отравлений, а также от основных неинфекционных заболеваний (болезни системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, злокачественные новообразования). В связи с этим следует отметить, что кризис здоровья населения формируется именно в трудоспособных возрастах, поскольку: а) в них максимальны различия в показателях смертности между Россией и развитыми странами (стандартизованный коэффициент смертности превышает среднее значение по странам Европейского Союза от всех внешних причин примерно в 6 раз, от болезней системы кровообращения у мужчин – более чем в 4 раза); б) в них формируется беспрецедентный разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин в России (ок. 12 лет в 1999); в) именно трудоспособные возрасты оказались наиболее чутким индикатором происходящих перемен в России (как негативных, так и позитивных), что и определило динамику продолжительности жизни населения на протяжении последних полутора десятилетий.

Приоритетным направлением в здравоохранении является репродуктивное здоровье женщин и качество потомства, для достижения успехов в котором наиболее значимы: грамотное планирование семьи, включая предотвращение нежелательной беременности; снижение гинекологической и экстрагенитальной заболеваемости, а также осложнений беременности и родов; профилактика детской инвалидности. В этой связи следует выделить следующее: а) число аборт за десятилетие сократилось почти вдвое (с 109 до 57 на 1000 женщин репродуктивного возраста в 1990–99), но остаётся значительно выше этого показателя в экономически развитых странах; б) частота осложнений беременности и родов возросла в 1990–99 в 1,5–2 раза, в т. ч. поздними токсикозами – с 89,6 до 203,1 на 1000 случаев, болезнями мочеполовой системы – с 43,5 до 96, анемией – с 65,1 до 268,7; в) на этом фоне отмечалась относительная стабилизация показателей младенческой смертности (17,4–16,9 на 1000 родившихся в 1990–99), что явилось одним из существенных факторов роста детской инвалидности (до 1,82% детского населения в 1999), которая значительно больше распространена среди мальчиков (2,1%; у девочек – 1,61%).

Первичный выход на инвалидность в 2000 составил 76,6 на 10 тыс. населения. Основными заболеваниями,

послужившими причиной инвалидности, являлись болезни системы кровообращения (46,1%), злокачественные новообразования (12,7%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,0%), последствия травм, отравлений и др. воздействий внешних факторов (6,4%), психические расстройства и расстройства поведения (4,3%).

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в 2000 составила 73,7 случая на 100 работающих, или 957,3 календарных дня на 100 работающих. Основными причинами заболеваемости с временной утратой трудоспособности являлись болезни органов дыхания (26,6 случая и 224,2 дня на 100 работающих), травмы и отравления (6,4 и 135,7), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,4 и 117,2), болезни системы кровообращения (4,6 и 81,3).

## **Медицинские кадры**

В нач. 20 в. подготовку врачей в России осуществляли немногочисленные мед. факультеты университетов. В 1917 в них обучалось 8600 студентов. Выпуск составлял 900 врачей. Общее число врачей в России в 1913 составляло 28,1 тыс.; один врач приходился на 5,5 тыс. жит., причём распределялись они по стране крайне неравномерно. Например, в Сибири и на Дальнем Востоке один врач приходился на 75–100 тыс. жит. Всё это обуславливало малодоступность врачебной помощи населению.

В дальнейшем происходил рост числа учебных заведений, осуществляющих подготовку мед. персонала для здравоохранения страны. В нач. 21 в. подготовку специалистов в сфере высшего профессионального образования осуществляют 47 мед. вузов и ок. 20 мед. факультетов университетов. Они готовят специалистов для здравоохранения по 13 специальностям (лечебное дело, педиатрия, стоматология, фармация, медико-профилактическое дело и др.).

Динамика кадрового состава в области здравоохранения представлена в табл. 3, отмеченные в ней тенденции происходили на фоне уменьшения количества больничных учреждений и коечного фонда. Наряду с ростом относительных показателей (на 10 тыс. населения) численности врачей всех специальностей в течение последних лет увеличилось также число врачей клинических специальностей. При этом в системе Минздрава России наблюдалось некоторое увеличение числа врачей терапевтического профиля и ещё более заметно – врачей хирургического профиля (см. табл. 4). При анализе отдельных специальностей отмечаются некоторые изменения в относительных показателях на 10 тыс. населения численности врачей той или иной специальности по годам.

Определённые колебания проявлялись в обеспеченности сестринским персоналом (система Минздрава России); в силу экономических причин, социальной незащищённости, непрестижности и ухода из профессии снижение численности сестринского персонала за 1 год составляет десятки тыс. чел.; так, в 2000 убыль составила 50,9 тыс., в 2001 – 20,6 тыс., в 2003 – 10,5 тыс.чел.

Следует отметить относительное увеличение врачебных кадров, имеющих квалификационные категории: с 38,7% (1995) до 49,7% (2001), при этом число врачей с высшей категорией составило 10,9% в 1995 и 19,9% в 2001. Однако эта тенденция более отчётливо проявлялась в городах, где число врачей с квалификационными категориями составляло в 2001 – 50,7% (в 1995 – 40,1%) по сравнению с врачами, работающими в сельской местности, – 38,2% (2001) и 22,8% (1995). Более существенные различия наблюдались в количестве врачей с

высшей категорией: рост в городах с 11,6% (1995) до 20,9% (2001), в сёлах – с 2,7% до 8,3%. Следовательно, в 2001 в городе доля врачей с высшей категорией была в 2,5 раза больше, чем на селе.

Аналогичные соотношения наблюдались и у средних мед. работников, доля которых с квалификационными категориями в 1995 в городе и на селе составила соответственно 32,8% и 21,6% (с высшей – 5,8% и 2,7%), а в 2001 – 54,3% и 44,3% (с высшей – 18,2% и 10,6%). Соотношение врачей и сестринского персонала последовательно ухудшается: 1:2,46 (1993); 1:2,41 (1997); 1:2,36 (1999) и 1:2,28 в 2001. Оно существенно уступает показателям др. стран и может свидетельствовать о том, что врачам нередко приходится выполнять функции сестринского персонала. В связи с этим возникает опасение, что отставание реформы сестринского дела чревато серьёзной задержкой реформирования всего здравоохранения. Соответствующим образом подготовленные медицинские сёстры и сёстры-менеджеры должны обеспечить врачу возможность предоставления больным лечебно-профилактической помощи преимущественно высокого уровня, взяв на себя определённые разделы работы с населением.

Значительны диспропорции в обеспеченности врачами по регионам страны. Наиболее низкие показатели числа врачей на 10 тыс. населения: в Ингушетии (20,2), Курганской (23,0), Ленинградской (26,3) областях. Самая высокая обеспеченность врачами в Москве и С.-Петербурге – 75,0 и 66,7 (соответственно), Томской обл. – 64,3, Северной Осетии – Алании – 61,5, Астраханской обл. – 56,0.

В связи с тем, что приоритетным направлением развития здравоохранения на ближайшие годы является совершенствование организации первичной мед. помощи, представляет интерес динамика удельного веса участковых врачей в общем количестве врачей. В лечебно-профилактических учреждениях системы Минздрава России из общего числа занятых должностей врачами примерно половина приходится на поликлиники (53,5% в 2001, 57,0% в 1990). Доля занятых должностей терапевтами в поликлиниках составила 75,7% в 2001 (80,3% в 1990), причём участковые терапевты из них составляли две трети. Удельный вес занятых должностей участковыми терапевтами в 2001 по отношению к общему числу терапевтов в поликлинике составил 64,6% (59,1% в 1990), по отношению ко всем врачам поликлинической сети – 11,9% (13,5% в 1990), а сравнительно с общим количеством занятых врачебных должностей в лечебно-профилактических учреждениях – только 6,4% (7,7% в 1990).

Отмечается стабильный рост числа врачебных должностей в системе Минздрава России с 584,5 тыс.чел. в 1990 до 680,9 тыс. чел. в 2001 (т. е. на 16,5%), в то время как число физических лиц на этих должностях увеличилось только на 2%, что связано с возрастанием коэффициента совместительства с 1,3 до 1,5. Если рассматривать динамику этих показателей у терапевтов, то следует отметить уменьшение как должностей терапевтов – с 94,4 тыс.чел. в 1990 до 84,8 тыс.чел. в 2001 (на 10,2%), так и физических лиц – с 74,3 тыс.чел. в 1990 до 59,2 тыс.чел. в 2001 (на 20,3%). Такая же направленность изменений характерна и для участковых терапевтов: в занятых должностях с 44,8 тыс.чел. в 1990 до 43,5 тыс.чел. в 2001 (на 3,0%) и в физических лицах с 35,3 тыс.чел. до 31,2 тыс.чел. (на 11,6%). Аналогичная картина и в участковой педиатрической службе. Число занятых должностей педиатров с 1990 по 2001 уменьшилось на 8,1% (на 5,7 тыс.чел.), а физических лиц на 18,7% (на 10,6 тыс.чел.), среди участковой службы эти показатели уменьшились в должностях на 7,7% (на 2,4 тыс.чел.) и в физических лицах на 15,4% (на 4,2 тыс.чел.). Следовательно, наибольшие потери в кадровом потенциале в последние годы несёт участковая служба.



В 1990–2001 отмечался рост числа кардиологов (с 6,4 тыс. до 9,7 тыс.), эндокринологов (с 3,1 тыс. до 5,3 тыс.), врачей по функциональной диагностике (с 3,6 тыс. до 8,6 тыс.), анестезиологов и реаниматоров (с 18,1 тыс. до 25,2 тыс.), урологов (с 4,0 тыс. до 5,6 тыс.), онкологов (с 4,4 тыс. до 5,1 тыс.). В то же время уменьшилось число терапевтов с 95,3 тыс. до 75,0 тыс., педиатров (без неонатологов) – с 68,7 тыс. до 56,5 тыс., число акушеров-гинекологов остаётся примерно на одном уровне. Неблагоприятным фактом является снижение абсолютного числа наиболее распространённых специалистов, которые работают на первичном уровне здравоохранения и обеспечивают участковую службу, и увеличение числа узких специалистов, т. е. сохраняется тенденция к расширению специализированных видов помощи и снижение кадровой обеспеченности первичного звена здравоохранения.

Общие проблемы охраны здоровья населения в гораздо большей степени актуальны в сельской местности и усугубляются низкой доступностью специализированной помощи, нехваткой квалифицированных кадров (доля сельских врачей ок. 8%), недостаточной мед. грамотностью населения. Кроме того, к традиционным проблемам в организации мед. помощи сельским жителям (низкая плотность населения, плохая транспортная доступность и т. д.) присоединились проблемы материального характера (оплата проезда к месту лечения, проблемы с приобретением лекарственных препаратов, увеличение услуг, оказываемых только на платной основе, и др.).

Динамика врачебных должностей в лечебно-профилактических учреждениях сельской местности имеет некоторые особенности. Так, в 1990–2001 при общем увеличении количества занятых должностей в мед. учреждениях страны на 16,5% в центральных районных больницах увеличение составило 12%. Однако в участковых больницах отмечается снижение общего количества занятых врачебных должностей на 19,4%, в т. ч. и в поликлинике – на 9,6%. В то же время увеличилось на 23,5% число врачебных должностей в самостоятельных сельских амбулаториях. Это отражает наблюдающуюся в последнее время тенденцию к ликвидации неэффективно работающих участковых больниц и организации на их базе врачебных амбулаторий с дневными стационарами и с пунктами неотложной медицинской помощи.

В кон. 1980-х гг. в России начала формироваться служба врачей общей практики (ВОП). ВОП осуществляют свою деятельность гл.обр. в гос. медицинских учреждениях (территориальные поликлиники, городские и сельские врачебные амбулатории), относительно небольшая часть их работает в негосударственных учреждениях и как частнопрактикующие врачи. Осн. формы работы ВОП: индивидуальная практика и групповая практика (отделения или бригады), которая бывает моно- и многопрофильной, если ВОП работает с др. специалистами (обычно это стоматолог, хирург, акушер-гинеколог, педиатр). В качестве ВОП работают в осн. участковые терапевты, прошедшие специальную подготовку на факультетах усовершенствования врачей. Элементы первичной додипломной подготовки ВОП (семейных врачей – СВ) присутствуют во многих мед. вузах России; кроме того, существуют специальные программы последипломной профессиональной подготовки ВОП и мед. сестёр общей практики.

В 1995–2001 более чем в три раза увеличилось количество врачей общей практики: в 1995 – 491; в 1998 – 1027; в 2001 – 1793. Доля врачей общей практики, имеющих квалификационные категории, в эти годы составила 17,1%; 27,6%; 41,9%.

Однако это свидетельствует о том, что в России эта прогрессивная форма организации первичного звена здравоохранения только ещё начала развиваться, тогда как в экономически развитых странах численность

врачей общей практики составляет до 40% и более числа всех врачей.

С 1997 значительное внимание стали уделять сертификации ВОП/СВ, что выразилось в росте числа сертифицированных ВОП/СВ с 297 в 1997 до 1420 в 2001.

Серьёзная проблема здравоохранения России в виде чрезмерной направленности на специализированные виды помощи остаётся таковой и в настоящее время, хотя общеизвестно, что здоровье нации в первую очередь зависит от рациональной организации и качества предоставления мед. помощи на уровне первичного звена здравоохранения, где участковую службу представляют лишь 12% врачей поликлиники.

## **Литература**

Лит.: Самойлов В. О. История российской медицины. М., 1997; Гришин В. В. Регулирование процессов становления страховой медицины. М., 1997; Здравоохранение России, XX век/Под ред. Ю. Л. Шевченко, В. И. Покровского, О. П. Щепина. М., 2001.