

# СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

ДИРЕКТОР ЦЕНТРАЛЬНОГО  
НИИ ОРГАНИЗАЦИИ  
И ИНФОРМАТИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МИНЗДРАВА РОССИИ,  
ВИЦЕ-ПРЕЗИДЕНТ РАМН  
ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Владимир Иванович  
Стародубов



Здоровье населения страны является той ключевой проблемой, на которой сходятся внимание политиков, общественных деятелей, представителей различных сфер науки, культуры, религиозных конфессий, средств массовой информации. В этой проблеме сфокусировались различные аспекты восприятия государства как на мировой арене, так и внутри страны.

Международный контекст проблемы выглядит следующим образом. Здоровье и продолжительность жизни населения рассматриваются ВОЗ как критерии развития страны, уровня и качества жизни населения, как важнейшая составляющая человеческого развития.

Современная Россия получила от советского периода существования государства крайне противоречивое наследие в отношении здоровья населения и условий его формирования. Советский этап тенденций здоровья определяли следующие процессы. Во-первых, идеология достижения социальной однородности общества. Реальная практика достижения этой однородности заключалась, с одной стороны, в предоставлении всем гарантированного минимума социальных услуг: здравоохранения, образования, просвещения и т.д.; с другой – в максимальной вовлеченности всех членов общества в социальную структуру. Во-вторых, сохранение исторических традиций низкой цены жизни человека как в глазах государства, так и в глазах самого человека. Это во многом определяет тот факт, что достигнутая степень

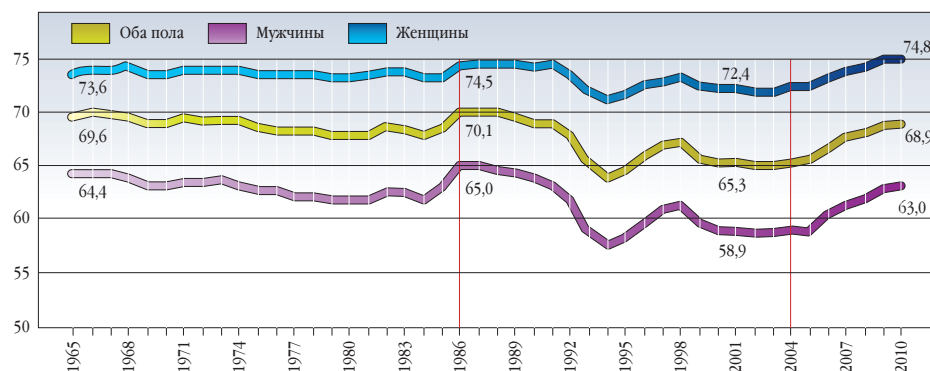
равенства означала, как справедливо отмечают сегодня, равенство в бедности, но, подчеркнем особо, отнюдь не в нищете. Кроме того, это означало отсутствие стимулов для перестройки индивидуального образа жизни в направлении заботы о собственном здоровье. В-третьих, консервация сложившейся системы здравоохранения. Причины смерти, обусловленные образом жизни, поведением, не были осознаны как приоритет.

В результате в советский период смертность продолжала снижаться от тех причин и в тех возрастах, на которые была нацелена социальная система, включая компонент здравоохранения (в младенческих и детских возрастах, а также от инфекций, болезней органов дыхания и др.). Но параллельно шел рост смертности от причин (от травм и отравлений, сердечно-сосудистых заболеваний), которые не были осознаны как новые приоритеты и профилактика которых, как медицинская, так и социальная, отсутствовала. Суммарный итог оказался отрицательным (рис. 1). С середины 1960-х годов, когда Россия имела сопоставимые с развитыми странами уровни продолжительности жизни, за два последующих десятилетия (1965–1984 годы) страна потеряла 2,6 года продолжительности жизни мужчин и 0,4 – женщин. Таким образом, в течение этого периода Россия несла количественные потери продолжительности жизни в противовес развитым странам, где отмечался ее прогресс.

К середине 1980-х годов отставание России от развитых стран выросло до 10,1 года для мужчин и 5,6 года для женщин (рис. 2).

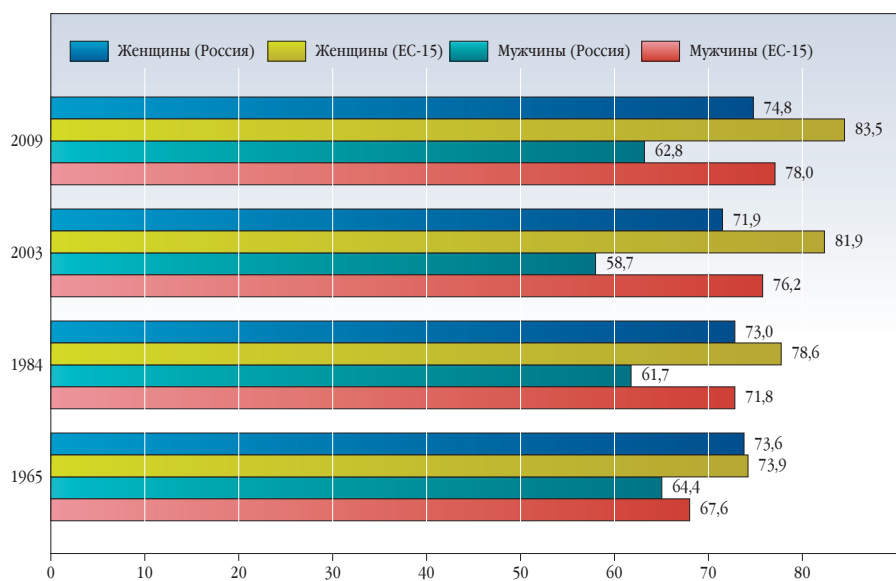
На этапе социально-экономических реформ ситуация со смертностью приобрела принципиально новые черты. Помимо увеличения масштабов потерь, произошли качественные деформации в их формировании, которые также свидетельствуют о негативной роли факторов, связанных с социальным кризисом. В целом за период 1985–2003 годов продолжительность жизни мужчин снизилась на 4,1 года, женщин – на 1,6 года (рис. 1). Кроме того, произошло существенное омоло-

1



ДИНАМИКА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

2



СООТНОШЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ И РАЗВИТЫХ СТРАН ЕВРОПЫ В 1965, 1984, 2003 И 2009 ГОДАХ

жение потерь продолжительности жизни за счет того, что смертность опережающими темпами росла в подростковых и молодых трудоспособных возрастах. Роль молодых групп 20–39 лет в потерях продолжительности жизни существенно – практически в 1,5 раза – возросла в сравнении с дореформенным периодом. Помимо этого, в период реформ более негативные тенденции смертности во всех возрастах старше 15 лет отмечались у женщин, в результате чего потери продолжительности жизни их в сравнении с дореформенным периодом выросли почти в 4 раза, а у мужчин – в 1,5 раза (рис. 3). И наконец, произошла деформация структуры причин смерти, определяющих потери продолжительности жизни, за счет увеличения вклада социально обусловленных причин. Круг видов патологии, принимающих участие в формировании потерь продолжительности жизни населения, заметно расширился (рис. 4) за счет болезней

органов пищеварения (преимущественно алкогольные циррозы), дыхания (пневмонии), инфекций (туберкулез), насилия в структуре травм и отравлений.

Если количественные потери продолжительности жизни и качественная картина роста смертности в советский и постсоветский периоды принципиально различаются, то и механизмы этих изменений не могут быть едиными. Главный процесс, который определял лицо этапа социально-экономических реформ, – это существенное социальное расслоение населения, приведшее к стремительной маргинализации российского общества. Причем, с одной стороны, существенно более разнообразным стал состав маргинальных групп, с другой – колоссально увеличилась их численность<sup>1</sup>, в результате чего именно они стали определять «лицо» российской смертности, прежде всего в группах риска – молодых трудоспособных возрастах. В первой

<sup>1</sup> Помимо традиционно относящихся к маргинальным слоям лиц БОМЖ

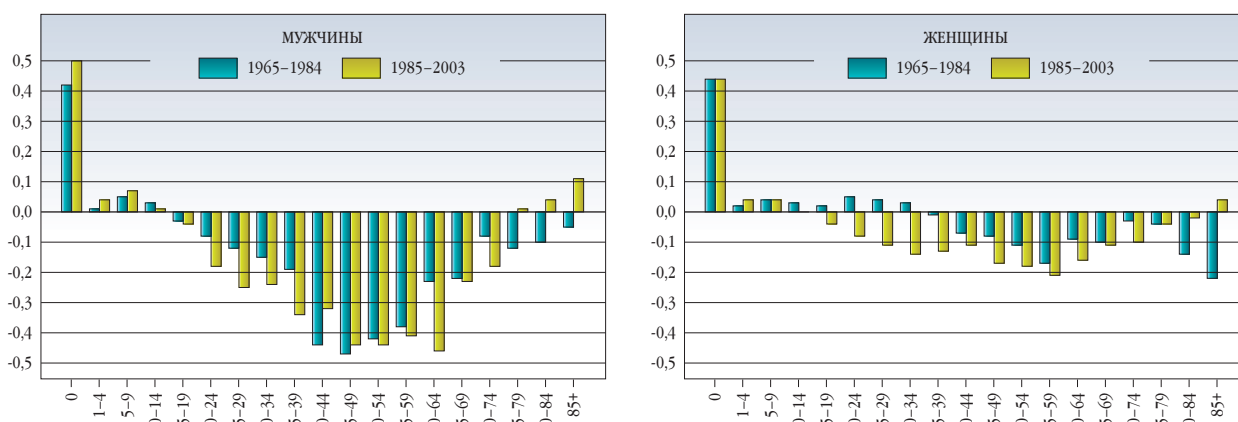
и заключенных, в их число попало огромное число безработных, не вос-

требованных новой экономикой рабочих неработающих предприятий,

трудоустроенных в нелегальном положении, и т.д.

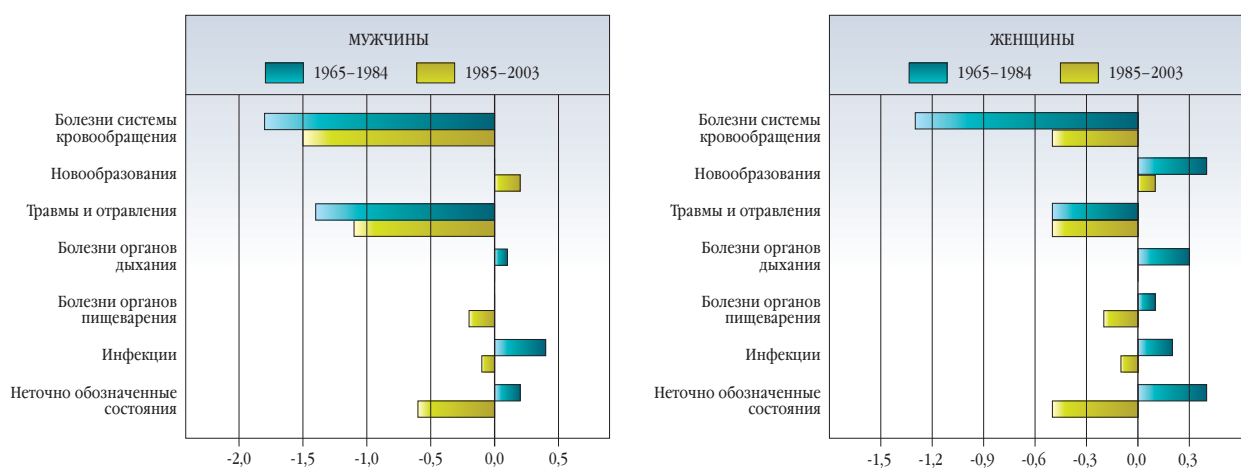


3



ВКЛАД ОТДЕЛЬНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В ФОРМИРОВАНИЕ ПОТЕРЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В 1965–1984 И 1985–2003 ГОДАХ, ЛЕТ

4



РОЛЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН В ФОРМИРОВАНИИ ПОТЕРЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В 1965–1984 И 1985–2003 ГОДАХ, ЛЕТ

половине 2000-х годов отставание России от развитых стран по продолжительности жизни населения выросло до 17,5 года для мужчин и 10,0 года для женщин (рис. 2).

С 2005 года, после двух лет относительной стабилизации, начался новый этап, характеризующийся заметным ростом продолжительности жизни населения. В целом по стране продолжительность жизни мужчин выросла с 2005 по 2010 год на 4,0 года (с 59,0 до 63,0 года), у женщин – на 2,5 года (с 72,3 до 74,8 года). Вместе с тем пока страна даже не восстановила те позиции, которых ей удалось добиться в прошлом (середина 1960-х годов, 1987 год – на фоне антиалкогольной кампании). В сравнении с максимальными показателями современные уровни проигрывают около 1 года продолжительности жизни (в целом для всего населения) (рис. 1).

Помимо количественного отставания, в сравнении с предшествующими максимумами остается крайне высоким вклад социально обусловленных причин, свидетельствующих о все еще значительном распространении бедности. В сравнении с развитыми странами разрыв также сократился, но он остается крайне высоким, поскольку продолжительность жизни про-

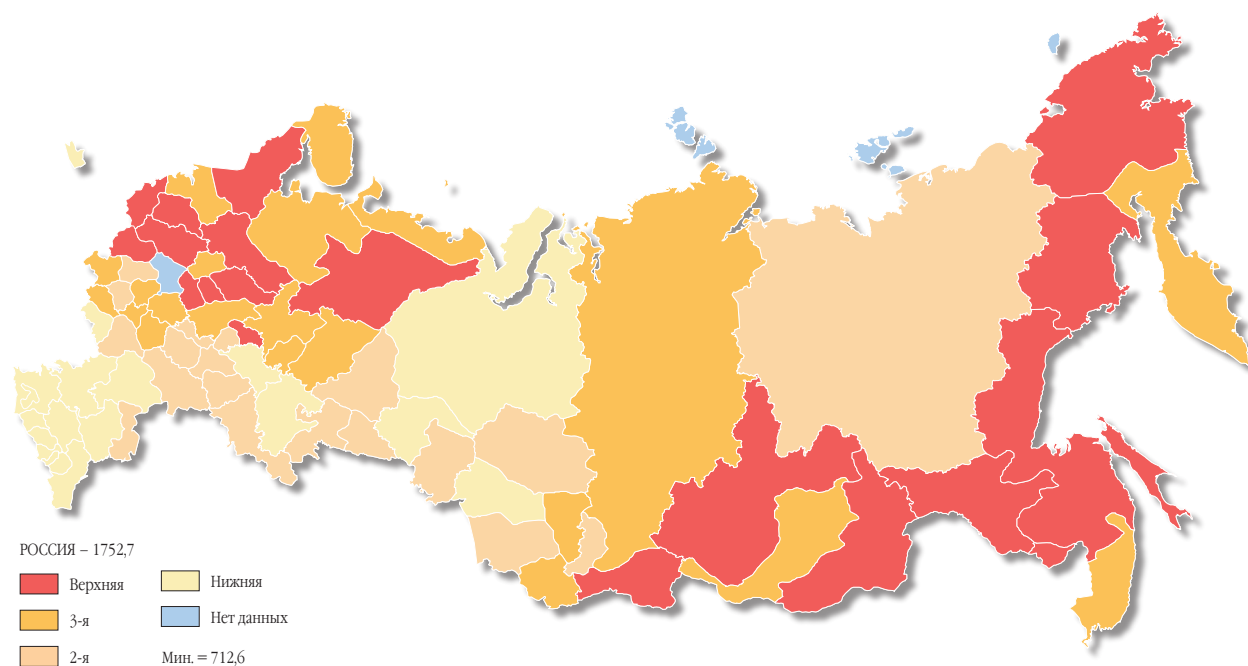
должает расти и в развитых странах. В 2009 году разрыв составил 15,2 года для мужчин и 8,7 года для женщин (рис. 2).

Перспектива сокращения отставания от развитых стран по продолжительности жизни населения связана с разработкой и реализацией программ в сфере охраны здоровья и снижения смертности. Если опережающие темпы сокращения смертности, которые сложились в России в ушедшее пятилетие, сохранятся за счет продолжения инвестиций в человеческое развитие, то в пределах двух предстоящих десятилетий, то есть к 2030 году, уровни продолжительности жизни населения России достигнут показателей развитых стран. Напомним, что в Концепции демографической политики ставится задача достижения 75-летнего рубежа к 2025 году. При нынешних темпах роста продолжительности жизни эта цель может быть достигнута досрочно.

На каких направлениях необходимо сосредоточиться для достижения столь амбициозных целей? Мы считаем, что современные проблемы есть во многом результат долгосрочного негативного тренда смертности советского периода. Несомненно и другое – социальный



5



РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН В РОССИИ В 2010 ГОДУ (НА 100 ТЫС. МУЖЧИН)

кризис 1990-х годов не только ускорил темп негативных изменений, но и привнес качественные деформации, которые полностью до сих пор не преодолены. Таким образом, можно выделить три направления политики: (1) оздоровление образа жизни населения, и прежде всего сокращение уровня алкоголизации; (2) ориентация здравоохранения на снижение предотвратимых потерь здоровья; (3) улучшение условий жизни населения и борьба с бедностью. Последнее направление фактически является тем фундаментом, без которого все остальные решения окажутся малоэффективными.

Перейдем от международного контекста рассмотрения проблем здоровья и смертности населения к внутреннему ракурсу.

Для такой огромной страны, как Россия, с разнообразием климатогеографических, социально-экономических, этнокультурных и конфессиональных особенностей, продолжительность жизни населения как показатель степени однородности страны по комплексу условий жизни является важнейшим индикатором стабильности федеративного государства.

В России сохраняются значительные абсолютные различия продолжительности жизни. В 2010 году формальный территориальный разброс показателей составлял более 22 лет у мужчин и 17 лет у женщин. Это разница между показателями Ингушетии с продолжительностью жизни 77,1 и 83,8 года соответственно для мужчин и женщин и Тывой с показателями 55,1 и 67,2 года. При этом Москва – реальный лидер по продолжительности жизни – «отстает» от Ингушетии (а также Дагестана и Чечни) более чем на 7 лет для мужчин (69,8 года) и почти на 6 лет для женщин (77,6 года). Специалистам хорошо известно, что источником «успехов» северокавказских республик является недоучет числа

умерших, следовательно, территориальные различия продолжительности жизни сокращаются до 14,7 года для мужчин и до 10,4 года для женщин. Но и это значительные резервы сокращения демографических потерь на благополучных территориях, тем более что они сосредоточены в детских и трудоспособных возрастах. Отметим, что региональный разброс смертности в России сопоставим с масштабами отставания страны в целом от сообщества развитых стран.

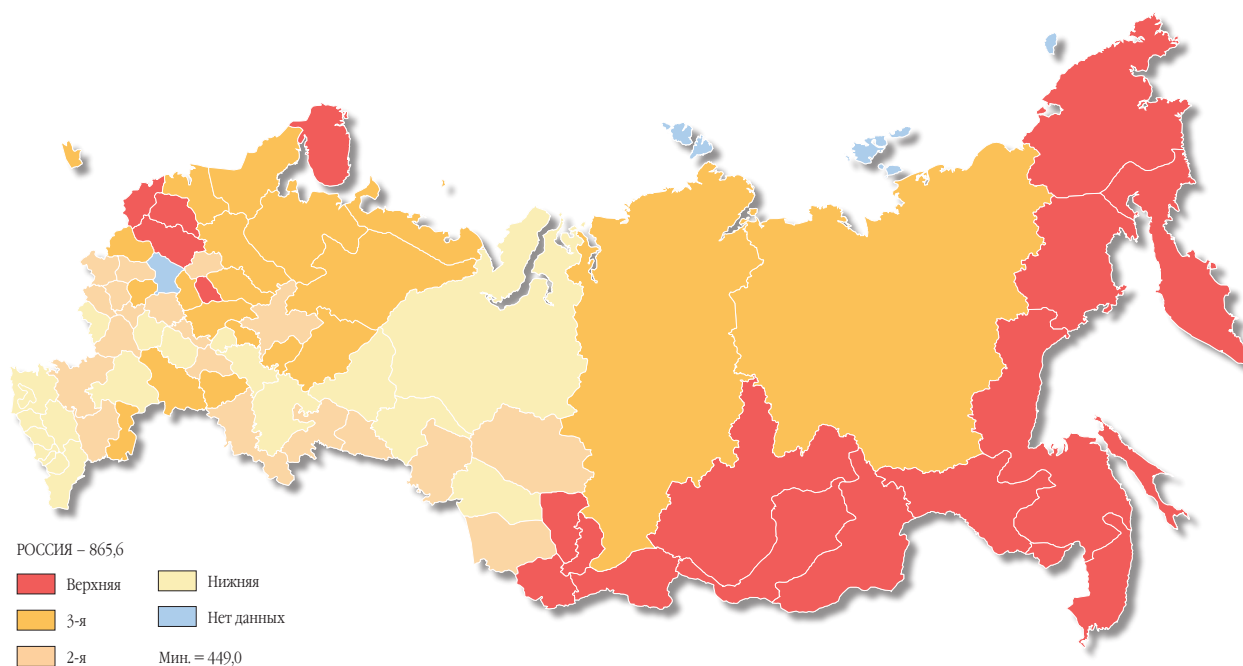
Региональный профиль смертности постепенно меняется, но в целом, несмотря на существенную динамику трех последних десятилетий, сохраняется все же достаточно высокое сходство территориального распределения смертности.

О первой тенденции (изменение территориального профиля) свидетельствует снижение коэффициента корреляции: он составлял 0,8–0,93 (соответственно для мужчин и женщин) между распределением 1978–1979 годов и 1984–1985 годов, а сократился до 0,53–0,39 между распределением 1978–1979 годов и 2010 года. Причем вплоть до середины 1990-х годов как на фоне резкого роста, так и на фоне снижения смертности динамика коэффициента корреляции была незначительной (0,8–0,79 у мужчин, 0,93–0,74 у женщин), а все наиболее существенные изменения регионального профиля смертности пришлось на период после 1994 года.

О второй тенденции (сохранение достаточно высокого уровня сходства) можно судить по величинам коэффициента между распределением смертности мужчин и женщин (0,87–0,92) на протяжении почти трех десятилетий. Некоторое исключение составляют только 1984–1985 годы, когда корреляция была несколько ниже – 0,69, что связано, по-видимому, с влиянием на мужскую смертность начавшихся



6



РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ ЖЕНЩИН В РОССИИ В 2010 ГОДУ (НА 100 ТЫС. ЖЕНЩИН)

перемен в стране, в том числе в сфере антиалкогольной политики.

Отмеченные особенности позволяют утверждать, что глубинные факторы, детерминирующие региональную вариацию смертности в России, не утратили своего значения в период резких сдвигов смертности и вряд ли потеряют свою роль в среднесрочной перспективе (ближайшие 10–15 лет). В свою очередь, это позволяет очертить типологию территорий, имеющую не только исторический, но и прогностический интерес с точки зрения выработки политики в области снижения смертности.

Устойчивой закономерностью регионального распределения продолжительности жизни в России является ее северо-восточный вектор, в основе которого лежат различия в смертности от травм и отравлений и болезней системы кровообращения в трудоспособных возрастах. В более общем плане можно сказать, что природа этих различий определялась степенью социальной обустроенности территорий, существенно различной в европейской и азиатской частях страны в целом, и стереотипами потребления алкоголя, тяжесть которых нарастает при движении с юга на север. Несмотря на значительные сдвиги 1990-х годов, общие контуры этого вектора сохранились (рис. 5–6).

Новым, что принесли 1990-е годы, является формирование вектора, связанного с экономическими перспективами территорий в рыночных условиях. Можно было ожидать, что на региональном уровне внутри России мы увидим те же закономерности между уровнем жизни населения и состоянием его здоровья, что и при сравнительном межстрановом анализе. Однако следует констатировать, что к концу 1990-х годов при очень значительных различиях на территориях страны среднегодового валового регионального продукта (ВРП)

(в 18 раз) и фактического конечного потребления домашних хозяйств (в 16 раз) соответствующая им вариация продолжительности жизни только складывалась.

Надежды, сформулированные по итогам исследований в 1990-х годах, не получили подтверждения в мониторинговом анализе ситуации спустя практически 10 лет – в 2008 году. Оказалось, что между уровнем жизни населения в регионах России и продолжительностью жизни населения ожидаемая зависимость по-прежнему отсутствует, причем картина по сравнению с той, что получалась в 1999 году, практически не отличается.

Более детальный анализ позволяет понять, в чем причина того, что 10-летие выхода из кризиса оказалось временем упущенных возможностей с точки зрения формирования цивилизованных социально-демографических закономерностей.

Во-первых, существовавший в конце 1990-х годов перекося в распределении экономического богатства по регионам страны к настоящему времени еще более усилился. Если в 1999 году только 7 субъектов Федерации имели среднедушевой валовой внутренний региональный продукт в 1,5 и более раза выше, чем в среднем по стране, то к 2008 году таких осталось только 4 субъекта. Вместе с тем число бедных регионов (со среднедушевым ВРП в 2 и более раза ниже, чем в среднем по стране) выросло с 12 в 1999 году до 26 в 2008 году. Если неравномерность экономического развития страны в конце 1990-х годов была отчасти объяснима условиями кризиса, то к концу 2000-х годов, в условиях экономического подъема в стране, сужение полюса, концентрирующего богатство, и разрастание полюса бедности свидетельствуют о неэффективной региональной политике.

Во-вторых, далеко не во всех экономически успешных регионах страны экономический рост реализовался



Таблица 1

**ВНУТРИРЕГИОНАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ  
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В СУБЪЕКТАХ ФЕДЕРАЦИИ  
С ВЫСОКОЙ И НИЗКОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ЖИЗНИ  
В СЕРЕДИНЕ 2000-Х ГОДОВ, ЛЕТ**

	Смоленская область		Ханты-Мансийский АО	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Максимальный показатель по муниципальным образованиям	59,8	75,5	68,2	78,0
Минимальный показатель по муниципальным образованиям	46,8	64,6	53,8	68,5
Различия	13,0	10,9	14,4	9,5

в увеличении продолжительности жизни населения. Пока устойчивой в России является зависимость между низким уровнем жизни и низкой продолжительностью жизни. Противоположный полюс не сформирован. Экономическая успешность региона до настоящего времени не является достаточным условием для обеспечения роста продолжительности и улучшения качества жизни населения.

В-третьих, несомненно, позитивным результатом прошедшего 10-летия является повышение роли социальной политики, позволяющей добиться результатов в сохранении здоровья и повышении длительности жизни населения даже в условиях ограниченных экономических возможностей. Так, в 1999 году из числа территорий с более низким, чем в среднем по стране, среднедушевым валовым внутренним продуктом пятая часть их смогли добиться заметных сдвигов в рейтинговом распределении по продолжительности жизни. В 2008 году в аналогичной по экономическим возможностям группе четверть территорий улучшили свои позиции. Большая часть регионов сохранила свое положение, что в условиях ограниченных экономических возможностей также может рассматриваться как позитивный результат.

В-четвертых, сохраняются значительные внутрирегиональные различия продолжительности жизни (табл. 1). Этот фактор имеет значение и для благополучных, и для средних по продолжительности жизни, и для неблагополучных регионов. Так, различия в продолжительности жизни населения различных муниципальных образований хоть и несколько меньше регионального российского разброса, но вполне сопоставимы с ним. Для мужчин, проживающих в различных городах и районах Ханты-Мансийского АО, они составляли 14,4 года, Смоленской области – 13,0 года, для женщин 9,5 и 10,9 года соответственно.

В-пятых, внутрирегиональная неоднородность состояния здоровья и смертности населения определяется не только долей сельского населения, как можно было подумать. Существует значительная вариация смертности и внутри городского населения. Анализ, проведенный на примере областей Центрального федерального округа, показал, что смертность населения минималь-

на в административных центрах субъектов Федерации, а максимальные показатели отмечены в малых городах численностью до 10 тыс. человек. При этом между городскими поселениями численностью от 10 до 100 тыс. человек не обнаружено заметных различий в смертности населения. Это свидетельствует о сближении качества жизни в средних и малых городах, но не в направлении роста его в малых городах, а в направлении его снижения в средних по численности населения городах (табл. 2).

Малые города с численностью населения до 10 тыс. жителей и поселки городского типа являются зоной повышенного риска для всех возрастных групп населения: от детей до пожилых. В выигрышном положении оказываются жители всех возрастов крупных городов и административных центров. Причем если для детей и молодежи лучшая ситуация складывается в крупных городах, то в возрасте старше 30 лет – в административных центрах. По-видимому, статус столицы, хотя и региональной, несет не только преимущества в качестве жизни, но и дополнительные риски в подростковом и молодом возрасте, которых нет или они менее выражены в провинциальном городе, хотя и крупном.

Итак, сохранение высокого территориального разброса здоровья и смертности населения тормозит темпы увеличения продолжительности жизни в целом по стране. Это становится фактором не только демографического, но и социально-экономического разобщения страны. В середине 2000-х годов региональные различия смертности были даже выше, чем в середине 1990-х годов, а в период 2006–2010 годов на фоне общероссийского снижения смертности региональные различия продолжительности жизни изменились незначительно. Необходима целенаправленная политика, ориентированная на преодоление меж- и внутрирегионального разброса здоровья и смертности населения, отражающая географическое неравенство условий жизни.

Следующий важнейший аспект рассмотрения проблем здоровья и смертности населения – демографический, влияние на динамику численности и структур населения. До тех пор пока в стране сохраняется достаточно



Таблица 2

**ВОЗРАСТНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ СМЕРТНОСТИ  
(НА 100 ТЫС. СООТВЕТСТВУЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ) В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ ТИПА И НАСЕЛЕННОСТИ ГОРОДСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ  
В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИИ, 2008–2009 ГОДЫ**

	0–14	15–29	30–44	45–59	60 и старше
<b>МУЖЧИНЫ</b>					
Поселки городского типа	106,8	365,9	893,8	2265,8	7955,1
Малые города:					
до 10 тыс.	145,9	271,6	1001,0	2502,3	8349,1
10–19,9 тыс.	99,8	331,9	891,4	2326,0	8152,8
Средние города:					
20–49,9 тыс.	104,5	310,5	896,1	2252,9	8054,5
50–99,9 тыс.	117,3	332,9	862,2	2241,0	8252,3
Крупные города: 100 тыс. и более	79,9	230,0	776,8	2043,1	7431,3
Центр субъекта Федерации	93,2	243,3	752,1	1932,7	7169,2
<b>ЖЕНЩИНЫ</b>					
Поселки городского типа	85,8	102,9	273,5	690,9	5321,1
Малые города:					
до 10 тыс.	53,0	135,8	264,1	807,0	5625,5
10–19,9 тыс.	72,4	99,3	291,3	717,1	5471,5
Средние города:					
20–49,9 тыс.	77,9	91,4	272,7	661,2	5299,0
50–99,9 тыс.	69,4	96,3	250,4	678,1	5335,5
Крупные города: 100 тыс. и более	55,3	54,1	248,8	625,1	4902,1
Центр субъекта Федерации	73,6	67,5	224,7	577,3	4735,5

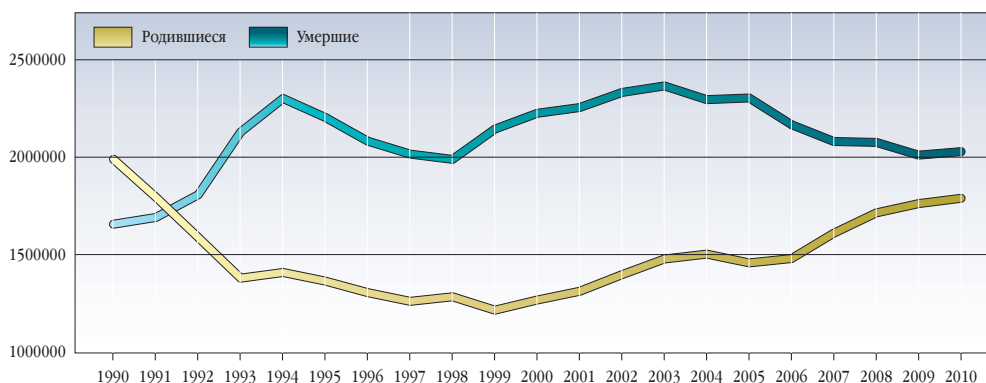
высокий уровень рождаемости, издержки процесса воспроизводства населения не являются актуальной проблемой. Но по мере снижения уровня рождаемости до уровней, не обеспечивающих замещение поколений, и перехода к депопуляции уровень смертности становится важнейшим управляемым элементом темпов убыли населения.

1992 год явился переломным в современной российской демографической истории, поскольку это был год начала депопуляции – сокращения численности населения в общенациональных масштабах. Собственно, предпосылки депопуляции сложились двумя десятилетиями раньше, на рубеже 1970-х годов, когда уровень рождаемости опустился ниже границы простого воспроиз-

водства населения. Тенденции рождаемости, то есть ее последовательное сокращение, не оставляли сомнений в неизбежности перехода к убыли населения, однако начало этого этапа в условиях эволюционного развития событий специалисты относили к началу XXI столетия. Тот факт, что депопуляция началась на десятилетие раньше и приобрела столь существенные масштабы, связан во многом с начавшимися социально-экономическими реформами, сказавшимися на ускорении темпов сокращения рождаемости и роста смертности. Максимальные масштабы естественной убыли населения пришлось на конец 1990-х годов, когда темпы ежегодной убыли составили около 950 тыс. человек (рис. 7).

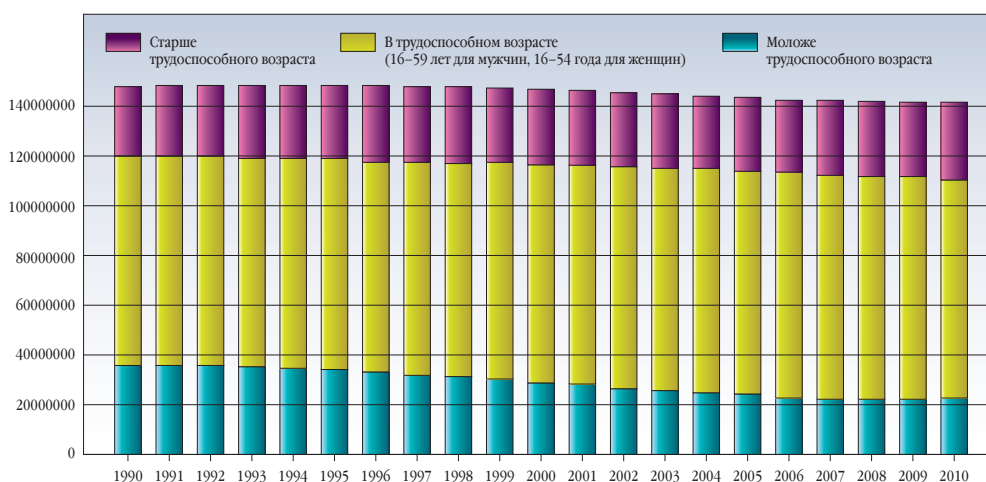


7



ДИНАМИКА ЕСТЕСТВЕННОЙ УБЫЛИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В 1990–2000-Х ГОДАХ, ЧЕЛОВЕК

8



ДИНАМИКА ЧИСЛЕННОСТИ И ВОЗРАСТНОГО СОСТАВА НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В 1990–2010 ГОДАХ, ЧЕЛОВЕК

С начала 2000-х годов, на фоне оздоровления социально-экономической обстановки в стране, произошло некоторое восстановление уровней рождаемости, прежде всего за счет реализации части ранее отложенных рождений и стабилизации смертности. С середины 2000-х годов началось проведение целенаправленной государственной политики и в сфере стимулирования рождаемости и снижения смертности, что позитивно повлияло на соответствующие тренды. Ежегодная естественная убыль населения к концу 2000-х годов почти вчетверо, до 230–240 тыс. человек.

Перспективы дальнейшего снижения естественной убыли населения и выхода из депопуляции определяются не только успехами демографической политики в сфере увеличения рождаемости и снижения смертности, но и сдвигами возрастной структуры населения, которые становятся все более значимым фактором демографической динамики (табл. 3). Эти сдвиги аккумулируют вступление в детородный возраст малочисленных поколений женщин и переход в пенсионный возраст многочисленных поколений групп старших трудоспособных возрастов. В этой ситуации очевидно, что без дальнейшего усиления мер политики демографическая ситуация будет ухудшаться. Современного уров-

ня воздействия на демографическую ситуацию недостаточно даже для того, чтобы сохранить ее неизменной.

Расчеты показывают, что при сохранении рождаемости и смертности на современных уровнях к 2015 году общее число умерших и общий коэффициент смертности возрастут соответственно до 2118 тыс. человек и 15,0%, а число родившихся и общий коэффициент рождаемости снизятся до 1632 тыс. и 11,6%. Таким образом, естественная убыль населения в сравнении с 2010 годом вырастет вдвое – до 486 тыс. человек, или 3,4%. Подчеркнем, что эти негативные тренды станут следствием исключительно такого процесса, как сдвиги возрастной структуры населения.

Как свидетельствуют оценки специалистов, в ближайшие годы перспективы позитивной демографической динамики связаны исключительно с дальнейшим сокращением смертности. Экспертная оценка мер в сфере стимулирования рождаемости, которые предполагается осуществить до 2015 года, свидетельствует, что роста рождаемости ждать не приходится – в лучшем случае удастся затормозить падение показателей. Тренд на понижение является очевидной реакцией, поскольку вводимые меры влияют не на потребность в детях, а лишь на условия ее реализации. Иными словами, семьи, реализовавшие свои репродуктивные планы, оста-



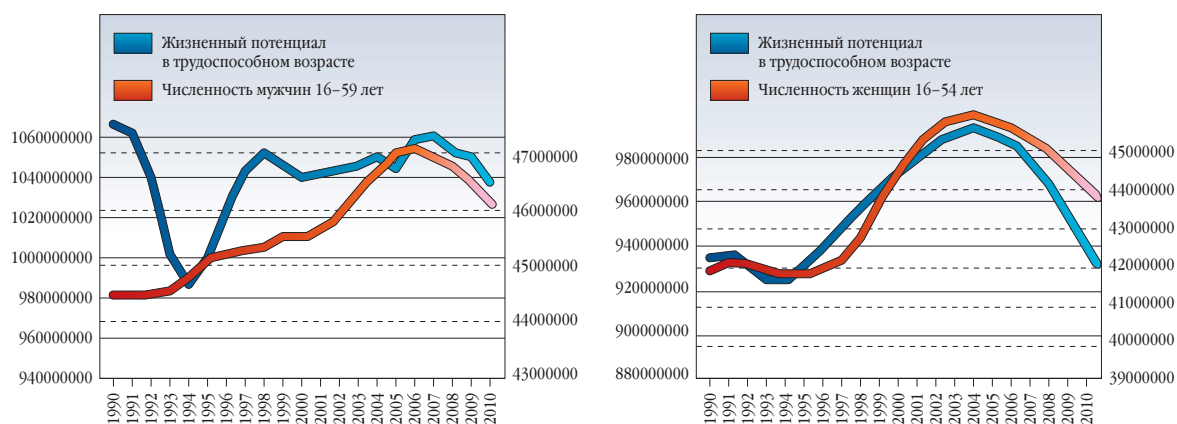


Таблица 3

ФАКТИЧЕСКИЙ (2010 ГОД) И ВЕРОЯТНЫЙ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ В 2015 ГОДУ  
В РЕГИОНАХ РОССИИ В СООТВЕТСТВИИ С ДВУМЯ ВАРИАНТАМИ ПРОГНОЗА

	Фактически в 2010 году	Прогноз на 2015 год	
		При условии сохране- ния параметров воспро- изводства и миграции на уровне 2010 года	В соответствии с гипотезами вероятной динамики
Коэффициент рождаемости (на 1 тыс. населения)	12,5	11,6	11,2
Коэффициент смертности (на 1 тыс. населения)	14,2	15,0	12,7
Коэффициент естественной убыли (на 1 тыс. населения)	-1,7	-3,4	-1,5
Число родившихся, тыс. человек	1788,9	1632,4	1589,0
Число умерших, тыс. человек	2028,5	2118,6	1800,6
Естественная убыль, тыс. человек	239,6	-486,2	-211,6

9



ДИНАМИКА НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА (ЧЕЛОВЕК) И ЕГО ЖИЗНЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА (ЧЕЛОВЕКО-ЛЕТ) В ТРУДОСПОСОБНОМ ПЕРИОДЕ

ются в численности репродуктивных контингентов, но не участвуют более в процессе деторождения. Иная ситуация складывается в отношении смертности. При реализации мер, намеченных до 2015 года, можно ожидать дальнейшего сокращения смертности, в результате чего число умерших снизится к 2015 году до 1800 тыс., а общий коэффициент смертности до 12,7%. Таким образом, даже при относительно негативном прогнозе рождаемости естественная убыль населения России к 2015 году может снизиться до 211 тыс. человек, а коэффициент естественной убыли – до 1,5%.

В условиях европейского типа демографического развития с низкой рождаемостью и низкой смертностью здоровье и продолжительность жизни людей становятся важным социально-экономическим ресурсом, повышающим эффективность инвестиций в образование и иные качественные характеристики рабочей силы.

С позиций социально-экономического видения смерть людей отнюдь не равноценна. Одним из значимых параметров является возраст. Чем в более раннем возрасте произошла смерть, тем большие потери несет общество, поскольку это потеря непрожитой и непроработанной жизни. Наибольшие потери связаны со смертностью в начале трудоспособного периода, поскольку это потеря и тех инвестиций (частных и государственных), которые были вложены в образование, воспитание, профессиональную подготовку, сохранение здоровья преждевременно умершего человека. Таким образом, с позиций социально-экономического рассмотрения населения каждый человек обладает определенным потенциалом, важнейшей составляющей которого является предстоящая продолжительность жизни, в том числе в трудоспособном возрасте.



Население трудоспособного возраста в России начало сокращаться значительно позже, чем страна вступила в полосу депопуляции, поскольку прежде всего начала снижаться численность детских контингентов из-за резкого падения рождаемости (рис. 8). Но по мере того как малочисленные поколения вступали в трудоспособный возраст, приходя на смену более многочисленным поколениям, выходящим за его пределы, численность населения трудоспособного возраста также начала снижаться. Для мужчин этот этап начался после 2006 года, для женщин, в силу более раннего пенсионного возраста, – с 2004 года. Тенденция дальнейшего сокращения численности населения в рабочих возрастах неизбежна как минимум в перспективе двух десятилетий, поскольку задана сдвигами рождаемости.

Ситуация перестает выглядеть однозначно, если от анализа численности населения в рабочих возрастах перейти к оценке его жизненного и трудового потенциала (рис. 9). Начало 1990-х годов характеризуется ростом численности лиц трудоспособного возраста, однако при этом потенциальное время трудоспособности резко сокращалось, прежде всего для мужчин. Это было связано с резким уменьшением длительности жизни, прежде всего в рабочих возрастах. Период первой половины 2000-х годов характеризуется практически стабилизацией жизненного потенциала мужчин, несмотря на продолжающийся рост их численности в рабочих возрастах, поскольку длительность жизни в рабочем возрасте продолжает снижаться, хотя и не такими темпами, как в начале 1990-х годов. И только в 2005–2007 годах потенциальный период трудоспособности у мужчин рос как за счет продолжающегося увеличения рабочих контингентов, так и в результате начавшегося роста длительности жизни. Период этот был крайне непродолжительным, поскольку источники количественного роста трудоспособных контингентов исчерпались, а увеличение продолжительности жизни в рабочих возрастах идет слишком медленными темпами, чтобы компенсировать убыль лиц трудоспособного возраста.

У женщин отмеченные закономерности имеют свои особенности. Даже в период выраженных негативных тенденций потери продолжительности жизни у женщин были значительно меньше, чем у мужчин, поэтому у них не отмечалось снижения жизненного потенциала в трудоспособных возрастах. В последние годы позитивные тренды продолжительности жизни женщин определяются преимущественным вкладом пожилых, поэтому длительность жизни в рабочих возрастах у них не растет. Соответственно, компенсировать даже частично, как у мужчин, количественную убыль трудоспособных контингентов у женщин нечем.

Приведенная оценка свидетельствует о нескольких проблемах. Грядущая убыль численности трудоспособного населения задана уже сложившейся демографической динамикой. Она может быть компенсирована внешними источниками – миграцией со всеми вытекающими отсюда, в том числе и демографическими, последствиями. Однако более эффективный путь – увеличение жизненного потенциала населения, в том числе в рабочих возрастах, что позволяет сохранить и даже нарастить общий фонд рабо-

чего времени даже при уменьшении числа лиц рабочего возраста. Для этого усилия по снижению смертности должны быть сконцентрированы на населении трудоспособного возраста, и, соответственно, среди показателей мониторинга демографической политики должны появиться индикаторы, ориентированные на возрастные группы.

Необходимость улучшения здоровья и сокращения смертности населения ставит перед здравоохранением комплекс проблем. Наслоение не полностью решенных задач предыдущих этапов эпидемиологического перехода актуализирует в повестке дня отечественного здравоохранения не только задачи, характерные для современных обществ с демографически старым населением (увеличение продолжительности здоровой жизни и повышение качества жизни лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями), но и проблемы, специфичные для развивающихся стран с актуальными проблемами смертности детей и трудоспособного населения от причин, предотвратимых при современном уровне развития здравоохранения. Если воспользоваться европейским списком предотвратимых причин и возрастными границами предотвратимой смертности, которые получили высокий уровень поддержки среди российских экспертов в разных регионах России, то оказывается, что в середине 2000-х годов вклад предотвратимой смертности в общую смертность составлял 52,8% для мужчин и 22,4% для женщин.

Международный опыт свидетельствует, что смертность от предотвратимых причин должна снижаться быстрее, чем смертность от непродотвратимых причин, в случае если здравоохранение работает эффективно. Так, в Европе в первой половине 1990-х годов предотвратимая смертность снижалась быстрее, чем общая. Причем с 1989 по 1994 год общая смертность мужчин снизилась на 6,9%, а предотвратимая – на 8,7%, общая смертность женщин снизилась на 6,2% и предотвратимая – на 6,8%. При этом в условиях реализации мер по улучшению всех уровней профилактики предотвратимая смертность мужчин снижается быстрее, чем женщин.

В России же за этот период (1989–1994 годы) общая смертность мужчин выросла на 70,7%, предотвратимая – на 69,7%, общая смертность женщин – на 52,1%, предотвратимая – на 53,1%. То есть в период разрушения социальной структуры и ухудшения экономической ситуации в стране и предотвратимая, и непродотвратимая смертность росли примерно с одинаковой скоростью. Различия в динамике предотвратимой и непродотвратимой смертности стали проявляться в период реструктуризации здравоохранения. В целом за весь 20-летний период с рубежа 1990-х годов общая смертность российских мужчин в возрасте до 65 лет снизилась на 25,1%, предотвратимая – на 3,8%, общая смертность женщин этого возраста сократилась на 22,0%, предотвратимая не изменилась (рост на 0,3%). Таким образом, наблюдалась картина, обратная европейской: тенденции предотвратимой смертности хуже, чем непродотвратимой, что свидетельствует о ненацеленности политики здравоохранения на решение первоочередных задач охраны здоровья населения.

В странах «старой Европы» предотвратимая смертность снижалась быстрее всего от причин, зависящих



Таблица 4

**СТРУКТУРА ПРИЧИН ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ  
В ВОЗРАСТЕ ДО 65 ЛЕТ В ПЕРИОД 1990–2000-Х ГОДОВ ОТ ГРУПП ПРИЧИН СМЕРТИ,  
ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ ТРЕМЯ УРОВНЯМИ ПРОФИЛАКТИКИ, %**

Причины	1989	1994	1998	2005	2010
<b>МУЖЧИНЫ</b>					
Суммарно	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Группа 1. Смертность зависит от эффективности первичной профилактики	83,2	82,5	82,8	80,4	79,3
Группа 2. Смертность зависит от эффективности вторичной профилактики (раннее выявление болезней)	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4
Группа 3. Смертность зависит от эффективности третичной профилактики (адекватное лечение и высокое качество медицинской помощи)	16,4	17,2	16,8	19,3	20,3
<b>ЖЕНЩИНЫ</b>					
Суммарно	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Группа 1. Смертность зависит от эффективности первичной профилактики	65,7	73,0	70,7	71,7	67,6
Группа 2. Смертность зависит от эффективности вторичной профилактики (раннее выявление болезней)	16,0	11,6	15,1	12,3	14,9
Группа 3. Смертность зависит от эффективности третичной профилактики (адекватное лечение и высокое качество медицинской помощи)	18,3	15,4	14,2	16,0	17,6

от эффективности первичной профилактики (дорожно-транспортные травмы, перинатальная смертность, цирроз печени и рак легких), а наиболее низкие темпы снижения были характерны для причин, зависящих от качества лечения (аппендицит, рак яичка, болезнь Ходжкина и желчнокаменная болезнь).

В странах Центральной и Восточной Европы наблюдалась совсем другая картина. Там в связи с переходным периодом отмечались кризисные явления в работе системы здравоохранения, в результате чего предотвратимая смертность росла, и в основном за счет группы болезней, предотвратимых на уровне своевременной диагностики и адекватного лечения.

В России структура предотвратимой смертности оставалась относительно стабильной с доминировани-

ем причин, предотвратимых преимущественно мерами первичной профилактики (табл. 4).

При постановке задач снижения смертности от предотвратимых причин перед здравоохранением с очевидностью возникает вопрос об уровнях, до которых она может быть снижена. Возможно несколько подходов к оценке уровней, основанных на межрегиональном или историческом сопоставлении. Ориентация при расчетах на уровни смертности, достигнутые в прошлом, позволяет назвать такой подход к оценке предотвратимых потерь «историческим», тогда как подход, в котором в качестве ориентира используются наименьшие значения в какой-то территории, можно назвать «территориальным».

Использование территориального подхода<sup>2</sup> показало, что если бы достигнутые в некоторых российских

<sup>2</sup> При территориальном подходе можно в качестве целевого использовать уровень смертности других стран. Наиболее часто применяется подход, использующий сравнение с уровнем европейской смертности. Но сложивший-

ся разрыв в продолжительности жизни не позволяет рассматривать достигнутые развитыми странами уровни продолжительности жизни в качестве реальных современных ориентиров для России в области снижения смертности.

Уровни смертности в европейских странах для России можно рассматривать в качестве отдаленных стратегических целей. Необходимо исходить из реально достигнутых в России показателей, поэтому можно использовать уровень

смертности, наименьший в стране, регионе или в данной климатогеографической зоне в текущий период. В настоящий период это наиболее рациональный подход к оценке резервов снижения смертности населения.



Таблица 5

**СТРУКТУРА ПРЕДОТВРАТИМЫХ ПОТЕРЬ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ  
В ВОЗРАСТЕ ДО 65 ЛЕТ В 2005 И 2010 ГОДАХ ОТ ГРУПП ПРИЧИН СМЕРТИ,  
ОБЪЕДИНЕННЫХ ПО УРОВНЮ ПРОФИЛАКТИКИ (ОЦЕНКА НА ОСНОВАНИИ  
МИНИМАЛЬНЫХ ОКРУЖНЫХ ЗНАЧЕНИЙ СМЕРТНОСТИ)**

Группы причин смерти	2005				2010			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Группа 1. Смертность зависит от эффективности первичной профилактики	206283	80,0	58678	67,1	91094	80,7	32285	77,4
Группа 2. Смертность зависит от эффективности вторичной профилактики (раннее выявление болезней)	856	0,3	15725	18,0	329	0,3	2917	7,0
Группа 3. Смертность зависит от эффективности третичной профилактики (адекватное лечение и высокое качество медицинской помощи)	50676	19,7	13079	15,0	21387	19,0	6487	15,6
Всего	257815	100,0	87482	100,0	112810	100,0	41689	100,0

регионах результаты были внедрены во всей стране, то в 2005 году число умерших вследствие причин, смерть от которых предотвратима силами российской медицины и здравоохранения, можно было бы снизить почти на 350 тыс. человек детского, трудоспособного и раннего пенсионного возрастов, то есть самых активных в экономическом и социальном плане групп. Хотя в 2010 году этот показатель вдвое ниже, тем не менее потеря жизней 155 тыс. человек нанесла ощутимый урон стране.

Позитивная динамика потерь от 2005-го к 2010 году определялась снижением предотвратимой смертности от всех групп причин. При этом у женщин опережающими темпами сокращались потери за счет причин 2-й группы, связанных с ранним выявлением преимущественно онкологической патологии. У мужчин структура потерь в 2005 и 2010 годах близка (табл. 5). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости продолжения начатой деятельности по целевой диспансеризации населения. Это поможет выявлять на ранних стадиях не только злокачественные новообразования, но и другие заболевания женщин и, следовательно, снизить смертность от них.

Второй метод оценки масштабов потерь – это использование исторического ориентира<sup>3</sup>. Общая величина потерь, оцененных с помощью «исторического» подхода, составила около 195 тыс. человек в 2005 году и около

142 тыс. – в 2010 году. Величину, полученную для 2005 года, можно рассматривать как результат повышения смертности от предотвратимых причин за период осуществления социально-экономических реформ в России. Эти результаты не учитывают все перипетии динамики смертности на протяжении периода с 1989 года, они оценивают лишь результирующий итог до того момента, когда рост смертности в России прекратился и сложился устойчивый позитивный тренд ее снижения. Неслучайно, что суммарный объем потерь по всем трем группам предотвратимых причин в 2005 году среди мужчин на 28,8% превышает потери 2010 года, среди женщин – на 23,0%. Такая оценка связана с тем, что с 2005 года в России началось устойчивое сокращение смертности взрослого населения от большинства причин, включая предотвратимые, что и сказалось на общем объеме потерь.

Если рассматривать сдвиги на уровне групп предотвратимых причин, то наибольшие изменения коснулись потерь, зависящих от эффективности первичной профилактики: за 2005–2010 годы они снизились почти в полтора раза, а их вклад в суммарные потери уменьшился с 85,1–82,3% для мужчин и женщин до 71,3–70,9% (табл. 6). По-прежнему потери, зависящие от эффективной первичной профилактики, занимают доминирующее место в общих предотвратимых потерях в срав-

<sup>3</sup> При историческом подходе можно в качестве целевого уровня использовать минимальный уровень смертности за какой то период на рассматриваемой территории. При этом важно учитывать, во-первых,

что такими ориентирами не могут служить экстремальные уровни, достигнутые лишь на короткий промежуток в результате волонтеристских акций (например, в итоге антиалкогольной кампании), и, во-вторых,

что социально-экономическая ситуация и система охраны здоровья населения могут принципиально поменяться в течение этого периода. Использование в качестве целевого уровня смертности 1989 года обос-

новано тем, что этого уровня Россия достигала как минимум дважды. Поэтому при принятии соответствующих мер снизить смертность до уровня недалекого прошлого страны вполне реально.



Таблица 6

**СТРУКТУРА ПРЕДОТВРАТИМЫХ ПОТЕРЬ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ  
ДО 65 ЛЕТ В 2005 И 2010 ГОДАХ ОТ ГРУПП ПРИЧИН СМЕРТИ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ПО УРОВНЮ  
ПРОФИЛАКТИКИ (ПО ОТНОШЕНИЮ К УРОВНЮ СМЕРТНОСТИ 1989 ГОДА)**

Группы причин смерти	2005				2010			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Группа 1. Смертность зависит от эффективности первичной профилактики	123505	85,1	40830	82,3	73689	71,3	27081	70,9
Группа 2. Смертность зависит от эффективности вторичной профилактики (раннее выявление болезней)	422	0,3	2573	5,2	388	0,4	3321	8,7
Группа 3. Смертность зависит от эффективности третичной профилактики (адекватное лечение и высокое качество медицинской помощи)	21248	14,6	6185	12,5	29282	28,3	7795	20,4
Всего	145175	100,0	49588	100,0	103359	100,0	38197	100,0

нении с уровнем конца 1980-х годов, но тенденция их опережающего снижения является, несомненно, оптимистичной. Что касается потерь, определяющихся вторичной профилактикой, а тем более качеством оказания медицинской помощи, то их абсолютные значения выросли, и, соответственно, увеличился вклад в формирование суммарных потерь. Несмотря на реформы здравоохранения в последние несколько лет, значимость потерь, определяющихся качеством оказания медицинской помощи, возросла вдвое, достигнув 28,3 и 20,4% в структуре общих потерь у мужчин и женщин.

Сравнительный анализ результатов применения территориального и исторического подходов к оценке потерь за счет смертности от предотвратимых причин показал следующее. В 2005 году, то есть в переломный год российской смертности, масштабы предотвратимых потерь с использованием территориального подхода (350 тыс. человек) были почти вдвое выше значений, полученных с использованием исторического подхода (195 тыс. человек). Это свидетельствует о чрезвычайно больших различиях в условиях жизни и оказания медицинской помощи в разных регионах страны, более существенных, чем различия условий жизни и оказания медицинской помощи в советский и постсоветский периоды. К 2010 году на фоне снижения смертности, в том числе от предотвратимых причин, потери снизились до 155 тыс. при использовании территориального и до 142 тыс. при применении исторического подхода. Сближение оценок за столь небольшой промежуток времени связано в первую очередь с сокращением территориальной вариации смертности от предотвратимых причин и, соответственно, более чем двукратным снижением потерь при использовании тер-

риториального подхода к оценке предотвратимых потерь. Результат ожидаемый, поскольку в неблагоприятных территориях, где смертность в последнее пятилетие снижалась опережающими темпами, вклад предотвратимой смертности наибольший.

И в рамках территориального, и в рамках исторического подхода к оценке предотвратимых потерь центральное место – 75–80% – занимают причины, за сокращение смертности от которых ответственна первичная профилактика. Иными словами, территориальные различия образа жизни населения являются столь же значимым фактором, определяющим смертность от предотвратимых причин, как и сдвиги самосохранительного поведения населения в период реформ в сравнении с советским этапом существования страны.

На фоне сокращения масштабов потерь от предотвратимых причин, оцененных разными методами, структура потерь с 2005 по 2010 год меняется принципиально в зависимости от того, оценены потери в рамках территориального или исторического подхода. В рамках территориального подхода единственным заметным сдвигом является уменьшение вклада причин, сокращение потерь от которых зависит от эффективности деятельности здравоохранения, и то этот сдвиг проявился только для женщин. В рамках исторического подхода сокращение смертности от предотвратимых причин в России произошло преимущественно в результате политики государства в сфере охраны здоровья населения, нацеленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья. Вместе с тем потери за счет смертности от причин, зависящих от качества оказания медицинской помощи, растут, что тормозит снижение общих потерь.



Принципиальные различия природы сокращения предотвратимых потерь при разных подходах к их оценке обусловлены методологией расчета. Период 2005–2010 годов характеризовался в России позитивными сдвигами в уровне жизни населения, а следовательно, в улучшении условий формирования здоровья. Вместе с тем значимые проекты в системе здравоохранения только начали разворачиваться и пока не дали ожидаемого эффекта, что и обусловило результаты исторического подхода. Что касается регионального аспекта, то даже заметные позитивные сдвиги пока не привели к принципиальному изменению территориального профиля смертности, то есть тех условий, которые определяют условия и образ жизни людей и деятельность сферы здравоохранения.

Задачи, стоящие в области охраны здоровья и демографии, потребовали новых подходов к развитию отрасли, что выразилось в проведении в настоящее время целого ряда широкомасштабных реформ, затронувших все основные сферы здравоохранения. По времени они совпали с реформированием бюджетной сферы.

В целях обеспечения правовой базы реформ в последнее время был принят целый ряд важнейших для здравоохранения федеральных законов. Среди них в первую очередь следует отметить следующие:

- от 12 апреля 2010 года №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;
- от 8 мая 2010 года №83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее – Федеральный закон №83-ФЗ);
- от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон об ОМС);
- от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Можно отметить некоторые общие черты, присущие новому законодательству.

Прежде всего, новое законодательство становится более конкретным – характерен переход от простого декларирования тех или иных принципов к законодательному закреплению механизмов их обеспечения. Особенно явно это проявилось в новом законодательстве, касающемся системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), а также правового положения государственных (муниципальных) учреждений, которым более четко закреплены права и ответственность государственных (муниципальных) учреждений, а также других участников системы ОМС.

Конкретизированы и права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. В частности, они обеспечиваются введением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, более четко определяющих порядок оказания медицинской помощи, набор медикаментов, медицинских услуг и т.д., которые должны быть использованы в процессе оказания медицинской помощи. Установлены также более четкие требования к порядку оказания платных медицинских услуг.

Кроме того, следует отметить, что удалось достичь достаточно хорошего взаимодействия новых федеральных законов и их общей направленности по многим вопросам. Особенно четко это проявилось при решении задачи по оптимизации сети учреждений здравоохранения, провозглашенной при принятии Федерального закона №83-ФЗ. Эту задачу ставят перед собой территориальные программы модернизации здравоохранения в рамках Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Ее решению должна содействовать и передача полномочий в сфере здравоохранения с муниципального уровня на уровень субъектов Российской Федерации в рамках реализации Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Новое законодательство в значительной степени направлено на повышение инициативы и активности в решении стоящих задач как учреждений здравоохранения, так и конкретных медицинских работников.

В связи с этим происходит расширение прав учреждений здравоохранения (в первую очередь это касается бюджетных и автономных учреждений), которые в соответствии с новым законодательством имеют право:

- самостоятельно распоряжаться доходами, полученными от приносящей доход деятельности, а также имуществом, не относящимся к особо ценному движимому имуществу (а автономным – в ряде случаев и недвижимым имуществом);
- получать кредиты и использовать лизинг;
- быть учредителями других юридических лиц и т.д.

К этому подталкивают сложившиеся в стране экономические условия и требования рыночного хозяйствования. Расширение прав связано, в том числе, и с тем, что органы управления здравоохранением перемещаются на уровень субъектов Российской Федерации (что осложняет повседневный контроль деятельности учреждений).

В целях повышения мотивации работников в лучшем труде повсеместно внедряются отраслевые региональные системы оплаты труда работников здравоохранения. Введены стимулирующие выплаты работникам за повышение доступности и качества медицинской помощи в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения.

Но одновременно это потребовало и повышения степени ответственности учреждений здравоохранения в целом ряде сфер, что проявилось в следующем:

- государство сняло с себя безусловные обязательства по содержанию учреждений (теперь эти обязательства достаточно жестко привязываются к объемам и качеству оказанных медицинских услуг, другим показателям деятельности учреждений);
- произошел отказ от субсидиарной ответственности собственников по обязательствам бюджетных учреждений (а еще ранее – автономных), учредителями которых они являются, – теперь учреждения должны самостоятельно искать пути покрытия кредиторской задолженности;
- появилось понятие «крупная сделка», заключение которой контролируется более тщательно;



– внедрены механизмы повышения ответственности руководителей бюджетных учреждений (а еще ранее – автономных), включая персональную материальную ответственность.

Повышение персональной ответственности руководителей учреждений касается, в частности, ситуаций заключения крупных сделок с нарушениями; заключения сделок, в которых имеется заинтересованность; неправомерного использования особо ценного имущества и т.д.

В соответствии с новым законодательством в договор с руководителем бюджетного учреждения в обязательном порядке вводятся следующие положения:

1. Права и обязанности руководителя (которые в части обязанностей существенно расширены – согласование крупной сделки, уведомление о наличии заинтересованности в сделке и т.д.).
2. Показатели оценки эффективности и результативности деятельности руководителя (раньше не было объективных показателей оценки деятельности именно руководителя, а не возглавляемого им учреждения).
3. Условия оплаты труда руководителя учреждения (что призвано в ряде случаев ограничить возможность получения руководителем оплаты труда по основаниям, которые не были согласованы с собственником).
4. Срок действия трудового договора, если такой срок установлен учредительными документами бюджетного учреждения (должность руководителя уже не будет «пожизненной», что предполагает необходимость уделять больше внимания результатам деятельности учреждения).
5. Условие о расторжении трудового договора по инициативе работодателя в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации при наличии у бюджетного учреждения просроченной кредиторской задолженности, превышающей предельно допустимые значения, установленные органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя (это заставит руководителя серьезнейшим образом обратить внимание на состояние финансов учреждения и закономерно ставит вопрос о необходимости более глубокого знания руководителем экономических и правовых вопросов).

В конечном счете усиление мер ответственности учреждений в целом и их руководителей было связано с необходимостью обеспечения баланса между правами и ответственностью учреждений, а также потребностью повышения эффективности их деятельности. Неслучайно целью принятия Федерального закона №83-ФЗ являлось повышение эффективности предоставления государственных и муниципальных услуг при условии сохранения (либо снижения) темпов роста бюджетных расходов на их предоставление. Основные задачи, которые должен решать закон, заключаются в следующем:

1. Создание условий и стимулов для сокращения внутренних издержек учреждений.
2. Привлечение внебюджетных средств.

3. Создание условий и стимулов для органов власти по оптимизации сети учреждений.

Еще одним подтверждением существенного изменения условий деятельности государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения является то, что в процесс оказания медицинской помощи все активнее включаются частные медицинские организации. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предоставил эту возможность. Кроме того, Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях обеспечения прав граждан на получение экстренной медицинской помощи бесплатно и безотлагательно, а также для создания равных экономических условий с государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения предусмотрена компенсация затрат частных медицинских организаций на соответствующую помощь.

Более активное участие частных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования ожидается в связи с переходом на одноканальное финансирование и полный тариф, поскольку повышется окупаемость их затрат.

Но одновременно возникает конкуренция государственных и муниципальных учреждений в системе ОМС с частными медицинскими организациями. Конкурировать государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения приходится и между собой – за государственное (муниципальное) задание. Все это тоже должно способствовать повышению эффективности функционирования учреждений здравоохранения.

При этом деятельность государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения становится более прозрачной:

- введены доступные для любого желающего отчеты о деятельности учреждения и об использовании закрепленного за ним имущества (они должны размещаться на сайте Минфина России);
- установлены требования к информации, которая в обязательном порядке должна содержаться на сайте медицинского учреждения (о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации).

Эти меры должны способствовать лучшему пониманию контрагентов финансового состояния учреждений и возможных последствий заключения государственных (муниципальных) контрактов с точки зрения гарантий своевременной оплаты и т.д. С другой стороны, доступная для населения информация о реальном финансовом состоянии учреждений создает предпосылки для снижения теневых платежей со стороны медицинских работников (которые зачастую осуществляют незаконные поборы с пациентов со ссылкой на отсутствие средств для приобретения необходимых медикаментов и т.д.).

Новое законодательство предъявило дополнительные требования и к самим собственникам, к органам управления здравоохранением. К основным дополнительным формам контроля, которые они должны осуществлять, относятся:



- контроль за крупными сделками;
- контроль за сделками, в которых есть заинтересованность;
- контроль за особо ценным движимым имуществом;
- контроль за наличием у бюджетных учреждений просроченной кредиторской задолженности.

Тем самым государство принуждает всех собственников (учредителей) государственных (муниципальных) учреждений более четко отслеживать работу подведомственных учреждений и заниматься профилактикой возможных нарушений в финансовой и имущественной сфере.

Акцент на вышесказанном сделан неслучайно. Несмотря на кажущиеся «уступки» учреждениям, реально государство принимает более активные меры по отстаиванию своих интересов (в первую очередь в вопросах собственности). В частности, это выражается в том, что нарушение казенным учреждением порядка заключения и оплаты государственных (муниципальных) контрактов, иных договоров, подлежащих исполнению за счет бюджетных средств (которые должны производиться лишь в пределах доведенных казенному учреждению лимитов бюджетных обязательств), является основанием для признания их судом недействительными по иску органа, осуществляющего бюджетные полномочия главного распорядителя (распорядителя) бюджетных средств, в ведении которого находится это казенное учреждение. Ранее в подобных ситуациях соответствующие бюджеты были вынуждены брать эти расходы, превышающие лимиты бюджетных обязательств, на себя.

Обезопасило себя государство и на случай уменьшения им собственных ранее принятых обязательств перед казенными учреждениями. Так, в случае уменьшения казенному учреждению ранее доведенных лимитов бюджетных обязательств, приводящего к невозможности исполнения казенным учреждением бюджетных обязательств, вытекающих из заключенных им государственных (муниципальных) контрактов, иных договоров, казенное учреждение должно обеспечить согласование в соответствии с законодательством Российской Федерации о размещении заказов для государственных и муниципальных нужд новых условий по цене и (или) количеству (объемам) товаров (работ, услуг) государственных (муниципальных) контрактов, иных договоров. При этом сторона государственного (муниципального) контракта, иного договора вправе потребовать от казенного учреждения возмещения только фактически понесенного ущерба, непосредственно обусловленного изменением условий государственного (муниципального) контракта, иного договора. То есть за упущенную контрагентами выгоду государство отвечать в данном случае не будет.

В значительной степени решению этой задачи будет служить и указанная выше оптимизация сети учреждений здравоохранения. Это позволит устранить имевшее зачастую место дублирование, снять противоречия интересов муниципальных образований, а также обеспечить условия для лучшего развития специализированной медицинской помощи. Ранее создание межмуниципальных медицинских центров наталкивалось на

противодействие этому многих муниципальных образований, не желавших финансировать создание таких центров, даже если услуга оказывается в рамках обязательного медицинского страхования (в первую очередь, с точки зрения приобретения необходимого оборудования, содержания помещений и т.д.), в которых доля пациентов – жителей самих этих муниципальных образований могла быть небольшой.

Финансовое обеспечение учреждений здравоохранения все больше ориентируется на конечные результаты. Этому содействуют такие меры, как перевод финансового обеспечения автономных, бюджетных (а зачастую и казенных) учреждений на субсидии за выполнение государственного (муниципального) задания.

Внедрение в системе обязательного медицинского страхования одноканального финансирования означает, что теперь объем средств, необходимых не только для непосредственного оказания медицинской помощи, но и для содержания учреждения, увязан с объемами оказания медицинской помощи.

Введение более жесткой системы контроля в системе ОМС (проведение медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи) и штрафных санкций (и возможные финансовые потери при наличии нарушений качества или доступности медицинской помощи) создаст для учреждений здравоохранения дополнительные стимулы качественной работы.

В настоящее время приняты серьезные меры по защите интересов учреждений (в том числе финансовых) и устранению «пробелов» в решении целого ряда проблем (которые ранее игнорировались либо замалчивались). В частности, решен вопрос с финансированием оказания медицинской помощи «неидентифицированным» пациентам при оказании экстренной медицинской помощи. Расходы, связанные с оказанием гражданам бесплатной медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, подлежат возмещению в порядке и в размерах, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Уменьшение финансового обеспечения государственного (муниципального) задания государственным (муниципальным) учреждениям возможно только в случае уменьшения объема этого задания. Данная мера обеспечивает гарантию стабильного функционирования учреждений здравоохранения в течение года.

Не обошло новое законодательство стороной и защиту интересов сотрудников медицинских организаций. Будет существенно повышена заработная плата. Предполагается введение страхования риска профессиональной ответственности медицинских и фармацевтических работников.

При этом в последние годы сделаны серьезные шаги по улучшению финансового обеспечения здравоохранения и его стабильности. В частности, тариф страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения повышен с 3,1 до 5,1% от фонда оплаты труда.





Принят Федеральный закон от 30 ноября 2011 года №354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения», устанавливающий минимальный размер страховых взносов в расчете на одного неработающего. В соответствии с данным законом тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения установлен в размере 18 864,6 рубля. Для сравнения: в 2009 году максимальный размер страховых взносов на страхование неработающего населения по субъектам Российской Федерации (Ханты-Мансийский автономный округ) составлял 14 700 рублей). Законодательство предусматривает жесткие меры ответственности в случае неуплаты или несвоевременной уплаты субъектами Российской Федерации соответствующих страховых взносов.

Кроме того, в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» «выпадающие» доходы в случае снижения тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование должны быть компенсированы из федерального бюджета.

Одновременно приняты меры по выравниванию уровня финансовой обеспеченности здравоохранения на различных территориях Российской Федерации. С 2012 года средства ОМС централизуются в Федеральном фонде ОМС, откуда по нормативам в виде субвенций будут поступать в территориальные фонды ОМС.

Выравниванию финансового обеспечения здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации будет служить и передача полномочий в сфере здравоохранения с муниципального уровня на уровень субъекта Российской Федерации – впредь для помощи муниципальным образованиям, имеющим недостаточные бюджетные поступления, не потребуется использование сложного, длительного и не всегда точного механизма межбюджетных отношений.

Из всего вышесказанного видно, что общая логика принятых законов (включая Федеральный закон об ОМС) вполне увязывается между собой: дав учреждениям в ряде сфер больше свободы, государство ужесточает с них спрос. Отказ от субсидиарной ответственности собственника, жесткие штрафные санкции, вводимые законом об ОМС и т.д., – это все звенья одной цепи.

В конечном счете все это направлено на защиту прав граждан в сфере здравоохранения. Расширяются права граждан. Так, в соответствии с законодательством граждане имеют право «тройного» выбора: страховой медицинской организации, медицинской организации, врача. Прописан механизм обеспечения декларируемых прав. За нарушение этих требований следуют жесткие штрафные санкции в системе ОМС и персональная ответственность должностных лиц.

Более четкий правовой статус учреждений, более жесткое регулирование в ряде сфер (например, в вопросах ценообразования на медицинские услуги, оказываемые за плату), законодательное регулирование вопросов оказания платных медицинских услуг и т.д. позволят

усилить контроль за их оказанием и в ряде случаев вывести их из разряда теневого и т.д. Все это обеспечит и улучшение защиты прав граждан. Кроме того, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» значительно усилил защиту прав семьи. Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства. Отцу ребенка или иному члену семьи предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка, за исключением случаев оперативного родоразрешения, при наличии в учреждении родовспоможения соответствующих условий (индивидуальных родовых залов) и отсутствии у отца или иного члена семьи инфекционных заболеваний. Реализация такого права осуществляется без взимания платы с отца ребенка или иного члена семьи.

При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

- 1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;
- 2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, – в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;
- 3) размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов – по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 4) создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;



- 5) транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований – при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;
- 6) транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, и утилизация биологического материала.

Достигнут значительный прогресс в вопросах лекарственного обеспечения населения. Достаточно вспомнить «7 нозологий», контроль за ценообразованием на лекарственные препараты и т.д. Рассматриваются вопросы внедрения лекарственного страхования.

Кроме того, в целях повышения доступности медицинской помощи вводится полис ОМС единого образца, действующий на всей территории Российской Федерации.

Определен порядок оказания медицинской помощи за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин.

Одним из важнейших результатов реформ является ожидаемое повышение эффективности деятельности учреждений здравоохранения. Отчасти в силу создаваемых для этого предпосылок, но прежде всего – из-за жестких требований новых условий хозяйствования.

Что же касается интересов государства в рамках нового законодательства, то при всей сложности однозначной оценки последствий многочисленных изменений в законодательстве хорошо видно, что новые законы направлены конечно же на отстаивание интересов государства. Государство еще более укрепило свои позиции в вопросах защиты бюджетов всех уровней, других видов собственности.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что новое законодательство в большей степени, чем прежде, отвечает интересам государства и населения. Но оно открывает новые возможности и для учреждений. А вот насколько они смогут быть реализованы, зависит и от внешних факторов (общей экономической ситуации в стране, финансовых возможностей бюджетов и системы ОМС), и от усилий самих учреждений. При благоприятных условиях и высокой эффективности собственной деятельности государственные (му-

ниципальные) учреждения только выиграют от нового законодательства. А вот при ухудшении внешних условий и результативности своей деятельности учреждения здравоохранения окажутся в сложных условиях. Показательным примером этого является то, что автономные и бюджетные учреждения отвечают по своим обязательствам тем же имуществом, которым вправе распоряжаться самостоятельно. При хорошем финансовом состоянии – это право, при плохом – ответственность.

Говоря о перспективах развития здравоохранения, следует отметить, что с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи предусматривается с 2015 года использовать критерии оценки качества медицинской помощи, которые формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

С 2016 года устанавливаются новые требования к квалификации медицинских работников – право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации будут иметь только лица, получившие медицинское или иное образование в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. Аккредитация специалиста – процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Несколько поменяется система последиplomного профессионального образования: с 1 сентября 2017 года послевузовское медицинское и фармацевтическое образование может быть получено в ординатуре, аспирантуре и докторантуре.

В конечном счете это направлено на улучшение обеспечения прав граждан в сфере здравоохранения.