

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СО СМЕРТНОСТЬЮ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

¹ И.Д.Козлов, ² А.А.Гракович, ³ О.Ф.Щербина

¹ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск

² Отделение медицинских наук НАН Беларуси, г. Минск

³ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

Проведен многофакторный анализ связи основных статистических показателей, отражающих состояние здоровья населения и различные аспекты организации кардиологической помощи, с показателями смертности от ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда и других острых форм ишемической болезни сердца в Республике Беларусь. Получены регрессионные модели, отражающие количественный вклад (положительный или отрицательный) одиннадцати организационно-медицинских показателей в величину этих показателей смертности. Смертность от ишемической болезни сердца находилась в обратной связи с численностью амбулаторно-поликлинических организаций в городской местности, удельным весом биохимических анализов от числа лабораторных исследований, общей заболеваемостью стенокардией напряжения, и в прямой связи с числом больничных организаций, общей заболеваемостью ишемической болезнью сердца, первичной инвалидностью от цереброваскулярных болезней. Приводится интерпретация результатов, полученных в регрессионной модели.

Высокая распространенность и смертность от болезней системы кровообращения (БСК) – не только медицинская, но и социальная проблема развития современного общества. БСК остаются основной причиной преждевременной смерти и инвалидизации населения Европейского региона и оказывают значительное отягчающее воздействие на системы здравоохранения и социальной защиты. Существуют выраженные различия в уровне смертности от БСК между странами Западной Европы и бывшими республиками Советского Союза. Средний показатель смертности от БСК на этой территории почти в 3 раза выше, чем в западных странах, а долгосрочные тенденции продолжают свидетельствовать о его дальнейшем повышении [1]. Накопленные к настоящему времени данные позволяют предположить, что в основе этих различий лежит сложный комплекс взаимосвязанных факторов, отражающих социально-экономическое состояние общества [1–4], социально-психологические и поведенческие характеристики индивидуумов [4, 5], состояние здоровья населения и особенности организации здравоохранения и медицинской помощи [6–9]. В частности, негативные тенденции в смертности от БСК на постсоветском пространстве связывают, в первую очередь, с факторами, определяющими социально-экономическое состояние общества [1, 2].

Всемирная организация здравоохранения, признавая определяющим социально-экономическое состояние общества, подчеркивает важность состояния систем здравоохранения, призывая правительства строить политику по охране здоровья и благополучия населения в своих странах на основе сравнительных фактических данных [10],

Цель настоящего исследования – многофакторный количественный анализ связи основных статистических показателей, отражающих состояние здоровья населения и различные аспекты организации кардиологической помощи (в дальнейшем изложении – организационно-медицинских показателей), с показателями смертности от ИБС в целом, от инфаркта миокарда и других острых форм ИБС в Республике Беларусь.

Материал и методы

На основе информации, извлеченной из официальных статистических источников, была создана база данных, включающая республиканские и региональные показатели смертности от ИБС, инфаркта миокарда, других острых форм ИБС, показатели общей и первичной заболеваемости и инвалидности и показатели организации медицинской помощи в приложении к вопросам диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения. Последние отражали кадровую структуру и обеспеченность организаций здравоохранения системы Минздрава Республики Бе-

ларусь (25 показателей), сеть и структуру организаций здравоохранения системы Минздрава Республики Беларусь (20 показателей), объемы оказания медицинской помощи (18 показателей), основные показатели лечебно-профилактической деятельности (16 показателей) за период 2001–2010 гг. Данные заносились в базу в абсолютных значениях в разрезе административно-территориального деления Беларуси (по областям и г. Минску) за каждый год временного интервала, затем были выполнены расчеты показателей на среднегодовую численность населения для каждой административно-территориальной единицы в пересчете на 10 тыс. населения. Интенсивные показатели смертности взрослого населения от ИБС, инфаркта миокарда, других острых форм ИБС рассчитывались как число случаев смерти на 100 тыс. взрослого населения. Для выявления наличия, характера и тесноты связи перечисленных показателей с показателями смертности населения от ИБС, использовался корреляционный анализ с определением коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Определялись значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена для каждой из пар «годовое значение организационно-медицинского показателя в регионе – годовое значение показателя смертности от ИБС, инфаркта миокарда и других острых форм ИБС в этом же регионе» во всех областях и городе Минске. Статистическая значимость корреляционной взаимосвязи определялась на основе имеющихся статистических таблиц с критическими значениями коэффициентов корреляции Спирмена в зависимости от объема выборки. Анализировались организационно-медицинские показатели, находящиеся в тесной, статистически значимой корреляционной связи (пря-

мой или обратной) с показателями смертности от ИБС, инфаркта миокарда, других острых форм ИБС. Выбор показателей для построения моделей множественной регрессии осуществлялся на основе множественного корреляционного и факторного анализа. Сформированный таким образом набор показателей включался в нулевой вариант регрессионной модели, а затем методом пошагового удаления показателей со статистически незначимым вкладом в величину результирующего показателя (смертности) получали оптимальную регрессионную модель, статистически корректно объясняющую вариабельность показателя смертности от ИБС. Оптимальной считалась регрессионная модель с наилучшими статистическими характеристиками. В этой модели анализировался вклад каждого из показателей в величину показателя смертности от ИБС, инфаркта миокарда, других острых форм ИБС и доля общей вариабельности, объясняемая полученной регрессионной моделью.

Результаты и обсуждение

В табл. 1 представлены показатели смертности от ИБС в Республике Беларусь и ее регионах за период времени 2002–2010 гг.

Из представленных данных следует, что наименьший показатель смертности от ИБС в Республике Беларусь за рассматриваемый период наблюдался в 2007 г. – 489,92 на 100 тыс. населения, наибольший – в 2010 г. – 547,21 на 100 тыс. населения. Разница между этими значениями составила 57,29 на 100 тыс. населения, что составляет 10,9% среднегодового показателя за этот период.

Межрегиональные различия в величине интенсивного показателя смертности от ИБС в 2010 г. достигали 1,9-кратной разницы между крайними

Таблица 1

Показатели смертности от ИБС в Республике Беларусь и ее регионах за период 2002–2010 гг.

Годы	Значения показателя по республике, областям и городу Минску							
	РБ	Брестская	Витебская	Гомельская	Гродненская	Минская	Могилевская	г.Минск
2002	524,01	568,01	521,02	541,46	589,43	625,35	610,57	279,67
2003	528,30	577,27	524,55	555,50	602,41	628,90	607,17	275,85
2004	521,05	564,60	525,45	540,12	604,33	629,14	594,76	270,07
2005	544,63	578,70	530,33	573,47	619,24	680,88	639,04	280,50
2006	535,82	559,21	491,87	580,95	601,01	704,09	623,72	276,12
2007	489,92	523,14	467,43	499,32	593,41	612,11	544,92	274,56
2008	500,98	526,53	469,54	537,60	579,54	600,04	554,79	313,13
2009	533,88	578,28	478,41	601,76	624,36	627,80	571,63	334,71
2010	547,21	609,07	468,32	625,97	659,24	624,15	583,61	346,89
Средний показатель	525,09	564,98	497,44	561,80	608,11	636,94	592,24	294,61

значениями (г. Минск – 346,89 на 100 тыс. населения, Гродненская область – 659,24 на 100 тыс. населения) и 2,2-кратной разницы между крайними значениями по среднемноголетнему показателю за весь рассматриваемый период (г. Минск – 294,61 на 100 тыс. населения, Минская область – 636,94 на 100 тыс. населения).

Таким образом, для Республики Беларусь за рассматриваемый период характерны выраженные колебания в величине интенсивного показателя смертности от ИБС как во времени, так и в пространстве, то есть наблюдается высокая пространственно-временная вариабельность этого показателя.

Для выявления и количественной оценки факторов, влияющих на величину показателя смертности от ИБС, был использован многофакторный регрессионный анализ с построением регрессионной модели, обладающей наилучшими статистическими характеристиками. В результате был выявлен комплекс показателей, статистически корректно объясняющих 88% вариабельности показателя смертности от ИБС при высоком уровне статистической значимости ($P < 0,000001$).

Результирующая регрессионная модель (табл. 2) включает шесть показателей, вносящих статистически значимый вклад в величину показателя смертности от ИБС, три из которых характеризуют состояние здоровья населения, два отражают организацию медицинской помощи и один – объем диагностических исследований.

Результаты проверки гипотезы о нормальности распределения остатков представлены на рис. 1.

График демонстрирует нормальность распределения остатков и адекватность модели эмпири-

ческим результатам наблюдений, что указывает на возможность ее использования для прогнозирования.

Рассмотрим смысловое значение результатов моделирования. Коэффициенты показателей числа амбулаторно-поликлинических организаций в городской местности, удельного веса биохимических анализов от числа лабораторных исследований, общей заболеваемости стенокардией напряжения (на 100 тыс. населения) имеют отрицательные значения, то есть обуславливают снижение показателя смертности от ИБС. Коэффициенты показателей числа больничных организаций, общей заболеваемости ишемической болезнью сердца, первичной инвалидности от ЦВБ имеют положительные значения, то есть обуславливают

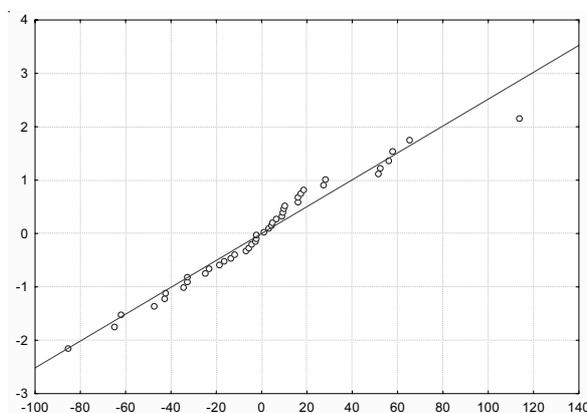


Рис. 1. Нормальный вероятностный график остатков модели анализа организационно-медицинских факторов, влияющих на величину показателя смертности от ишемической болезни сердца

Таблица 2

Результаты многофакторного регрессионного анализа организационно-медицинских факторов, влияющих на величину показателя смертности от ишемической болезни сердца (ИБС)

Показатель	β -коэффициент	B-коэффициент	Уровень значимости
Свободный член		382,84	0,003
Число амбулаторно-поликлинических организаций в городской местности (на 10 тыс. населения)	-1,01	-2,03	<0,001
Число больничных организаций (на 10 тыс. населения)	1,17	600,71	<0,001
Удельный вес биохимических анализов от числа лабораторных исследований	-0,43	-11,20	<0,001
Показатель общей заболеваемости ишемической болезнью сердца (на 100 тыс. населения)	0,71	0,03	<0,001
Показатель общей заболеваемости стенокардией напряжения (на 100 тыс. населения)	-0,46	-0,06	0,002
Первичная инвалидность от ЦВБ (на 10 тыс. населения)	0,46	27,59	<0,001

увеличение показателя смертности от ИБС. Показатель численности амбулаторно-поликлинических организаций в городской местности интегрально отражает степень доступности и качество оказания медицинской помощи городскому населению. В противоположность этому, прямую количественную зависимость между числом больничных организаций и показателем смертности от ИБС можно рассматривать, как минимум, как индикатор неэффективности стратегии наращивания количества стационарных лечебных учреждений для снижения смертности населения от ИБС в существующей ситуации. Сопоставление направленности влияния двух рассмотренных показателей математически подтверждает целесообразность приоритетного развития амбулаторно-поликлинической помощи в нашей республике на ближайшую перспективу. Аналогичные результаты были получены в Российской Федерации при визуальном анализе межрегиональных различий в смертности от БСК, где меньшие значения смертности ассоциировались с такими факторами, как численность врачей и мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений [6].

Показатель общей заболеваемости ИБС отражает распространенность этой патологии среди населения, то есть величину контингента населения, имеющего наибольший риск смерти от ИБС в ближайшем будущем. Кроме того, этот показатель отражает тенденцию постановки «огульного диагноза ИБС». В этой ситуации типично отсутствие тщательного обследования для своевременного выявления синдрома стенокардии напряжения и последующего активного ведения этого контингента пациентов, что приводит к увеличению реальной смертности от ИБС. С другой стороны, тенденция постановки «огульного диагноза ИБС» находится в прямой связи с тенденцией использования ИБС как универсального «коллектора смертности», что приводит к статистическому феномену увеличения смертности от

ИБС. Разнонаправленность коэффициентов показателей общей заболеваемости ИБС и общей заболеваемости стенокардией напряжения окончательно подтверждает настоящую смысловую интерпретацию. Снижение смертности от ИБС при увеличении показателя общей заболеваемости стенокардией напряжения хорошо согласуется с клиническим положением о высоком потенциале активного раннего выявления стенокардии напряжения и свидетельствует об успешной реализации потенциала эффективности стратегии вторичной профилактики ИБС в снижении смертности на уровне населения в целом.

Одним из компонентов, объективно отражающих реальные усилия организаций здравоохранения в области первичной и вторичной профилактики ИБС, в контексте полученной регрессионной модели следует рассматривать удельный вес биохимических анализов в общем количестве лабораторных исследований. Это соотношение косвенно отражает объем контроля уровня холестерина и глюкозы крови и, в конечном счете, объем реальных усилий по первичной и вторичной профилактике ИБС.

Показатель первичной инвалидности от ЦВБ отражает степень накопленных негативных изменений в состоянии здоровья населения – распространенность тяжелого, далеко зашедшего, мультифокального атеросклеротического поражения сосудов.

Являются ли выявленные взаимосвязи универсальными для всех форм ИБС, определяли на следующем этапе анализа.

Для выявления и количественной оценки факторов, влияющих на величину показателя смертности от острых форм ИБС, был также использован многофакторный регрессионный анализ с построением регрессионной модели, обладающей наилучшими статистическими характеристиками для инфаркта миокарда (ИМ) и других острых форм ИБС в отдельности (табл. 3, 4).

Таблица 3

Результаты многофакторного регрессионного анализа организационно-медицинских факторов, влияющих на величину показателя смертности от инфаркта миокарда (ИМ)

Показатель	β -коэффициент	В-коэффициент	Уровень значимости
Свободный член		-7,85	0,003
Показатель первичной заболеваемости (на 100 тыс. населения)	0,55	0,0002	<0,001
Первичная инвалидность от ИБС (на 10 тыс. населения)	0,54	0,64	<0,001

Результаты многофакторного регрессионного анализа организационно-медицинских факторов, влияющих на величину показателя смертности от других острых форм ишемической болезни сердца (ИБС)

Показатель	β -коэффициент	B-коэффициент	Уровень значимости
Свободный член		72,66	<0,001
Число занятых ставок врачей скорой медицинской помощи	-0,28	-14,81	0,03
Показатель общей заболеваемости нестабильной стенокардией	-0,64	-0,17	<0,001
Смертность от отравлений алкоголем	0,46	1,04	<0,001

Результаты проверки гипотезы о нормальности распределения остатков модели анализа организационно-медицинских факторов, влияющих на величину показателя смертности от инфаркта миокарда представлены на рис. 2.

График демонстрирует нормальность распределения остатков и адекватность модели эмпирическим результатам наблюдений, что указывает на возможность ее использования для прогнозирования.

Полученная модель характеризуется достаточно высоким коэффициентом детерминации ($R^2 = 0,77$) при высоком уровне статистической значимости ($P < 0,0000$). Это значит, что полученная итоговая регрессионная модель статистически корректно объясняет 77% общей вариативности показателя смертности от ИМ.

При определении смыслового значения результатов моделирования отметим, что в эту модель вошли 2 показателя: первичная заболеваемость всеми болезнями и первичная инвалидность от ИБС. Оба показателя с положительными коэффициентами, отражающими прямую связь между их

величинами и величиной показателя смертности от ИМ, высоким вкладом в значение зависимой переменной и высоким уровнем статистической значимости. Показатель первичной заболеваемости отражает негативные актуальные изменения в состоянии здоровья населения. Величина этого показателя в значительной степени определяется количеством заболеваний гриппом и острыми респираторными инфекциями. Выявленная в регрессионной модели закономерность математически подтверждает на популяционном уровне роль эпидемий гриппа и острых респираторных инфекций как универсальных провокаторов дестабилизации течения ИБС, установленную в клинических исследованиях. Полученные результаты можно рассматривать как косвенное свидетельство потенциальной эффективности противогриппозных мер в снижении смертности от ИМ. Показатель первичной инвалидности от ИБС отражает степень накопленных негативных изменений в состоянии здоровья населения – распространенность тяжелых форм ИБС, характеризующихся высоким риском развития фатального ИМ.

Результаты проверки гипотезы о нормальности распределения остатков модели анализа организационно-медицинских факторов, влияющих на величину показателя смертности от других форм ишемической болезни сердца, представлены на рис. 3.

График демонстрирует нормальность распределения остатков и адекватность модели эмпирическим результатам наблюдений.

В отличие от предыдущих моделей, полученная итоговая регрессионная модель объясняет лишь 46% общей вариативности показателя смертности от других острых форм ИБС (коэффициент детерминации (R^2) равен 0,46 при высоком уровне статистической значимости – $P < 0,00003$).

В данную модель вошли 3 показателя, один из которых – смертность от отравлений алкоголем – с положительным коэффициентом, два дру-

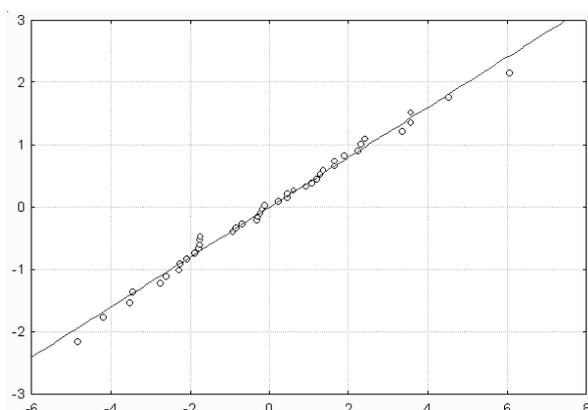


Рис. 2. Нормальный вероятностный график остатков модели модели анализа организационно-медицинских факторов, влияющих на величину показателя смертности от инфаркта миокарда

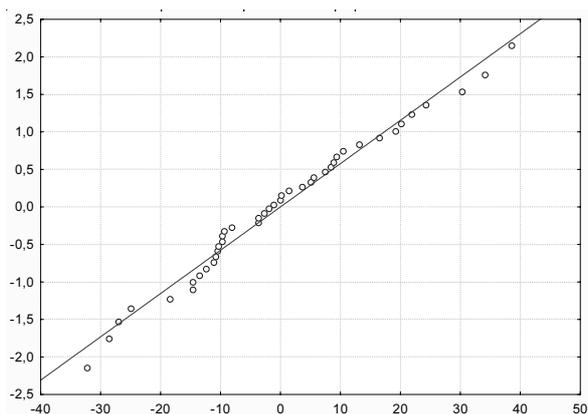


Рис. 3. Нормальный вероятностный график остатков модели анализа организационно-медицинских факторов, влияющих на величину показателя смертности от других острых форм ишемической болезни сердца

гих показателя – число занятых ставок врачей скорой медицинской помощи и заболеваемость нестабильной стенокардией – с отрицательными коэффициентами. Все показатели с высоким вкладом в значение зависимой переменной и высоким уровнем статистической значимости. Смертность от отравлений алкоголем следует рассматривать как косвенный показатель уровня алкоголизации населения – глобального социального фактора, отражающего падение нравственно-социального статуса значительной части населения и ассоциирующегося с высоким уровнем других поведенческих факторов риска для здоровья и деструктивными отношениями с системой здравоохранения [1, 3, 5] Кроме того, существует чисто медицинский аспект влияния избыточного потребления алкоголя на внезапную сердечную смерть как провокатора фатальных аритмий при коронарном атеросклерозе. Показатели с отрицательными значениями коэффициентов показывают высокий потенциал эффективной работы экстренной кардиологической помощи в снижении смертности от других острых форм ИБС. Число занятых ставок врачей скорой медицинской помощи отражает возможность быстроты и адекватности ее реагирования на экстренные кардиологические ситуации среди населения, что особенно важно для снижения уровня догоспитальной сердечной смертности, которая и определяет, в основном, уровень смертности от других острых форм ИБС. Это объяснение находится в полном соответствии с выявленной обратной зависимостью между заболеваемостью нестабильной стенокардией и смертностью от других острых форм ИБС: пациенты, госпитализированные в результа-

те эффективной работы скорой медицинской помощи, выписываются в последующем с диагнозом нестабильной стенокардии, вместо того, чтобы пополнить статистику смертности от других острых форм ИБС.

Таким образом, выявлено 11 официальных статистических организационно-медицинских показателей, отражающих 6 следующих основных аспектов многофакторного характера влияния социальных условий, исходного состояния здоровья и организации медицинской помощи на величину смертности от ИБС, инфаркта миокарда, других острых форм ИБС: уровень социально-нравственной деформации общества – смертность от отравлений алкоголем; накопленный груз тяжелых хронических заболеваний – первичная инвалидность от ЦВБ, первичная инвалидность от ИБС, общая заболеваемость ИБС; актуальная дестабилизация состояния здоровья населения – первичная заболеваемость всеми болезнями; глобальная стратегия в области организации оказания медицинской помощи – число больничных организаций, число амбулаторно-поликлинических организаций в городской местности; доступность и качество экстренной кардиологической помощи населению – число занятых ставок врачей скорой медицинской помощи, заболеваемость нестабильной стенокардией; результаты деятельности лечебно-профилактических учреждений в области раннего выявления пациентов с ИБС и объем работы по ее первичной и вторичной профилактике – общая заболеваемость стенокардией напряжения, удельный вес биохимических анализов в общем количестве лабораторных исследований. Эти показатели могут быть использованы как индикаторы для оценки эффективности реализации территориальных программ по снижению смертности от рассмотренных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Плавинский, С.А. Социальные факторы и рост смертности в России в 90-х годах XX века: проспективное когортное исследование / С.А.Плавинский, С.И.Плавинская, А.Н.Климов // Международный журнал медицинской практики. – 2005. – №1. – С.42–45.
2. Ростовцев, В.Н. Метод построения интегральных социальных факторов и предикторов смертности / В.Н.Ростовцев [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – №3. – С.46–53.
3. Marmot, M. Economic and social determinants of disease / M.Marmot // Bulletin of the World Health Organization. – 2001. – Vol.79, No.10. – P.988–989.
4. Leal, J. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union / J.Leal [et al.] // Europ. Heart. – 2006. – Vol.27. – P.1610–1619.
5. Galobardes, B. Trends in risk factors for lifestyle-related diseases by socioeconomic position in

- Geneva, Switzerland, 1993–2000: health inequalities persist / B. Galobardes [et al.] // Am. J. Public Health, 2003 Aug. – Vol.93, No.8. – P.1302–1309.
6. Харченко, В.И. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Необходимость усиления кардиологической службы и модернизации медицинской статистики в Российской Федерации / В.И.Харченко [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2005. – №2. – С.4–27.
 7. Чазов, Е.И. Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране / Е.И.Чазов, С.А. Бойцов // Кардиологический вестник. – 2009. – №1. – С.56–59.
 8. Мрочек, А.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Республике Беларусь: анализ ситуации и стратегии контроля / А.Г.Мрочек, А.А.Гракович, И.Д.Козлов, В.В.Горбачев. – Минск: Беларус. наука, 2011. – 341 с.
 9. Оганов, Р.Г. Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г.Оганов, Г.В.Погосова // Кардиология. – 2007. – №12. – С.4–9.
 10. World Health Organization. European Health Report. – 2005.

CORRELATION BETWEEN STATISTICAL INDICATORS OF POPULATION HEALTH, ORGANIZATION OF MEDICAL CARE AND MORTALITY FROM ISCHEMIC HEART DISEASE

¹I.D.Kozlov, ²A.A.Grakovich, ³O.F.Shcharbina

¹ Republican Scientific and Practical Center "Cardiology", Minsk

² Department of Medical Sciences of the National Academy of Sciences of Belarus, Minsk

³ Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, Minsk

A multifactor analysis of the correlation between major statistical indicators, reflecting the population health, different aspects in the organization of cardiology care to the population and mortality indicators for ischemic heart disease, myocardial infarction and other acute forms of ischemic heart disease was done. Regression models characterizing a quantitative contribution (positive and negative) of the 11 organization-medical indicators to the value of these mortality indicators were obtained. There was an inverse correlation between mortality from ischemic heart disease and the number of urban outpatient health care institutions, the share of biochemical tests from amongst the number of laboratory tests, prevalence of exertional angina pectoris, and a direct correlation between mortality from ischemic heart disease and the number of health care institutions, prevalence of ischemic heart disease, primary disability because of cerebrovascular diseases. The interpretation of regression model findings is under way.

Поступила 23.01.2013 г.

**КАЧЕСТВО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:
ЭЛЕМЕНТЫ УПРАВЛЕНИЯ**

А.Е.Хиневич, М.В.Щавелева, И.Н.Барадина, М.Е.Зорич

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Качество медицинской помощи – одно из фундаментальных понятий современной организации здравоохранения. В основе данной работы лежит целый ряд принципов, заложенных ведущими специалистами по качеству (Э.Деминг, Дж.Джуран, К.Исикава и др.) сначала для промышленного производства, а потом распространенных и на другие отрасли экономики. В связи с этим, несколько принципов управления качеством («философия качества»), сформулированных Ф.Кросби в пяти знаменитых правилах, применимых к любой отрасли экономики, рассмотрены авторами через призму подходов к качеству стоматологической помощи.

Введение

«Улучшение здоровья населения и качества систем медицинского обслуживания являются основными целями, которые должны достигаться

с учетом принципов экономической эффективности» – продекларировано Люблянской хартией в 1996 г. и подтверждено на Европейском форуме медицинских ассоциаций. Рассматриваемое с че-