

© 2010 г.

Гузель Улумбекова

Председатель правления Региональной общественной организации

«Ассоциация медицинских обществ по качеству»

(e-mail: ge@asmok.ru)

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ – АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В статье анализируется состояние здоровья населения РФ за последние 25 лет в сравнении со странами Евросоюза (ЕС). Рассмотрены проблемы здравоохранения и вызовы для отрасли в ближайшее десятилетие. На основе проведенного анализа и уроков реформирования отечественного здравоохранения сделаны выводы и предложены направления стратегии развития здравоохранения РФ. Главные выводы, сделанные в статье:

- 1) улучшение здоровья населения осуществимо только при увеличении государственного финансирования здравоохранения как минимум в 2 раза;
- 2) вложения в здравоохранение экономически эффективны с рентабельностью в 200%;
- 3) в условиях экономического кризиса увеличение финансирования здравоохранения будет способствовать достижению социальной и политической стабильности в стране.

Ключевые слова: демография, здоровье населения, здравоохранение, финансирование здравоохранения, стратегия развития здравоохранения, национальный проект «Здоровье».

Демография и показатели здоровья населения РФ¹. С 2006 г. ожидаемая продолжительность жизни² в России начала заметно расти и составила в 2007 г. 67,5 года, а в 2008 г. – 67,9 лет.

¹ В подготовке этого раздела использованы данные Росстата 2003-2009 гг. (Демографический ежегодник России. 2009: статистический сборник. – М.: Росстат, 2008. – 557 с.; Здравоохранение в России. 2009: статистический сборник. – М.: Росстат, 2007. – 355 с.; Предположительная численность населения Российской Федерации до 2025 года: статистический бюллетень. – М.: Росстат, 2008. – 235 с.; Российский статистический ежегодник. 2009 статистический сборник. – М.: Росстат, 2008. – 847 с.), статистические базы данных ВОЗ (<http://data.euro.who.int/hfad/index.php>) (Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2007 г. Более безопасное будущее: глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI веке. – Женева: ВОЗ, 2007. – 72 с.; World Health Statistics 2008. – Geneva, WHO, 2008. – 110 p.) и ОЭСР (OECD) 2009 (OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion // International Journal for Quality in Health Care. – 2006. – P. 21–25.; OECD in Figures 2008: OECD Observer. – Paris, 2008. – 92 p.).

² Ожидаемая продолжительность жизни – это число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоего гипотетического поколения, родившемуся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте остается таким, как в год, для которого вычислен этот показатель. Это наиболее

Тем не менее, она остается низкой – почти на 7 лет меньше, чем в «новых» странах ЕС (это 10 стран: европейские страны бывшего соцлагеря и страны Балтии, вошедшие в ЕС после мая 2004 г.), и на 13 лет меньше, чем в «старых» странах ЕС (15 стран: Германия, Великобритания, Франция, Италия, Швеция и другие, входившие в ЕС до мая 2004 г.). Этот показатель также на 2,1 года меньше, чем был в Советском Союзе в 1985–1986 гг.

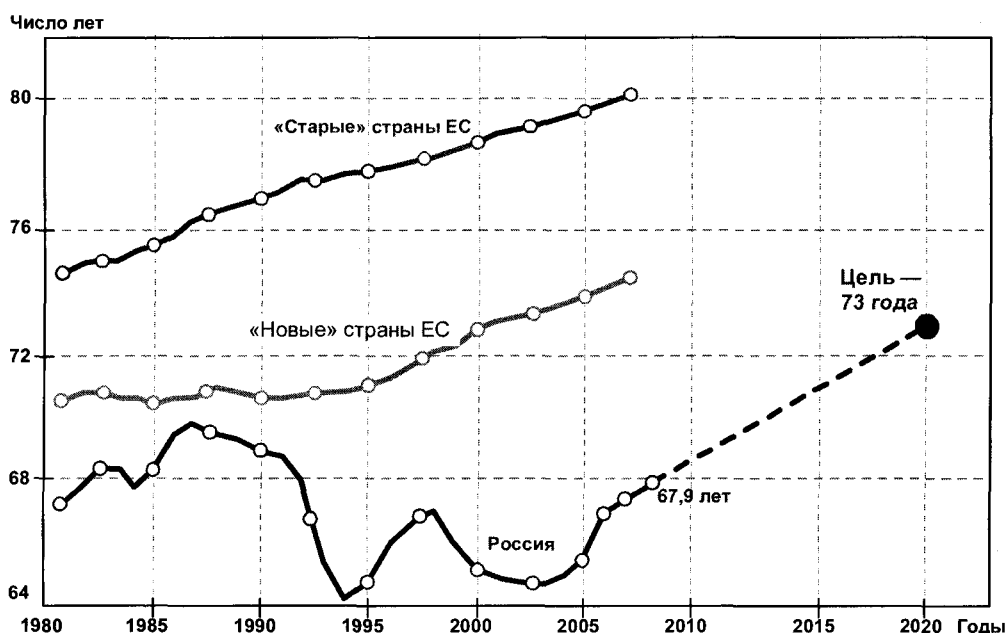


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

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

Следует отметить, что в России сохраняется катастрофическая (самая высокая в мире) разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин – 12,4 года. Ключевую роль в снижении ожидаемой продолжительности жизни населения РФ играет увеличение смертности людей трудоспособного возраста, главным образом мужчин, которая по сравнению с 1990 г. возросла более чем на 40%.

адекватная обобщающая характеристика соответствующего уровня смертности во всех возрастах.

Таблица 1

Отставание России от развитых стран по ожидаемой продолжительности жизни в начале XX и в начале XXI вв. (лет)

Год	От США	От Франции	От Швеции	От Японии
Мужчины				
1900	15,9	12,7	20,3	14,5
1965	2,3	3,0	7,2	3,2
2007*	13,8	15,9	17,3	17,6
Женщины				
1900	16,2	14,1	20,8	13,1
1965	0,5	1,4	2,8	-0,5
2007*	6,5	10,5	9,0	11,9

* Россия – 2007 г., США, Франция, Швеция и Япония – 2006 г.

Источник: Андреева О.В., Флек В.О., Соковникова Н.Ф. Аудит эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении в РФ; Анализ и результат / Под ред. В.П. Горегляда. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

Общий коэффициент смертности (число умерших от всех причин на 1000 человек) в 2008 г. составил 14,6, столько же, сколько и в 2007 г., и меньше, чем в 2006 г. (15,2) и в 2005 г. (16,1).

Тем не менее, общий коэффициент смертности остается в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах ЕС, и в 1,6 раза выше, чем в «старых» странах ЕС. Следует отметить, что в 1986 г. смертность в России была ниже, чем в «новых» странах ЕС, и такой же, как в «старых» странах ЕС; общий коэффициент смертности в те годы в РФ равнялся 10,5.

В 2008 г. основными причинами смертности были неинфекционные заболевания: болезни системы кровообращения – 57% (1 млн 186 тыс. из 2 млн 76 тыс. умерших); новообразования – 13,9%, внешние причины – 11,8%, болезни органов пищеварения – 4,3%, болезни органов дыхания – 3,8%.

В РФ наблюдается существенное неравенство различных категорий населения по показателям ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и смертности. Например, в Читинской, Амурской и Сахалинской областях показатель ОПЖ был на 5–7 лет ниже, чем средний по России. Коэффициент общей смертности в ряде областей (Новгородской, Владимирской, Рязанской, Брянской, Курской) в 1,5 раза выше, чем в среднем по России. Ожидаемая продолжительность жизни сельского населения оказалась в 2007 г. ниже, чем городского, на 2,6 года, а смертность – выше почти на

20%. При этом разница в ожидаемой продолжительности жизни населения в городе и на селе возросла с 1986 г. на 1,4 года (в 1986 г. эта разница составляла чуть более одного года). Связано это как с поведенческими факторами (употребление алкоголя), так и с меньшей доступностью медицинской помощи в сельской местности.

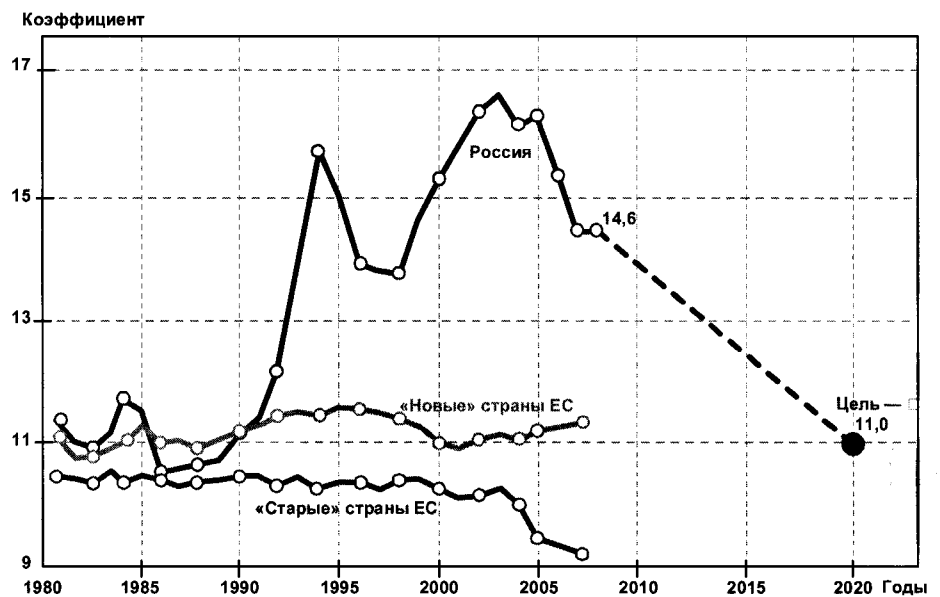


Рис. 2. Общий коэффициент смертности населения (на 1000 населения)

Демографическая ситуация в стране усугубляется сокращением рождаемости (число родившихся живыми на 1000 населения в год). В нашей стране в период с 1987 по 1999 г. коэффициент рождаемости уменьшился более чем в 2 раза (с 17,2 до 8,3), однако в 2007–2008 гг. он заметно вырос и достиг соответственно 11,3 и 12,1 (в 2006 г. — 10,4, 2005 г. — 10,2), превысив данный показатель в странах ЕС. Во многом эта положительная динамика связана не только с увеличением числа женщин детородного возраста, но и с демографической политикой и с мероприятиями, реализованными в национальном проекте «Здоровье» в 2006–2008 гг.

Динамика изменения возрастной структуры населения России характеризуется уменьшением числа лиц молодого возраста и ростом возрастной группы 60 лет и старше. Причины этого кроются в низком за последние 15 лет коэффициенте рождаемости и более высоких его показателях в 70–80-е годы прошлого столетия. 20 лет назад дети в возрасте до 15 лет составляли около 25% населения России, а на долю лиц 60 лет и старше приходилось 14%. Сейчас доля детей до 15 лет снизилась до 16%, а доля лиц 60 лет и старше возросла до 21%.

На рисунке 3 показана динамика естественного движения населения¹ России. Видно, что в 1991 г. число умерших превысило число родившихся; в период до 2005 г. это превышение в среднем составляло 690–940 тыс. человек, или 0,48–0,66% от всего населения страны, и только в 2007 и 2008 гг. эта величина снизилась соответственно до 470 и 362 тыс., или до 0,3 и 0,26%.

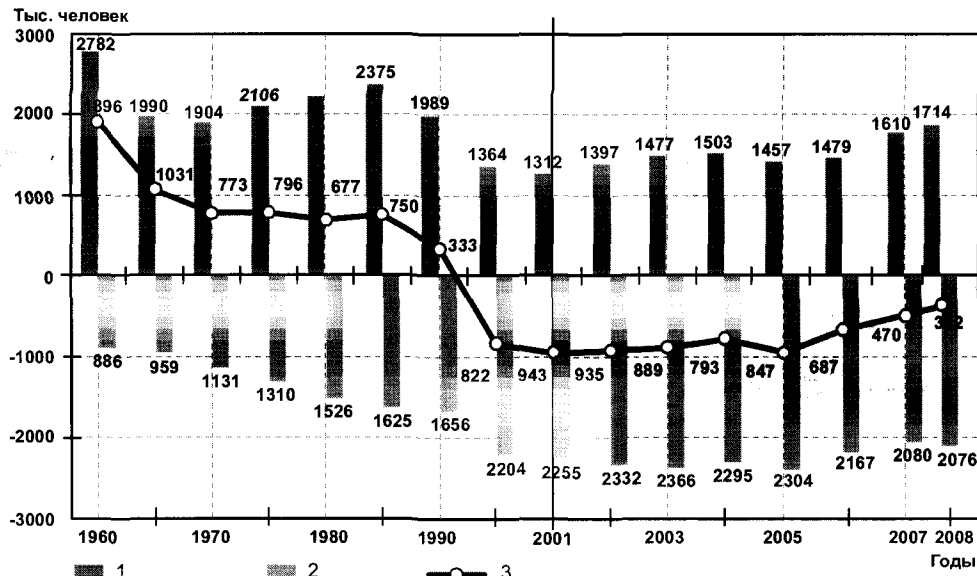
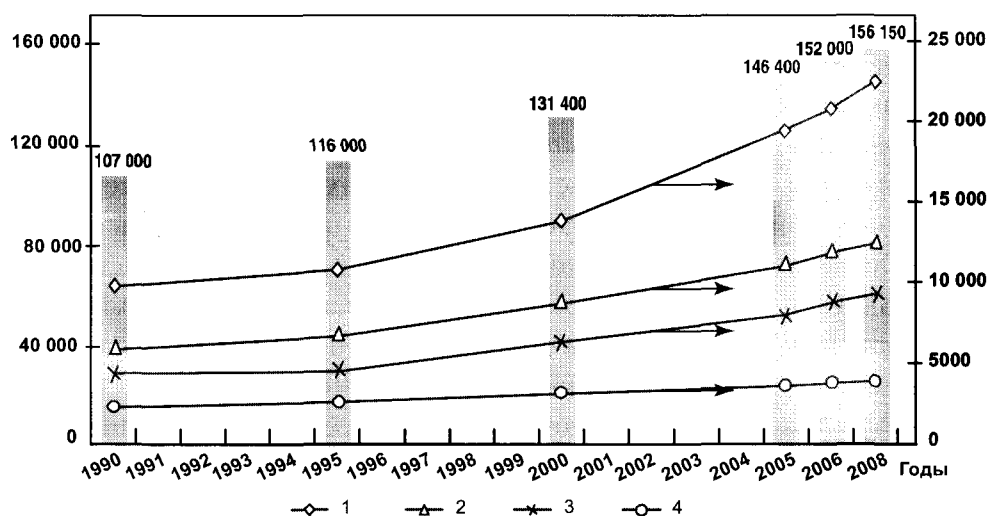


Рис. 3. показатели естественного движения населения России
1 – родившиеся; 2 – умершие; 3 – естественный прирост

Заболееваемость и инвалидность населения. Всего в 1990 г. было зарегистрировано (выявлено) 158,3 млн случаев заболеваний, в 2008 г. – 221,7 млн, т.е. рост составил 40% (а в пересчете на 100 тыс. населения заболеваемость увеличилась на 46%). Наблюдаемый рост заболеваемости коррелирует с ростом смертности населения за этот период.

На рисунке 4 представлена общая заболеваемость (столбцы) и структура заболеваемости по основным классам болезней (кривые) в динамике.

¹ Обобщенное название совокупности рождений и смертей, изменяющих численность населения так называемым естественным путем.



1 – болезни системы кровообращения; 2 – болезни костно-мышечной системы; 3 – осложнения беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. женщин в возрасте 15–49 лет; 4 – новообразования.

Рис. 4. Общая заболеваемость в РФ на 100 тыс. населения в 2008 г. (всего населения и по классам болезней)

Инвалидность в нашей стране с 1990 по 2006 г. не уменьшается, в том числе не уменьшается доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанных инвалидами, которая составляет не менее 40%. Всего на 1 января 2008 г. зарегистрированы 13,104 млн инвалидов, или 9,2% населения. В последние годы в структуре первичной инвалидности преобладают заболевания системы кровообращения (48%), а также злокачественные новообразования (15,5%).

Производственный травматизм и профессиональные заболевания. Хотя общий производственный травматизм в РФ начиная с 1990 г. постоянно снижается и составил в 2007 г. 2,7 случая на 1000 работающих¹ (всего 66 тыс. случаев), число пострадавших при несчастных случаях на производстве со смертельным исходом остается высоким и составляет 0,129 на 1000 работающих (или 2,1 на 100 тыс. населения, по данным ВОЗ, 2008)². При этом российский показатель травматизма на производ-

¹ Расчет показателя сделан по наиболее травмоопасным отраслям экономики (обрабатывающие отрасли, добыча полезных ископаемых, транспорт, строительство).

² ВОЗ регистрирует травматизм в расчете на 100 тыс. населения. Сопоставления общего производственного травматизма между странами затруднены вследствие различий в системе учета; более объективным показателем является сравнение числа пострадавших на производстве от несчастных случаев со смертельным исходом.

стве со смертельным исходом в 1,8 раза превышает аналогичный показатель в «старых» странах ЕС и в 1,3 раза – в «новых» странах.

Таким образом, **анализ демографии и состояния здоровья населения позволил выявить серьезные проблемы – большинство показателей хуже, чем в «новых» и «старых» странах ЕС, и хуже, чем были в Советском Союзе в 1985–1990 гг.** Низкие показатели рождаемости и высокие показатели младенческой смертности в РФ свидетельствуют о том, что одним из приоритетов в политике здравоохранения должна стать охрана здоровья детей и женщин детородного возраста. Неуклонный рост доли пожилого населения диктует необходимость развития медико-социальной службы или услуг по длительному уходу за пожилыми пациентами и инвалидами, не способными к самообслуживанию. Существенное неравенство в показателях здоровья между жителями различных субъектов РФ, сельским и городским населением требует от системы здравоохранения мер, направленных на выравнивание финансовых и материально-технических условий оказания медицинской помощи.

Факторы, повлиявшие на ухудшение здоровья населения РФ. Из факторов, повлиявших на ухудшение здоровья населения РФ в период с 1990 по 2008 г., преимущественную роль сыграли нездоровый образ жизни, а именно высокая распространенность алкоголизма, табакокурения и наркомании среди населения страны, а также плохие условия труда на производстве. Еще одна важная причина сложившейся ситуации – отсутствие государственной политики, направленной на улучшение здоровья населения, в том числе недофинансирование государственной системы здравоохранения (подробно анализируется в разделе «Состояние и деятельность системы здравоохранения РФ»).

В России в 2002 г., по данным ВОЗ¹, четыре фактора риска развития хронических заболеваний (высокое артериальное давление и уровень холестерина в сыворотке крови, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя) суммарно составили 87,5% в общей смертности в стране и 58,5% – в количестве лет жизни с утратой трудоспособности². При этом на 1-м месте по влиянию на количество лет жизни с утратой трудоспособности стоит злоупотребление алкоголем (16,5%). Согласно экспер-

¹ Preventing Chronic Diseases: a vital investment. – Geneva, WHO, 2005. – 128 p.

² Количество лет жизни с утратой трудоспособности – обобщающий показатель здоровья населения, учитывающий смертность, заболеваемость и степень утраты трудоспособности.

ным оценкам, за последние 6 лет относительные показатели изменились мало.

Злоупотребление алкоголем – важнейшая проблема общественного здоровья в России. По данным Роспотребнадзора, с 1990 по 2006 г. потребление алкоголя на душу населения в РФ выросло не менее чем в 2,5 раза. В основном это произошло за счет увеличения потребления пива (в структуре продажи алкогольных напитков доля пива возросла с 59% в 1990 г. до 76% в 2006 г.). Ежедневно в РФ пьют алкогольные напитки (включая пиво) 33% юношей и 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин. По данным РМЭЗ¹, в 2002 г. потребление алкоголя в стране составило у мужчин, женщин и подростков соответственно 14,5; 2,4 и 1,1 л в год в пересчете на чистый спирт, или в среднем около 11–13 л в год на душу взрослого населения (по данным Роспотребнадзора – 18 л). В странах ОЭСР в среднем и в США уровень употребления алкоголя практически в 2 раза меньше.

В России потребление табака с 1985 по 2006 г. увеличилось на 87%, в основном за счет женщин и подростков. Сегодня в нашей стране курят более 40 млн человек: 63% мужчин и 30% женщин, 40% юношей и 7% девушек. Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет в РФ составляет более 50%, что в 2 раза выше, чем в среднем по странам ОЭСР.

С 1995 г. число лиц, зарегистрированных в медицинских и профилактических организациях с диагнозом наркотической зависимости, увеличилось в 5 раз и составило в 2007 г. 353 тыс. человек. С учетом числа зарегистрированных в учетных списках различных общественных организаций (340 тыс. человек) общее число употребляющих наркотики может составлять более 600 тыс. человек. Ежегодно регистрируют около 30 тыс. впервые выявленных случаев заболевания наркоманией и токсикоманией, из них более 850 случаев – среди подростков.

Межведомственные программы по охране здоровья. В нашей стране со времен антиалкогольной кампании (1985–1987 гг.) никаких существенных действий в этом направлении не предпринималось. Сама антиалкогольная кампания (несмотря на ее некоторые организационные не-

¹ РМЭЗ – Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения.

достатки) оказалась эффективной. По данным А.В. Немцова¹, реальное потребление алкоголя во время этой кампании сократилось почти на 27%, что за 3 года привело к увеличению продолжительности жизни мужчин на 3,2 года и женщин – на 1,3 года.

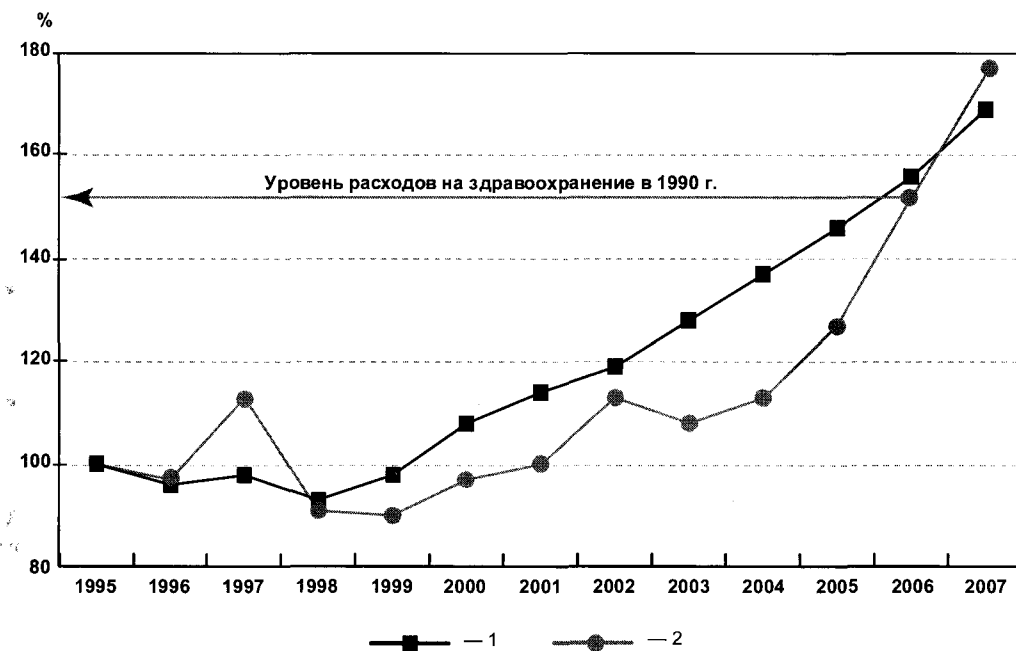


Рис. 5. Изменение ВВП и государственных расходов на здравоохранение РФ в постоянных ценах (1995 г. – 100%):
1 – прирост ВВП; 2 – прирост расходов на ВВП

На рисунке 5 представлен темп изменения (прироста/спада) ВВП и государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах (за 100% принят 1995 г.). С 1998 по 2007 г. среднегодовой темп роста ВВП составил 7% (в сопоставимых ценах по отношению к предыдущему году). А ежегодный темп роста государственных расходов на здравоохранение с 1998 по 2005 г. в среднем отставал от темпов роста ВВП почти в 2 раза. Расходы на здравоохранение в сопоставимых ценах падали с 1990 г.

¹ Немцов А.В. Алкогольная история России. Новейший период. – М.: Либроком, 2009. – 320 с.

вплоть до 1999 г. и достигли уровня 1990 г. только в 2006 г.¹. В этот период определенное улучшение экономических условий в стране не трансформировалось в заметный рост государственного финансирования здравоохранения. И только с началом реализации Программы дополнительного лекарственного обеспечения льготных групп населения (ДЛО) в 2005 г. и приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье» в 2006 г. темп роста расходов на здравоохранение начал опережать темп роста ВВП.

Состояние и деятельность системы здравоохранения РФ. Государственная система здравоохранения в РФ сегодня устроена следующим образом:

- по способу финансирования сложилась смешанная бюджетно-страховая модель;
- по системе организации медицинской помощи она носит отдельные черты модели Н.А. Семашко, существовавшей в Советском Союзе;
- по управлению – разделена на 3 уровня (федеральный, региональный и муниципальный);
- по форме собственности поставщиков медицинских услуг, участвующих в реализации ПГГ (Программа государственных гарантий), выделены 3 ее вида: государственная (федеральная и региональная), муниципальная и частная. Отраслевая (ведомственная) медицинская служба осталась или в федеральной собственности (например, медицинская служба Министерства обороны), или стала частной в результате изменения формы собственности ведомств, которым она ранее принадлежала (например, медицинская служба ОАО «РЖД»).

Финансирование здравоохранения. В РФ государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП (т.е. относительные расходы) составляют 3,7%, что в 1,8 раза ниже, чем в среднем в странах ОЭСР – 6,6% ВВП (рис. 6).

¹ Всемирный банк. Dying Too Young: Addressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non Communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation. – Europe and Central Asia Human Development Department / The World Bank. – 2005. – 147 p.

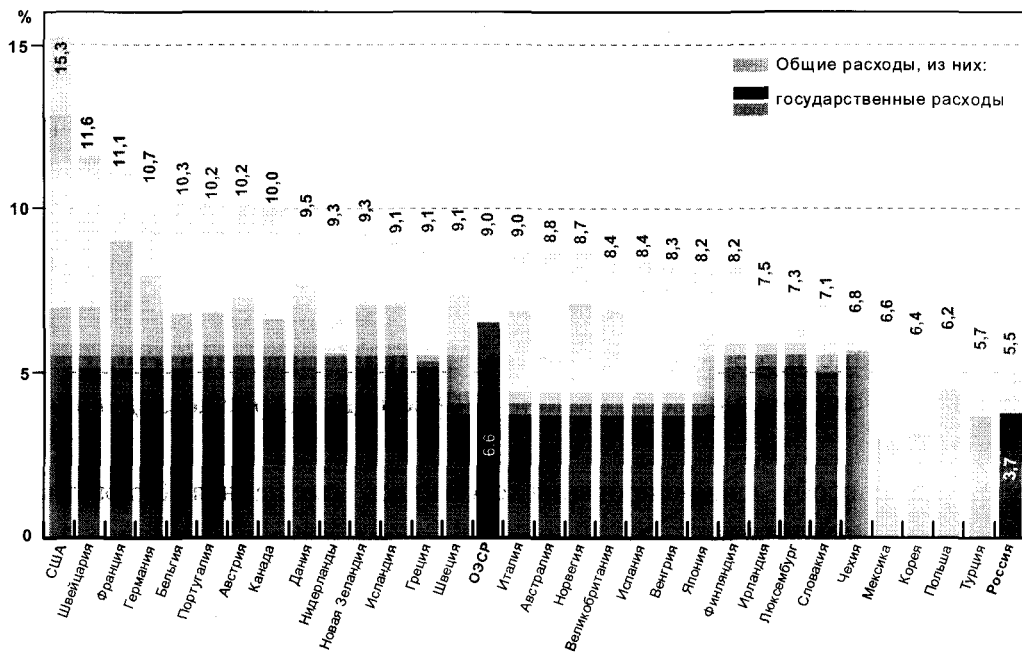


Рис. 6. Общие и государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП в разных странах

На рисунке 7 отображены общие и государственные расходы на здравоохранение в 2007 г. в абсолютных показателях – в дол. по ППС (т.е. оцененные по паритету покупательной способности доллара США)¹, на душу населения в год. Видно, что в России на 1 человека из государственных источников тратится 577 дол. по ППС², что в 3,8 раза меньше, чем в среднем в странах ОЭСР (и в 1,5–2 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС).

Даже при существенно меньших по сравнению с развитыми странами финансовых нормативах ПГГ (577 дол. по ППС против 2200 дол. по ППС) в 2007 г. в 70% субъектов РФ (60 из 83) эта программа не была исполнена – недофинансирование по сравнению с федеральным нормативом составило 65,4 млрд руб. В 2008 г. объем дефицита ПГГ в 49 субъектах РФ составил 42,8 млрд руб. И эта проблема недофинансирования ПГГ

¹ ППС (паритет покупательной способности) представляет собой количество единиц валюты, необходимое для покупки стандартного набора товаров и услуг, который можно приобрести за одну денежную единицу базовой страны (долл. США). В 2007 г. стоимость 1 дол. по ППС – 15 руб.

² Всего в РФ на здравоохранение в 2007 г. из всех источников было потрачено 1810 млрд руб., из них государственных – 1230 млрд руб. (Росстат, 2008).

наблюдается в большинстве субъектов РФ, ежегодно, начиная с 1999 г., что свидетельствует как о постоянной нехватке средств в субъектах РФ, так и о неэффективности существующего механизма выравнивания ПГГ из Федерального Фонда обязательного медицинского страхования и федерального бюджета.

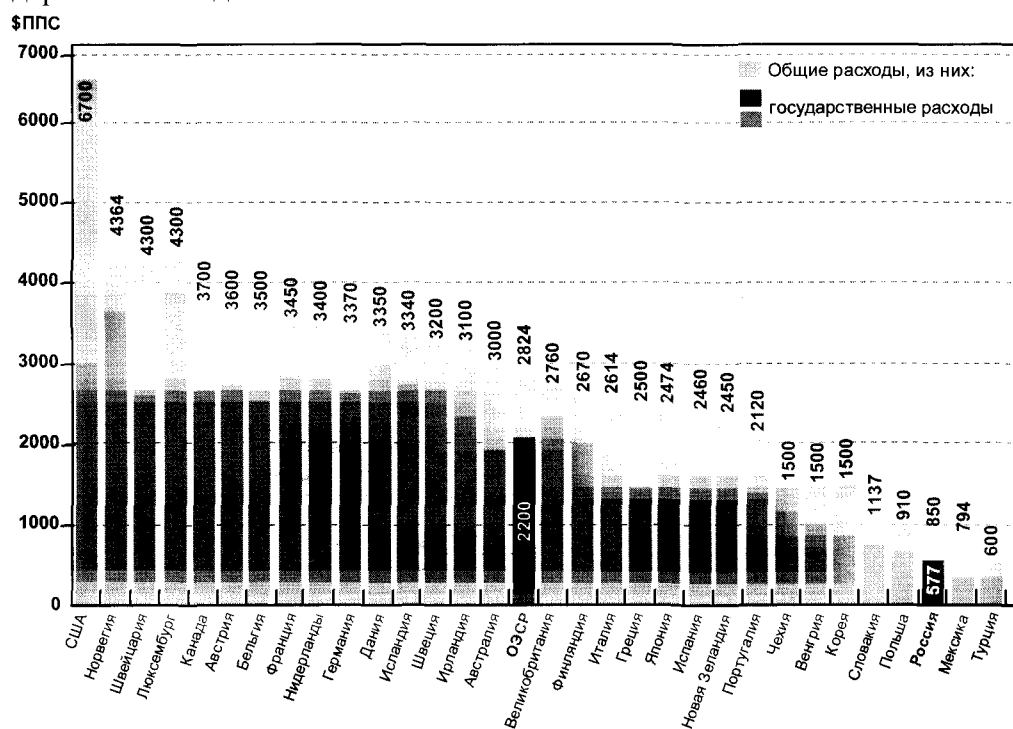


Рис. 7. Общие и государственные подушевые расходы на здравоохранение в год в разных странах

Вместе с тем имеется зависимость между государственным финансированием здравоохранения и показателями здоровья населения.

На рисунках 8 и 9 представлена зависимость показателей здоровья населения от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год. Видно, что при государственных расходах на душу населения в диапазоне от 0 до 1500 дол. по ППС существует прямо пропорциональная зависимость ожидаемой продолжительности жизни и общего коэффициента смертности от этих расходов. Как видно из этих рисунков, для достижения ожидаемой продолжительности жизни в 73 и 75 лет и общего коэффициента смертности 11,0 и 10,0 необходимо, чтобы подушевые государственные расходы на здравоохранение были соответственно не менее чем 1100-1200 дол. по ППС.

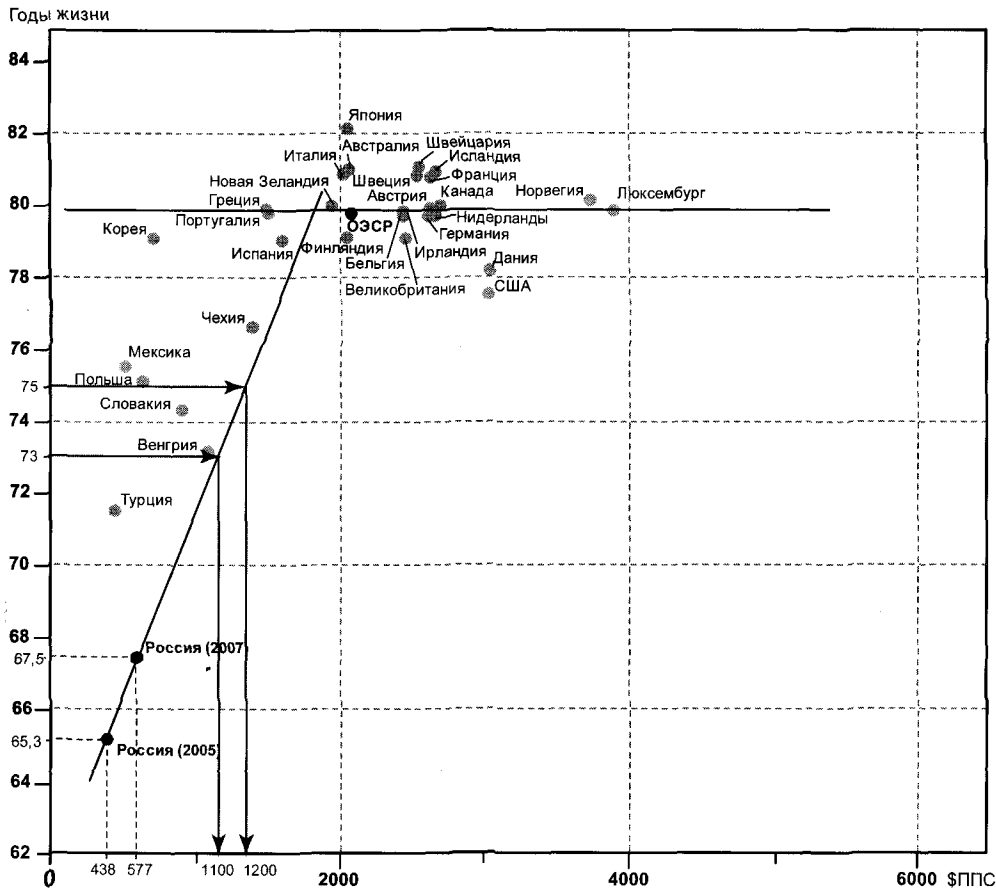


Рис. 8. Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год, дол. по ППС

Следует отметить, что даже небольшое увеличение финансирования здравоохранения в рамках ПНП «Здоровье» позволило достичь заметных позитивных сдвигов как в ожидаемой продолжительности жизни, так и в снижении общего коэффициента смертности населения страны.

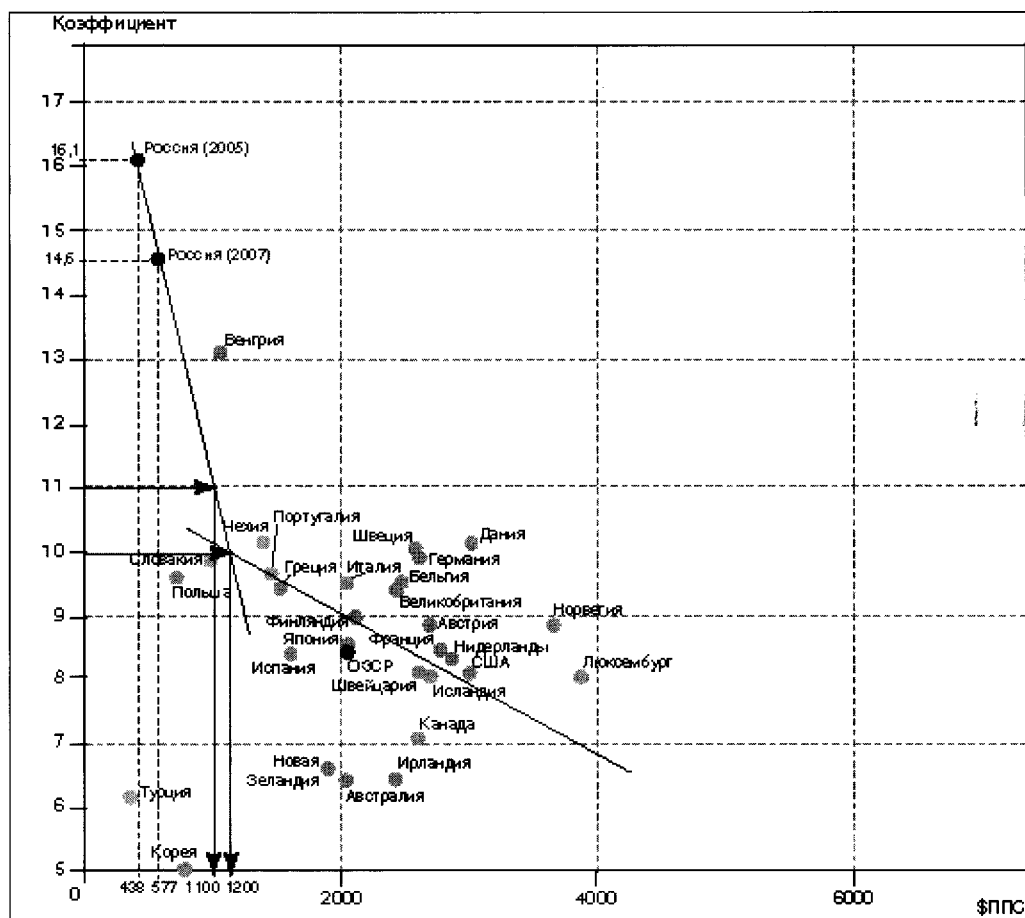


Рис. 9. Общий коэффициент смертности в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год, дол. по ППС

Аналогичная зависимость выявлена между подушевыми расходами на территориальную программу государственных гарантий (ТПГГ) в год и уровнем смертности в разных субъектах РФ¹, причем прослеживается она с уровня подушевого финансирования более чем 4,2 тыс. руб. в год.

Уровень подушевого финансирования здравоохранения в регионе менее 4,2 тыс. руб. настолько мал, что он уже перестает влиять на общий коэффициент смертности в этом регионе. Это подтверждает тезис о необходимости увеличения финансирования здравоохранения в регионах России в 2–3 раза, чтобы достичь к 2020 г. значения общего коэффициента смертности равного 11,0.

¹ Для сравнения отобраны 49 субъектов РФ со схожими климатическими условиями проживания и возрастной структурой населения из следующих федеральных округов: Приволжского, Центрального, Северо-Западного, Уральского и Южного.

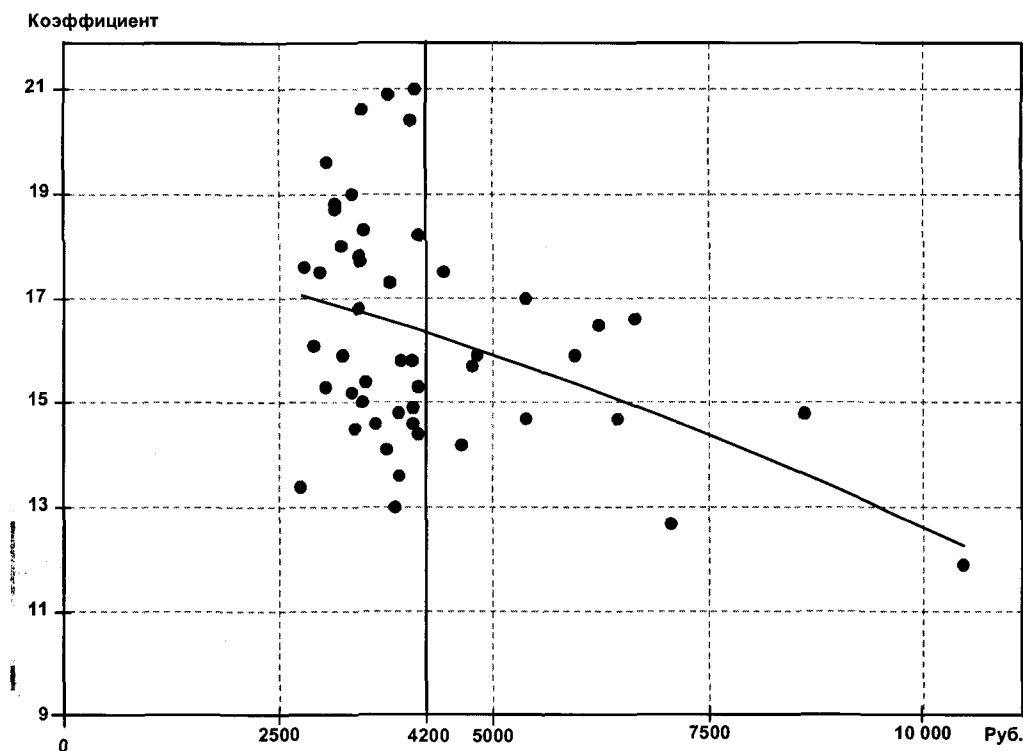


Рис. 10. Зависимость между подушевыми расходами на ПГГ в год и общим коэффициентом смертности в 49 субъектах РФ (2007 г.)

В РФ частные расходы (расходы населения) на медицинскую помощь составляют 32% от общих расходов на здравоохранение. Они выше, чем в развитых странах, в которых они составляют в среднем 27%. Эти расходы складываются из личных расходов населения на платные медицинские услуги, ЛС, санаторно-курортные услуги, а также взносы населения и работодателей на ДМС. Большая доля расходов населения на медицинские услуги в РФ свидетельствует о недофинансировании здравоохранения из государственных источников.

Расходы на лекарственные средства (без учета расходов на ЛС в стационарах) в России составляют 23% от совокупного объема средств на здравоохранение; в развитых странах – примерно столько же (21%). Однако в РФ в абсолютных величинах эти значения очень малы.

В 2007 г. в РФ общие подушевые расходы на ЛС в амбулаторных условиях в год составили около 190 дол. по ППС, при этом из государственных источников покрывается только 24% (45 дол. по ППС). В странах ОЭСР общие подушевые затраты на ЛС в амбулаторных условиях в 2,2

раза больше (413 дол. по ППС). Из государственных источников за рубежом покрывается 60% расходов (250 дол. по ППС), что в 5,5 раза больше, чем в РФ (45 дол. по ППС). В относительных показателях (доле ВВП) государственные расходы на ЛС в РФ составляют 0,3%, в развитых странах в 3 раза больше – 0,9%.

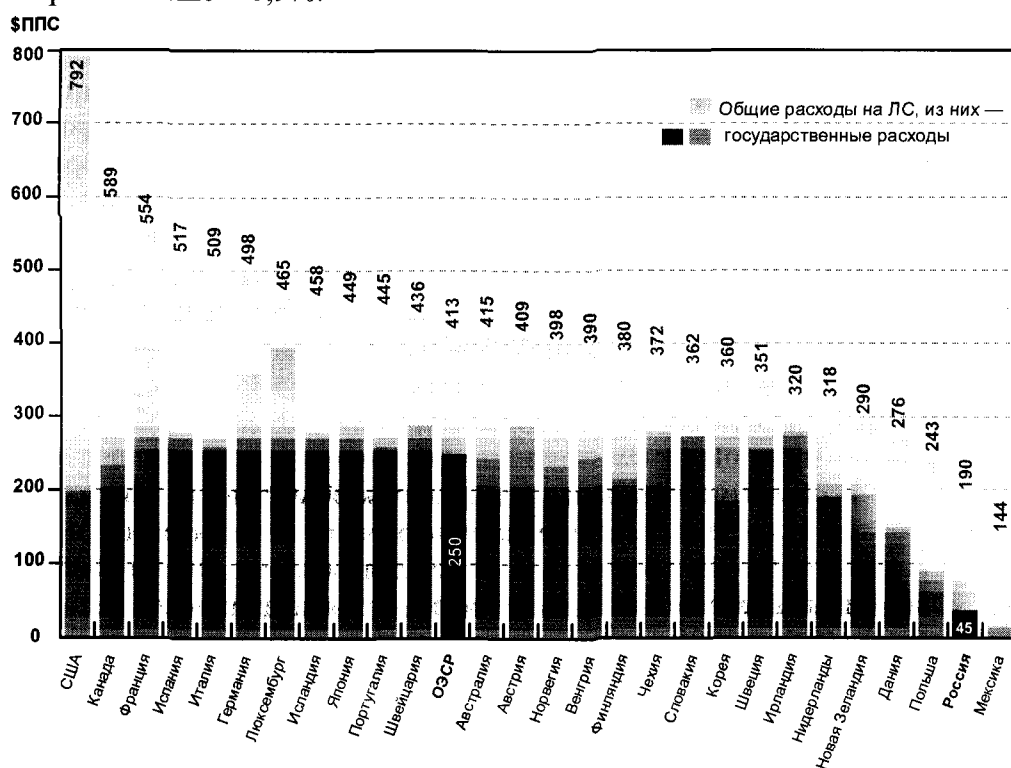


Рис. 11. Подушевые расходы на ЛС, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников (по рецепту врача) в год

Следует отметить, что доля отечественных препаратов в государственных закупках ЛС составляет около 5%. Все это свидетельствует о значительном государственном недофинансировании расходов на ЛС, что снижает доступность современных ЛС для населения, увеличивает нагрузку на стационарное лечение и повышает финансовое бремя расходов населения на лекарства.

Тарифы на медицинские услуги в РФ устанавливаются исходя из всех имеющихся средств на ППГ и запланированных объемов медицинской по-

мощи, а не из необходимости выполнения медицинской помощи, соответствующей современным международным стандартам. При сравнении тарифов на медицинские услуги, сложившихся в государственных и муниципальных МО, с аналогичными в развитых странах ЕС прослеживается та же тенденция, что и при сравнении уровней общего государственного финансирования здравоохранения – **расходы по лечению отдельных заболеваний в РФ в среднем в 4 раза ниже, чем в этих странах.**

Кадровые и материально-технические ресурсы системы здравоохранения и эффективность их использования¹. В 2008 г. число работников, занятых в здравоохранении, составляло 3,68 млн человек². Врачей всех специальностей было 704 тыс., или 5 врачей на 1000 населения. Обеспеченность врачами на 1000 населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов (это необходимо для проведения международных сравнений) составила 4,3; что в 1,4 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 врача на 1000 населения. Однако в РФ заболеваемость и смертность населения выше, чем в странах ОЭСР, поэтому тезис об избытке врачей в России является необоснованным.

Особо необходимо отметить, что в сельской местности обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом значительно ниже, чем в среднем по РФ. Для врачей она ниже почти в 4 раза (1,2 на 1000 человек, проживающих в сельской местности), а для медицинских сестер – ниже в 2 раза (5,5 на 1000 человек, проживающих в сельской местности).

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала в РФ составляет 1 : 2,4, тогда как в развитых странах оно в среднем равняется 1 : 2,9. В государственной системе здравоохранения наблюдается крайне неоптимальное соотношение между врачами первичного контакта (участковыми педиатрами и терапевтами, ВОП) и врачами-специалистами. Это отношение в РФ составляет 1 : 6³ и значительно выше, чем в странах ОЭСР, где оно равняется 1 : 2. Это означает, что обеспеченность врачами первичного контакта в РФ в 1,7 раза ниже, чем в развитых странах.

Сегодня престиж медицинской профессии – врача, медицинской сестры, фельдшера, научного работника, по оценкам самих медицинских работников, один из самых низких за всю историю здравоохранения в нашей стране. Низкий престиж профессии и слабая мотивация к качест-

¹ В подготовке раздела использованы данные Росстата, 2008-2009 гг.

² Без учета занятых в предоставлении социальных услуг, ветеринарной деятельности, производстве фармацевтической продукции и медицинской техники.

³ Рассчитано по врачам, работающим в государственной и муниципальной системе здравоохранения. Всего в первичном звене, по данным Росздравнадзора, работает 73,4 тыс. врачей.

венному труду медицинских работников обусловлены крайне низкой заработной платой, которая не компенсирует им высокую ответственность, тяжелый и небезопасный труд.

Так, в 2008 г. среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников составила 13 тыс. руб., что в 1,3 раза ниже, чем в среднем по РФ, в 2,5 раза ниже, чем в добывающих отраслях промышленности, и в 1,6 раза – чем в государственном управлении. В Советском Союзе заработная плата медицинских работников была близка к средней зарплате по стране. Сегодня заработная плата врачей в странах ЕС, например в Германии, в 3–5 раз превышает заработную плату рабочих и в 2 раза – служащих¹.

В РФ в 2008 г. общее число больничных коек составило 1,4 млн, или 9,8 на 1000 населения. Из них число коек интенсивного лечения² составляет 6,5 на 1000 населения (без учета коек восстановительного лечения и предназначенных для длительного ухода)³. Это один из самых высоких показателей в мире. В развитых странах эта величина в среднем равняется 3,9. Из общего числа всех больничных коек в РФ доля коек для восстановительного лечения и реабилитации очень мала. По разным оценкам, их общее число – менее 50 тыс., или 0,35 на 1000 населения.

Обеспеченность койками длительного ухода (включая койки для граждан пожилого возраста и инвалидов, в том числе детей-инвалидов) в РФ в 2 раза ниже, чем в странах ОЭСР (соответственно 4 и 8 на 1000 населения).

Средние показатели оснащенности коечным фондом в стране затуманивают ситуацию по резкому ухудшению обеспеченности койками в сельской местности. За последние 12 лет обеспеченность коечным фондом сельского населения уменьшилась на 58% (с 71,5 в 1995 г. до 45,1 в 2008 г. в расчете на 10 тыс. населения). Произошло это преимущественно за счет сокращения числа коек в районных и участковых больницах. Одновременно в 3,2 раза сократилось и число амбулаторно-поликлинических учреждений (с 9217 до 2871)⁴. Мощность этих учреждений в расчете на 10 тыс. населения за этот же период упала на 20%. Все это вкуче с дефицитом кадров в сельской местности и увеличением забо-

¹ Системы здравоохранения: время перемен. Германия / Р. Буссе, А. Разберг. – Копенгаген, ВОЗ, 2004. – 232 с.; A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century. – WHO: Geneva, 2007. – 72 p.

² Под койками интенсивного лечения подразумеваются койки, требующие круглосуточного врачебного наблюдения за больными.

³ Общее число коек интенсивного лечения составляет около 0,93 млн (без коек: общих туберкулезных, наркологических, психиатрических и восстановительного лечения).

⁴ Данные Росстата (2008 г.) и Минздравсоцразвития (2008 г.).

леваемости населения существенно снижает доступность медицинской помощи сельским жителям.

Модель организации медицинской помощи населению. Сегодня практически все страны признали, что лучшая модель организации медицинской помощи – та, в которой акцент сделан на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) и координацию медицинской помощи врачами первичного звена. Доказано, что хорошо развитая ПМСП в амбулаторных условиях способствует снижению смертности и заболеваемости населения и, в отличие от специализированной медицинской помощи, она способствует ликвидации неравенства в показателях здоровья разных групп населения¹. Более того, ПМСП является наиболее экономически эффективным вложением средств в здравоохранение².

С этой точки зрения лучшая модель организации медицинской помощи была в Советском Союзе – стройная, простая, понятная для населения и медицинских работников: участковый (территориальный) принцип прикрепления населения к врачу или фельдшеру первичного звена; четкие этапы и уровни³ в движении больных, координация медицинской помощи участковыми врачами. Одно из лучших достижений в организации советской медицины – это поликлиники, где пациенты в одном месте могли получать интегрированную медицинскую помощь: прием у участковых врачей, консультации специалистов, диагностические обследования. Медицинская помощь, оказываемая пациентам в поликлиниках, была комплексной и включала профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, неотложную медицинскую помощь, реабилитацию и восстановление.

Важнейшим достижением советской медицины также является наличие самостоятельной педиатрической службы. Растущий детский организм существенно отличается от взрослого и соответственно требует других подходов в диагностике и лечении, других знаний и другой подготовки врачей. Участковые врачи-педиатры и участковые врачи-терапевты наблюдали своих пациентов долгие годы, и обоснованно можно считать,

¹ Starfield B. et al. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. – Baltimore: Blackwell Publishing, 2005. – Vol. 83. – No. 3. – P. 457–502.; Starfield B. New paradigms for quality in primary care // British Journal of General Practice. – 2001. – Vol. 51. – P. 303–309.

² Сегодня актуальнее, чем когда-либо: первичная медико-санитарная помощь/ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008. – Женева: ВОЗ, 2008. – 125 с.

³ Под этапом оказания медицинской помощи понимается оказание ее по территориальному принципу расположения объектов (учреждений) здравоохранения: для села – это сельский врачебный участок и его медицинские учреждения, ЦРБ и областная больница; для города – поликлиника, городская больница и специализированная больница (диспансер). Под уровнем понимается сложность технологии оказания медицинской помощи – и их три: первичный, специализированный и высокотехнологичный.

что оказываемая ими медицинская помощь была ориентирована на пациента и в определенной степени на его семью.

Именно таких характеристик ПМСП (после долгих лет индивидуальной работы ВОП и семейных врачей, а также существования свободного выбора пациентом врача-специалиста) добиваются сегодня наши зарубежные коллеги: интегрированность, комплексность, ориентированность на пациента, координация медицинской помощи на уровне врача первичного звена. Для реализации характеристик интегрированности и комплексности медицинской помощи населению врачи объединяются в междисциплинарные бригады, практики, ассоциации, фонды (Великобритания, Новая Зеландия, Австралия). В США правительство активно пропагандирует и поддерживает создание «медицинских домов»¹. Во многих таких объединениях дополнительными медицинскими работниками являются психотерапевты и медико-социальные работники (США, Австралия, Новая Зеландия), консультанты по вопросам психического здоровья (Великобритания).

Сегодня в России многие характеристики этой модели медицинской помощи утрачены, поэтому необходимо сосредоточиться на сохранении и адаптации к современным условиям лучших характеристик сложившейся в советский период системы организации медицинской помощи по принципам Н.А. Семашко. А именно: усилить роль первичного звена здравоохранения, в том числе сконцентрировать внимание на совершенствовании работы существующих поликлиник, укомплектовании их медицинскими кадрами, расширении профессиональной компетенции участковых врачей и участковых медицинских сестер; на повышении их квалификации. Не допустить разрушения фельдшерско-акушерской службы в сельской местности и, где это оправданно, создавать условия для работы ВОП (например, в сельской местности) при условии сохранения педиатрической службы. Способствовать восстановлению производственной и школьной медицины.

¹ Задачи «медицинского дома» – координация медицинской помощи пациентам, акцент на первую профилактику и управление хроническими заболеваниями, наблюдение за пациентом после выписки из стационара. Координация осуществляется, в том числе, благодаря внедрению электронных историй болезней. Для обеспечения деятельности этих команд предусмотрены методы оплаты, мотивирующие врачей заниматься профилактикой заболеваний и координацией медицинской помощи (метод оплаты смешанный: подушевой + за услуги и оплата за результат). Оплата «медицинских домов» включена в большинство программ государственного и добровольного страхования.

Внешние вызовы системе здравоохранения РФ до 2020 г. и ожидания заинтересованных сторон. Главными внешними вызовами системе здравоохранения в период до 2020 г. будут:

- демографические и эпидемиологические (высокая смертность от неинфекционных заболеваний, сокращение численности граждан трудоспособного возраста, особенно мужчин, и увеличение доли пожилого населения);

- экономические (влияние экономического кризиса, дефицит рабочей силы и необходимость продления пенсионного возраста);

- социальные (усиление дифференциации регионов и доходов населения, увеличение расслоения по доходам регионов и населения страны, нарастание бедности).

Прогнозируемое снижение числа лиц трудоспособного возраста вместе с высокими показателями заболеваемости и смертности этой категории населения могут уже с 2011 г. привести к дефициту рабочей силы. Предложения экспертов по компенсации этого дефицита путем продления пенсионного возраста логичны, но не могут быть реализованы, поскольку сегодня до 65 лет доживают менее 50% мужчин (рис.12). Именно поэтому важнейшим условием реализации названного предложения являются увеличение продолжительности жизни и улучшение здоровья мужчин трудоспособного возраста.

На рисунке 12 показано, что если к 2020 г. продлить ОПЖ мужчин на 5 лет, то до 65 лет (минимального пенсионного возраста, принятого во всех развитых странах) будут доживать уже почти 60% мужчин (II вариант кривой), а не 48%, как сегодня (I вариант кривой).

При формировании Стратегии необходимо учесть все эти вызовы, а также: ожидания заинтересованных сторон, главными из которых являются: для пациентов – существенное повышение качества медицинской помощи, вежливость и внимание медицинского персонала, снижение очереди на получение медицинской помощи и снижение платности медицинских услуг; для медицинских работников – увеличение заработной платы и ее дифференциация в зависимости от интенсивности и качества труда, а также расширение возможностей для непрерывного повышения квалификации.

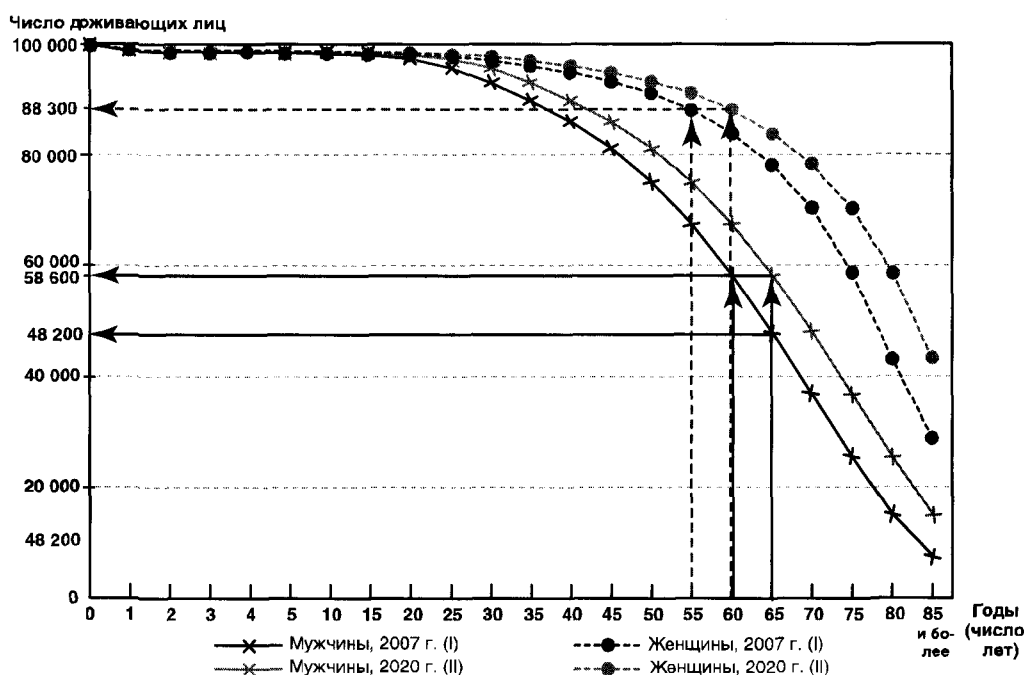


Рис. 12. Зависимость числа доживающих до определенного возраста от величины самого возраста жизни по 2 вариантам: I вариант – 2007 г.; II вариант – 2020 г. (при условии увеличения ОПЖ на 5 лет)

Уроки приоритетного национального проекта «Здоровье». С 2006 г. под патронажем президента РФ начали реализовываться приоритетные национальные проекты: «Образование», «Доступное жилье», «Развитие агропромышленного комплекса» и «Здоровье». Наиболее масштабным и значимым являлся ПНП «Здоровье» (который также включал дополнительные меры в области демографии). Его реализация началась с 2006 г. Направления проекта представлены на рис. 13.

ПНП «Здоровье» показал, что ежегодное дополнительное увеличение государственного финансирования здравоохранения (в среднем на 10% в год с 2006 по 2008 г.) обеспечило реальное улучшение здоровья населения РФ – ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 2,2 года; общий коэффициент смертности понизился на 10%. Ежегодное снижение смертности позволило сохранить за 3 года 540 тыс. жизней российских граждан.

Вместе с тем следует отметить и недостатки в реализации проекта – акцент был сделан на вложения в развитие высоких технологий и инфраструктурной составляющей здравоохранения. Так, закупка дорогостоящего оборудования для ЛПУ, строительство центров высоких технологий

составили 40% в общих расходах на проект. Вложения в развитие первичной медико-санитарной помощи и профилактики, которые являются наиболее экономически эффективными мерами по улучшению здоровья населения, составили только 60%. Здесь прослеживается постоянная российская тенденция – потратить максимальное количество средств на строительство новых центров и закупку дорогостоящего оборудования.

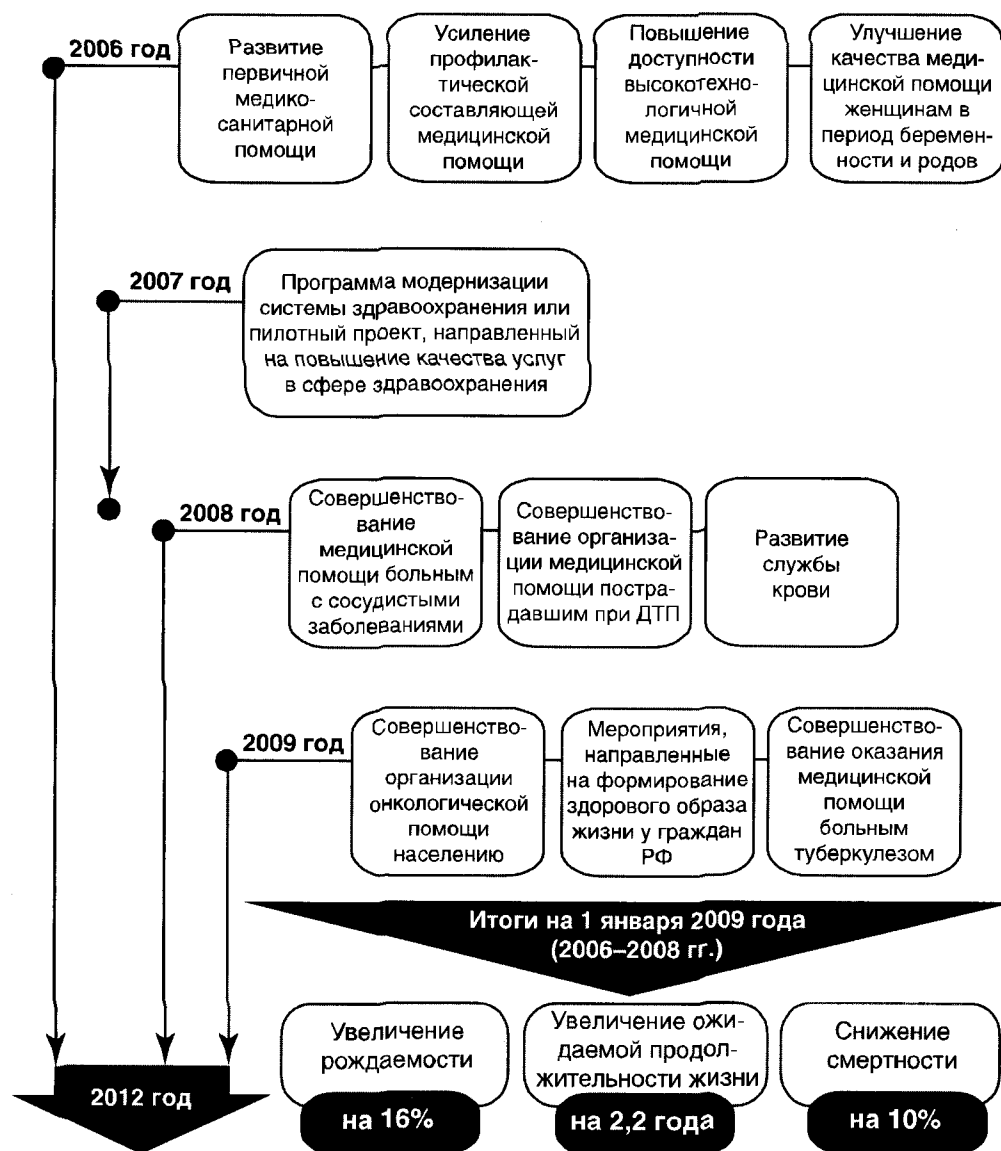


Рис. 13. Основные направления реализации ПНП «Здоровье» в 2006–2009 гг. и итоги на 1 января 2009 г.

Вложения в решение ключевых проблем здравоохранения (увеличение низкой оплаты труда медицинских работников и повышение их недостаточной квалификации), от которых определяющим образом зависит эффективность системы здравоохранения, были просто ничтожно малы и составили соответственно только 21 и 0,2% от общего объема средств ПНП «Здоровье».

Следует отметить также непрозрачность критериев отбора федеральных учреждений и субъектов РФ для оснащения дорогостоящим оборудованием и для строительства новых центров. Такое распределение необходимо проводить или на основании процедуры открытых конкурсов, или по утвержденному, например 10-летнему, плану поэтапного технического перевооружения отрасли, в котором предусмотрены интересы населения всех субъектов РФ.

Главными уроками ПНП «Здоровье» стали следующие: политическая воля – важнейший фактор, стимулирующий системные преобразования в отрасли. Увеличение финансирования здравоохранения – важнейшее условие для улучшения здоровья населения РФ. Для повышения эффективности вложений в здравоохранение необходимо широкое экспертное обсуждение и научное обоснование принимаемых решений.

Для сохранения положительной динамики в улучшении здоровья населения и достижения поставленных целей по улучшению здоровья населения к 2020 г. (а именно, увеличение ОПЖ до 73 лет и снижение смертности в 1,5 раза) необходимо продолжить основные направления национального проекта «Здоровье», интегрировав его в стратегию развития здравоохранения и поэтапно к 2014 году увеличив финансирование здравоохранения в 2 раза. Реализация стратегии должна проходить под патронажем президента РФ и правительства РФ и стать приоритетом государственной политики в сохранении и укреплении человеческого потенциала нашей страны.

Анализ предложений по реформированию здравоохранения РФ до 2020 г. Предложения ГУ-ВШЭ представлены в «Концепции модернизации российского здравоохранения на 2008–2020 гг.». В этой концепции, подготовленной в 2008 г. при участии Всемирного банка и Международного валютного фонда, изложены некоторые обоснованные предложения, такие, как увеличение объема государственного финансирования здравоохранения до 5,5–5,7% ВВП и повышение эффективности деятельности системы здравоохранения, в том числе путем развития первичной медико-санитарной помощи.

Вместе с тем механизмы, предлагаемые для решения поставленных задач недостаточны, а иногда неприемлемы для нашей страны. Например,

для обеспечения равенства регионов в финансировании ПГГ предлагается сократить различия только до 2–3 раз путем аккумуляции больших объемов средств в ФОМС. Во-первых, различия в финансовом обеспечении ПГГ (с учетом выравнивания рисков) не должны превышать 10–15% по субъектам РФ, как это имеет место в странах ЕС и ОЭСР. Во-вторых, не указано, что ликвидация этого неравенства возможна только при консолидации не менее 70–80% средств здравоохранения на национальном уровне (т.е. в ФОМС).

Некоторые предложения явно ангажированы бизнесом, например, по поощрению системы ДМС с помощью налоговых льгот работодателям и по предоставлению таких налоговых льгот бизнесу, участвующему в реализации инфраструктурных проектов. В большинстве стран ЕС политика налоговых льгот ДМС и бизнесу, участвующему в реализации медицинских услуг населению, не практикуется, поскольку известно, что предоставление таких льгот перераспределяет средства в пользу богатых и здоровых¹. Такие льготы наиболее распространены в США, Португалии и РФ. Однако в США и Португалии предоставление налоговых вычетов компенсируется общей прогрессивной шкалой налогообложения.

Необоснованны также предложения по объединению взносов ОМС и ДМС в одной СМО по единой программе страхования. Во всех без исключения странах ОЭСР, финансирующих здравоохранение по модели ОМС – это отдельная форма медицинского страхования, обязательная для всех граждан, регламентируемая государством и основанная на солидарном принципе – страховании без учета индивидуальных рисков; а ДМС – страхование по желанию, основанное на учете индивидуальных рисков.

Проект «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.», представленный Минздравсоцразвития РФ. В данном документе представлены важнейшие предложения по увеличению государственного финансирования здравоохранения, развитию системы охраны здоровья, конкретизации ПГГ и повышению квалификации медицинских кадров. Однако практически не раскрыты механизмы реализации перечисленных задач. Некоторые предложения по системе организации медицинской помощи крайне неоднозначны – например, касающиеся организации трех «самоуправляемых и конкурирующих» между собой уровней медицинской помощи, развития ПМСП преимущественно в направлении только про-

¹ Любая налоговая льгота – это скрытый бюджетный расход. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. – Европейская обсерватория по системам здравоохранения: пер. с англ. – М.: Весь Мир, 2002. – 352 с.

филактической помощи, а также создания «службы маршрутизации» больных.

Абсолютно неприемлемыми являются предложения по сокращению до 5–6 лет сроков базового медицинского образования с отменой обязательной послевузовской подготовки врачей общего профиля и врачей общей практики (ВОП). Это противоречит существующей законодательной базе¹ общемировым тенденциям по удлинению сроков обязательной послевузовской подготовки и ужесточению правил допуска к самостоятельной практической деятельности, а также интеграции российского медицинского образования с международным². Для укомплектования амбулаторно-поликлинических учреждений врачами необходимо сосредоточиться не на ускоренном выпуске врачей-недоучек, а на повышении заработной платы медицинским работникам и создании нормальных условий труда в поликлиниках. Такое «нововведение» приведет только к ухудшению качества лечения пациентов, которое и так сегодня отстает от международного уровня.

В Концепции также недостаточно освещены вопросы повышения эффективности государственного управления, механизмов государственно-частного партнерства, не представлен порядок контроля за реализацией Концепции и отчетности за полученные результаты.

Принципы формирования и цели стратегии развития здравоохранения РФ. На основании проведенного анализа можно сформулировать основные принципы и цели реализации стратегии развития здравоохранения:

- солидарность – богатый платит за бедного, здоровый за больного. Реализуется этот принцип через отчисления платежей населения и работодателей в государственную систему здравоохранения в зависимости от размера оплаты труда гражданина (в том числе через прогрессивную шкалу налогообложения) и без учета индивидуальных рисков развития заболеваний;
- равенство – обеспечение равной доступности всех жителей к одинаковому набору услуг по программе госгарантий;
- всеобщее покрытие – обеспечение медицинской помощью по ППГ всего населения;

¹ Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан № 54871 от 22 июля 1993 г. и Федеральный закон «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» № 125-ФЗ от 22 августа 1996 г.

² Peck C. et al. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons // *BMJ*. – 2000. – Vol. 320. – P. 432–435.

- справедливость – равное распределение всех общественных ресурсов здравоохранения между жителями регионов РФ и между населением города и села;
- честность и высокая компетентность руководителей на всех уровнях здравоохранения;
- открытость и публичная отчетность системы здравоохранения;
- паритет ответственности государства, работодателя и граждан в сохранении и укреплении здоровья.

Главными целями систем здравоохранения, по определению ВОЗ¹, являются: улучшение здоровья населения, ориентированность системы здравоохранения на нужды населения и достижение равенства в бремени расходов на медицинские услуги бедных и богатых категорий населения. Главные цели по улучшению здоровья населения РФ уже поставлены в правительственных документах: «Концепции демографического развития до 2025 г.» и «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г.» Это:

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни с 67,9 до 73 лет.
- снижение общего коэффициента смертности с 14,6 до 11,0.

Согласно рекомендациям ВОЗ, дополнительно необходимо поставить следующие цели:

- снижение коэффициента младенческой смертности с 9,4 до 5,0.
- повышение удовлетворенности населения медицинской помощью с 31% до 80%.
- увеличение доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение с 68% до 80%.

Следует четко понимать, что **всех этих целей невозможно достичь без удвоения государственного финансирования здравоохранения в сроки до 2014 г.**

Влияние здравоохранения на экономическое развитие страны. Прямой вклад от улучшения здоровья населения в экономику складывается из следующих составляющих: 1) снижение смертности трудоспособного населения; 2) снижение числа дней нетрудоспособности и 3) продление трудоспособного возраста населения. Ниже перечислены расчеты экономической выгоды от всех трех составляющих.

1. Если снизить коэффициент смертности трудоспособного населения с 2008 по 2020 г. в 2 раза, то сохранятся жизни 2 млн человек. Допол-

¹ Health Systems: Improving Performance. – WHO: Geneva, 2000. – 206 p.

нительный вклад в ВВП этих людей за указанный период суммарно составит 1,059 трлн руб.¹

2. Снижение числа дней нетрудоспособности в период с 2008 по 2020 г. на 25% (т.е. с 361 млн дней до 270 млн дней в год) даст дополнительный доход в ВВП в размере 1,215 трлн руб. за этот период, или 2,9% ВВП 2008 г.

На рисунке 14 представлен прогноз потерь в ВВП в зависимости от числа дней нетрудоспособности. Верхняя кривая (I вариант) – потери из-за временной нетрудоспособности работников из расчета, что количество дней нетрудоспособности останется на уровне 2008 г. (361 млн дней в год). Нижняя кривая (II вариант) – потери из-за временной нетрудоспособности из расчета, что количество дней нетрудоспособности снизится к 2020 г. на 25% по отношению к уровню 2007 г. (до 270 млн дней в год). Стоимость 1 дня нетрудоспособности оценена по ВВП. Динамика изменения ВВП представлена выше. Численность трудоспособного населения принята за константу 90 млн человек. Разница между I и II вариантами за период с 2007 по 2020 г. составит 1,215 трлн руб. Это прямой доход, которого можно достичь путем снижения числа дней нетрудоспособности на 25%.

¹ Можно посчитать этот дополнительный вклад по формуле: (средний ежегодный прирост сохраненных жизней за 13 лет – 160 тыс. человек) • (средняя стоимость жизни трудоспособного человека в год, оцененная по среднему значению ВВП за этот период – 500 тыс. руб.) • 13 лет. Динамика изменения ВВП РФ рассчитана следующим образом: 2008 г. – 41,5 трлн руб.; в 2009 г. – падение на 8,5% от уровня 2008 г.; в 2010 г. – сохранение на уровне 2009 г.; в 2011 г. – рост на 2% по отношению к 2010 г.; в 2012 г. – рост на 3%, далее рост на 4% ежегодно по отношению к предыдущему году, как и предусмотрено в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ. Все расчеты проведены в ценах 2008 г. Численность трудоспособного населения принята за константу – 90 млн человек. Приведенная здесь и используемая далее методика расчета позволяет сделать оценки с точностью ±10-15%.

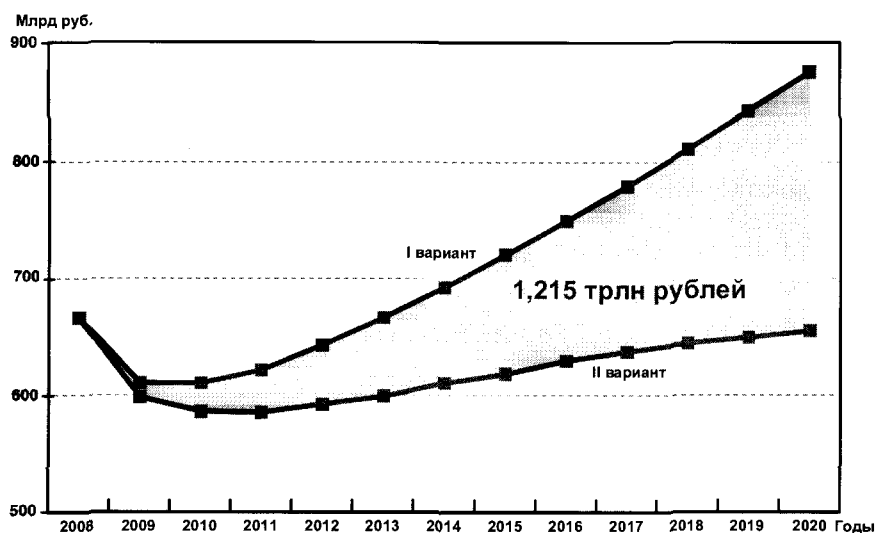


Рис. 14. Динамика потерь ВВП при 2 вариантах расчета числа дней нетрудоспособности в год

3. Продление активного трудового возраста мужчин и женщин после наступления установленного сегодня пенсионного возраста – главный резерв экономического роста РФ; это позволит внести дополнительный вклад в ВВП страны в размере 32,5 трлн руб. Продление пенсионного возраста особенно важно для наукоемких и инновационных отраслей экономики, где требуются высокообразованные и высококвалифицированные рабочие, инженеры и научные кадры.

В период с 2008 по 2020 г. включительно ежегодно на пенсию в среднем будут выходить около 2 млн человек. В 2008 г. мужчин в возрасте от 55 до 60 лет было 4 млн человек, женщин в возрасте от 50 до 55 лет – 6 млн. Если пренебречь смертностью за 5 лет и последующим изменением численности в этих когортах в период 2008–2020 гг., то в пенсионный возраст в среднем за следующие 5 лет ежегодно будут вступать 800 тыс. мужчин (4 млн чел. : 5) и 1,2 млн женщин (6 млн человек : 5), т.е. всего 2 млн мужчин и женщин в год. Всего за 13 лет выйдут на пенсию 26 млн человек. В течение этого периода времени жизнь каждого из них будет поэтапно удлиняться так, чтобы к 2020 г. она увеличилась на 5 лет и соответственно на 5 лет увеличился пенсионный возраст. Активный их труд в указанные годы жизни до наступления пенсионного возраста внесет дополнительный вклад в ВВП, подсчитать который можно следующим образом. Сначала определяют, сколько человеколет будет составлять вклад в ВВП этих 26 млн человек за 13 лет при заданных условиях поэтапного увеличения продолжительности жизни: 26 млн человек • 2,5 го-

да = 65 млн человеко-лет (2,5 года – это среднее увеличение продолжительности жизни этих граждан за 13 лет к 2020 г.). Затем этот показатель умножают на среднее значение ВВП за 13 лет – 500 тыс. руб. в год. Итого: 65 млн человеко-лет • 3 500 тыс. руб. = 32,5 трлн руб.

Общий прямой экономический эффект, связанный со снижением смертности трудоспособного населения в 2 раза, снижением числа дней нетрудоспособности на 25% и поэтапным продлением трудового возраста на 5 лет (у мужчин до 65 лет, женщин до 60), с 2008 по 2020 г. составит 34,8 трлн руб., или 84% от ВВП 2008 г., или плюс 6% ВВП ежегодно. При этом важнейшим фактором для роста экономики РФ является продление активного трудоспособного возраста.

Оценка рентабельности вложений в здравоохранение. Для улучшения здоровья населения потребуется увеличение финансирования здравоохранения как минимум до 6% ВВП, или до 1200 дол. по ППС, или 20 тыс. руб. на душу населения в ценах 2007 г. Общий объем средств, который потребуется для финансирования здравоохранения до уровня 6% ВВП в период с 2008 по 2020 г., составит 11,33 трлн руб. Это значение рассчитано как разница между 2 вариантами (рис. 15): I вариант – поэтапный рост финансирования здравоохранения до 6% ВВП к 2014 году с последующим сохранением этого уровня финансирования; II вариант – финансирование на уровне 3,5% ВВП.

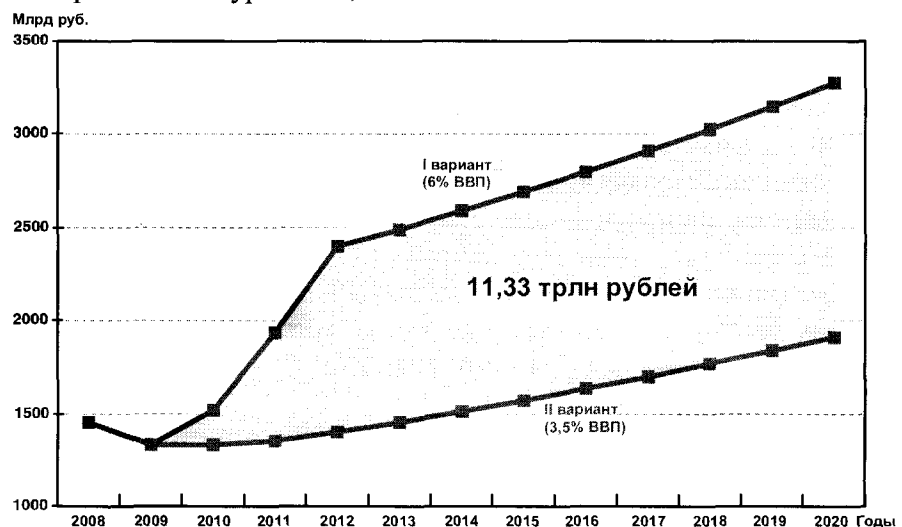


Рис. 15. Динамика расходов на здравоохранение по двум вариантам

Можно рассчитать рентабельность (окупаемость издержек), которая является показателем экономической эффективности производства и рассчитывается путем отношения прибыли к сумме произведенных затрат.

Рентабельность вложения в здравоохранение России будет равняться минимуму $[(34,8 - 11,33) \cdot 100\% / 11,33] = 207\%$, где 34,8 трлн руб. – доходы от вложений в здравоохранение.

Главные выводы:

1. Достижение целей, поставленных президентом и правительством РФ, по улучшению здоровья населения (увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 73 лет и снижение общего коэффициента смертности до 11,0 к 2020 г.) возможно только при увеличении государственного финансирования здравоохранения в 2,3 раза по отношению к 2007 году.

2. Дополнительное финансирование здравоохранения за счет федерального бюджета в среднем на 10% ежегодно с 2006 по 2008 г. в рамках ПНП «Здоровье» позволило сохранить 500 тыс. жизней наших граждан, увеличить ожидаемую продолжительность жизни на 2,2 года и повысить рождаемость на 16%. Это показывает эффективность увеличения государственного финансирования здравоохранения при условии жесткого контроля со стороны первых лиц государства.

3. Для обеспечения доступности медицинской помощи для большинства населения РФ (65% граждан имеют доходы менее 15 тыс. руб. на душу) доля государственных (солидарных) расходов должна составлять не менее 80% от общих расходов на здравоохранение.

4. Источниками увеличения государственных расходов на здравоохранение могут стать: введение прогрессивной шкалы налогообложения и страховых взносов (общепринятых в развитых странах), а также рост в 3–4 раза акцизов на алкоголь и табак; нормирование (в долях от ВРП или от консолидированного бюджета) отчислений регионов на здравоохранение.

5. Главными направлениями стратегии развития здравоохранения должны стать:

- эффективное и справедливое распределение ресурсов здравоохранения между субъектами РФ путем установления одного платежника в лице ОМС и централизации большей доли средств в федеральном фонде ОМС;
- повышение заработной платы медицинских работников в 2 раза и повышение уровня их квалификации;
- адаптация существующей (советской) системы организации медицинской помощи к современным условиям, приоритет развития амбулаторно-поликлинической службы и лекарственного обеспечения населения, восстановление производственной и школьной медицины;

- повышение эффективности управления, в том числе внедрение рыночных инструментов управления, расширение автономии государственных и муниципальных ЛПУ (при условии сохранения субсидиарной ответственности собственника). Усиление ответственности и публичной отчетности руководителей за реализацию целей и задач Стратегии;
- межведомственные программы по охране здоровья населения.

6. Увеличение финансирования и повышение эффективности здравоохранения позволят к 2020 г. дополнительно сохранить 5 млн жизней **российских граждан** и обеспечить продление ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин минимум на 5 лет. Только в этом случае возможно поэтапное увеличение пенсионного возраста на 5 лет (до 65 лет для мужчин и до 60 лет для женщин) – до минимального пенсионного возраста, принятого во всех развитых странах.

7. Рентабельность дополнительных вложений государственных средств в систему здравоохранения и охрану здоровья населения страны составляет 200%. Это значит, что 1 рубль, дополнительно вложенный государством на эти цели, может обеспечить рост ВВП на 3 рубля.

8. В условиях экономического кризиса увеличение финансирования здравоохранения будет способствовать поддержанию социальной и политической стабильности в стране.