

Улумбекова Г.Э. , проф. Нигматулин Б.И.

**Демография и показатели здоровья
населения.**

**Факторы, влияющие на здоровье
населения.**

**Состояние и деятельность системы
здравоохранения в РФ.**

**Общие положения Стратегии развития
здравоохранения России до 2020 г.**

**Москва.
Август 2011 г.**

Раздел 1.

Демография и показатели здоровья населения.

1.1. Демография

1.1.1. Численность населения.

На рис. 1 показано изменение численности населения России в период 1980 – 2010 гг. с различными сценарными прогнозами Росстата до 2020г. Видно, что в период 1980-1990гг. численность населения России выросла с 138 млн. человек до 147,7 млн. человек, или на 9,6 млн. человек. В предыдущие 20 лет с 1961 по 1980гг. численность населения вырастала также по 9,6 млн. человек за каждые 10 лет. В течение 1991 – 1995 гг. численность населения находилась примерно на одном и том же уровне, около 148 – 148,5 млн. человек, и начала резко снижаться с 148,5 млн. человек (1995 год) до 141,9 на 01.01.2010г. по данным Росстата. Однако по предварительным итогам Всероссийской переписи, численность населения в России на 14.10.2010г. составило 142,9 млн. человек или сократилась на 5,6 млн. человек. Особенно ускоренно снижение проходило с 1998 по 2005 г.: около 700 тыс. человек в год. Только в 2006 и 2007 гг. среднегодовые темпы снижения численности населения страны существенно уменьшились – в 1,5 и 2,2 раза. Трудоспособное население составляет 63%, дети от 0 до 15 лет – 16%, лица старше трудоспособного возраста (мужчины старше 60 лет, женщины старше 55 лет) – 21%.

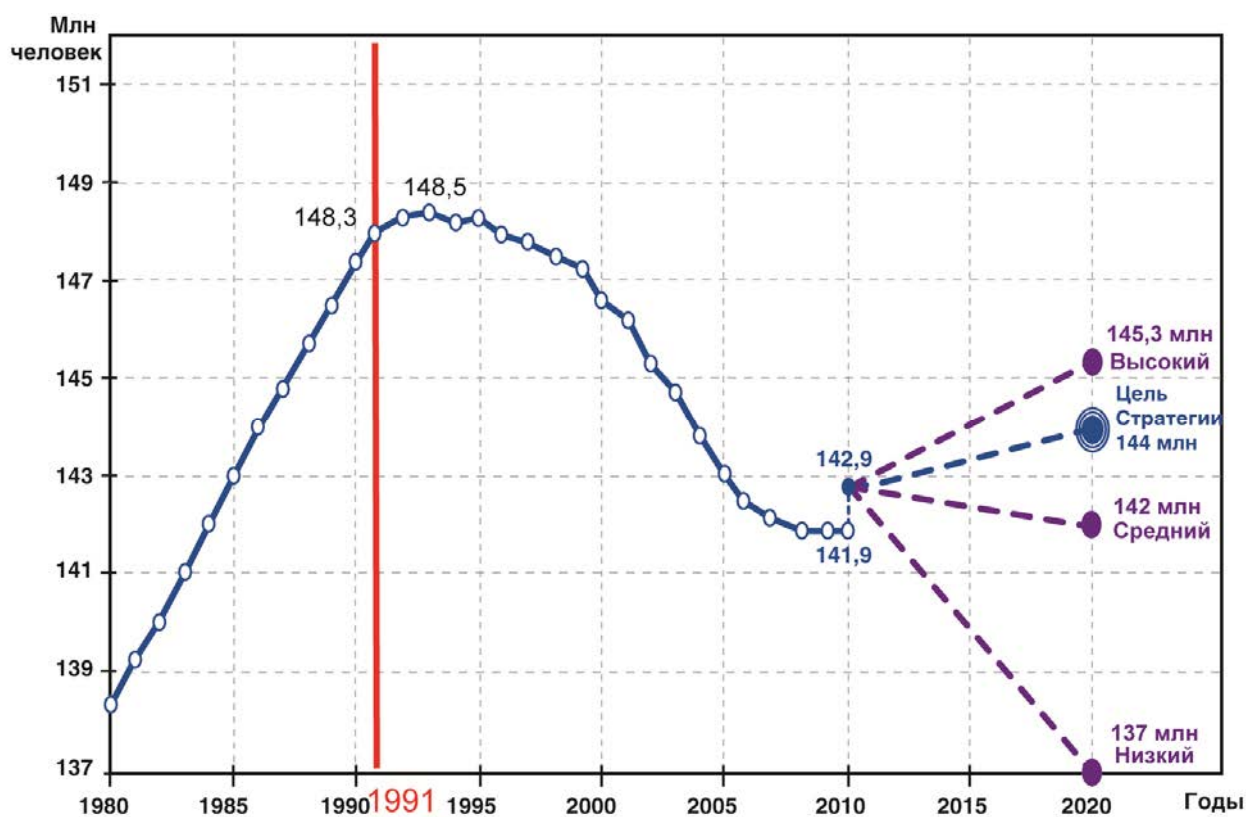


Рис. 1. Динамика численности населения России в период 1980 – 2010гг. с различными сценарными прогнозами до 2020г.

На рис. 1 также показан прогноз Росстата изменения численности населения России до 2020 года, рассчитанный по различным сценариям рождаемости в стране: низкий – 137 млн. человек; средний – 142 млн. и высокий – 145,3 млн. Там же показана целевая величина достижения численности населения к 2020г. – 144 млн. человек, заложенный в «Концепции долгосрочного социально—экономического развития РФ на период до 2020г.» и в «Концепции демографической политики на период до 2025г.». Она близка к величине Росстата, рассчитанной по высокому сценарию рождаемости.

На рис. 2 показана динамика численности трудно способного населения (мужчины- 16-59 лет; женщины 16-54) в период 1980-2010г. и до 2020 года по различным сценарным прогнозам Росстата 1 (низкий, средний, высокий уровень смертности лиц трудоспособного возраста).

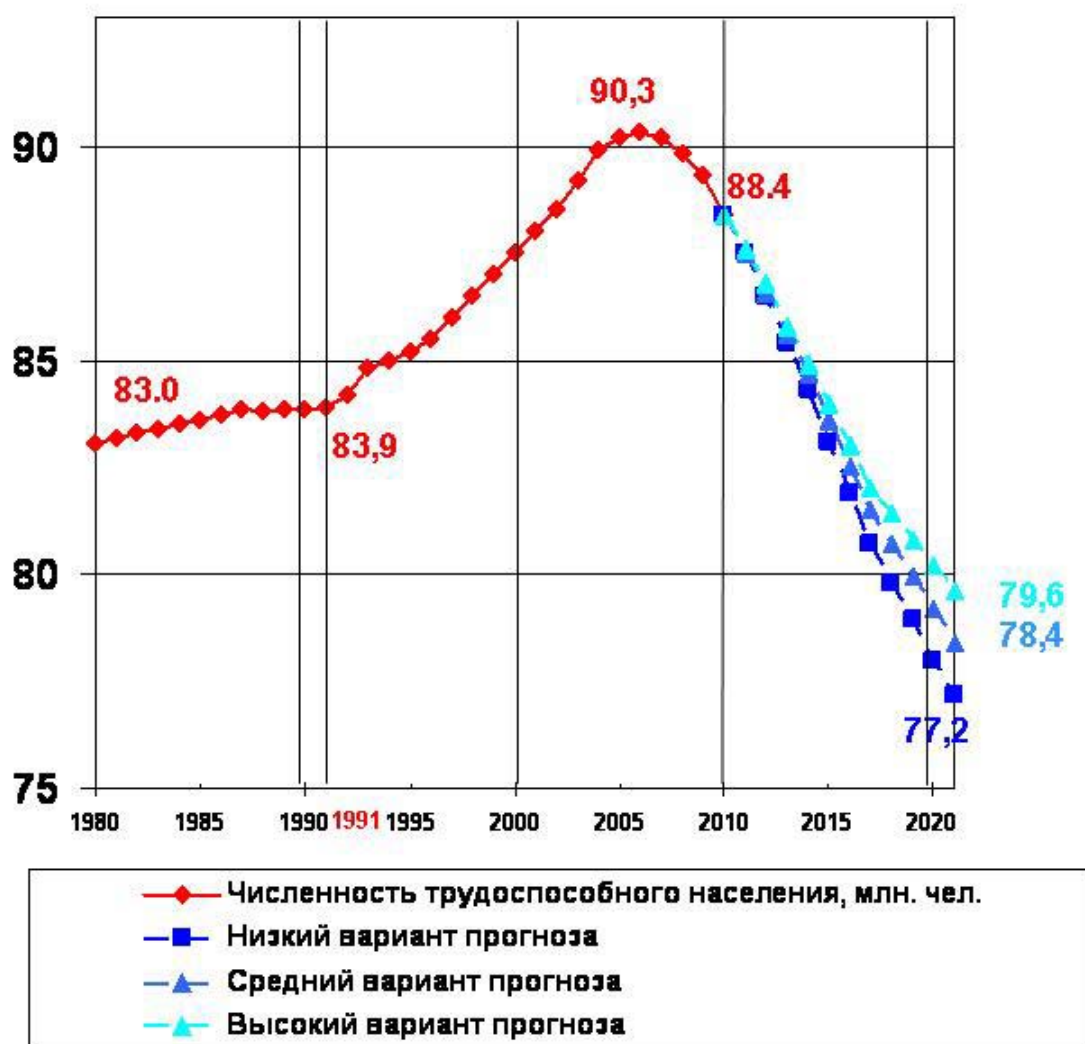


Рис. 2. Динамика численность населения трудоспособного возраста в России в период 1980 – 2020гг. с различными сценариями Росстата.

Из рис. 2 видно, что численность трудоспособного населения за 10 лет (в период 1981-1990гг.) выросло незначительно, на 0,9 млн. человек, (с 83 до 83,9 млн.), или на 0,11% в год. В следующие 15 лет (в период 1991-2006гг.) темп роста численности населения вырос в 4,5 раза до 0,49% в год или на 6,4 млн. человек (с 83,9-90,3 млн.). Но уже с 2009 года началось резкое снижение численности населения трудоспособного возраста с темпом 0,8-1,1 млн. человек в год, или 0,95-1,3% в год зависимость от прогнозных сценариев Росстата¹. В результате к 2020 году численность населения трудоспособного возраста будет уже меньше на 3,8-6 млн.человек чем в 1991 году или меньше на 8,2-11,2 млн. человек чем в 2010 году (78 млн. человек- низкий сценарий; 79,1-средний и 80,2 – высокий). Это значит что в период 2011-2020гг. численность населения трудоспособного возраста упадет на 10-13,5%, а численность населения старше трудоспособного возраста возрастет минимум на 5% до 26%. Следует иметь в виду, что данная ситуация носит долговременный характер.

Потеря в среднем 1 млн. работающих из 84 млн. населения трудоспособного возраста эквивалентно уменьшению ВВП на 1,2% в год или на 540 млрд. руб. при объеме ВВП равном 45 трлн. руб.(2010г.) Соответственно происходит сокращение платежей в бюджет, снижение пенсионных отчислений, рост социальной напряженности и т. д. Это серьезный вызов устойчивости социально экономического положения России. При этом перед здравоохранением страны ставится чрезвычайно важная задача – снижение смертности и улучшением показателем здоровья населения трудоспособного возраста (особенно мужчин) всеми возможными способами.

Низкий сценарий рождаемости – предполагает, что сохранение или ухудшение сложившейся социально-экономической ситуации в стране, делает маловероятным повышение рождаемости. Этот вариант не учитывает вероятность каких-либо социальных кризисов или техногенных катастроф, способных привести к резкому снижению рождаемости в стране.

Средний вариант рождаемости исходит из того, что социально-экономического положения в стране и меры демографической политики позволят достаточно полно реализовать семьям свои репродуктивные планы и рождаемость установится на уровне, чуть превосходящий средний по странам Евросоюза (1,4 – 1,6 детей в расчете на одну женщину репродуктивного возраста).

Высокий сценарий рождаемости – исходит из предположения о том, что обществу удастся выработать социально-экономические механизмы, ведущие к тому, что будет поддерживаться рождаемость, близкая к уровню, который обеспечивал бы простое воспроизводства населения, в результате чего каждое новое поколение будет численно не меньше предыдущего. Такой уровень рождаемости (1,8 - 2 детей в расчете на одну женщину репродуктивного возраста) подтверждается социологическими опросами, согласно которым большинство семей придерживаются модели с двумя детьми.

1.1.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) – 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. Ожидаемая продолжительность жизни – наиболее адекватная обобщающая характеристика соответствующего уровня смертности во всех возрастах.

На рисунке 3 показаны изменения ожидаемой продолжительности жизни в РФ в период с 1980 по 2010 год. По этой кривой можно проследить как влияние на ОПЖ как

¹ Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030г. Федеральная служба государственной статистики, М. – 2010г.

политических компаний, так и изменения социально-экономической обстановки в стране на ожидаемую продолжительность жизни в стране.

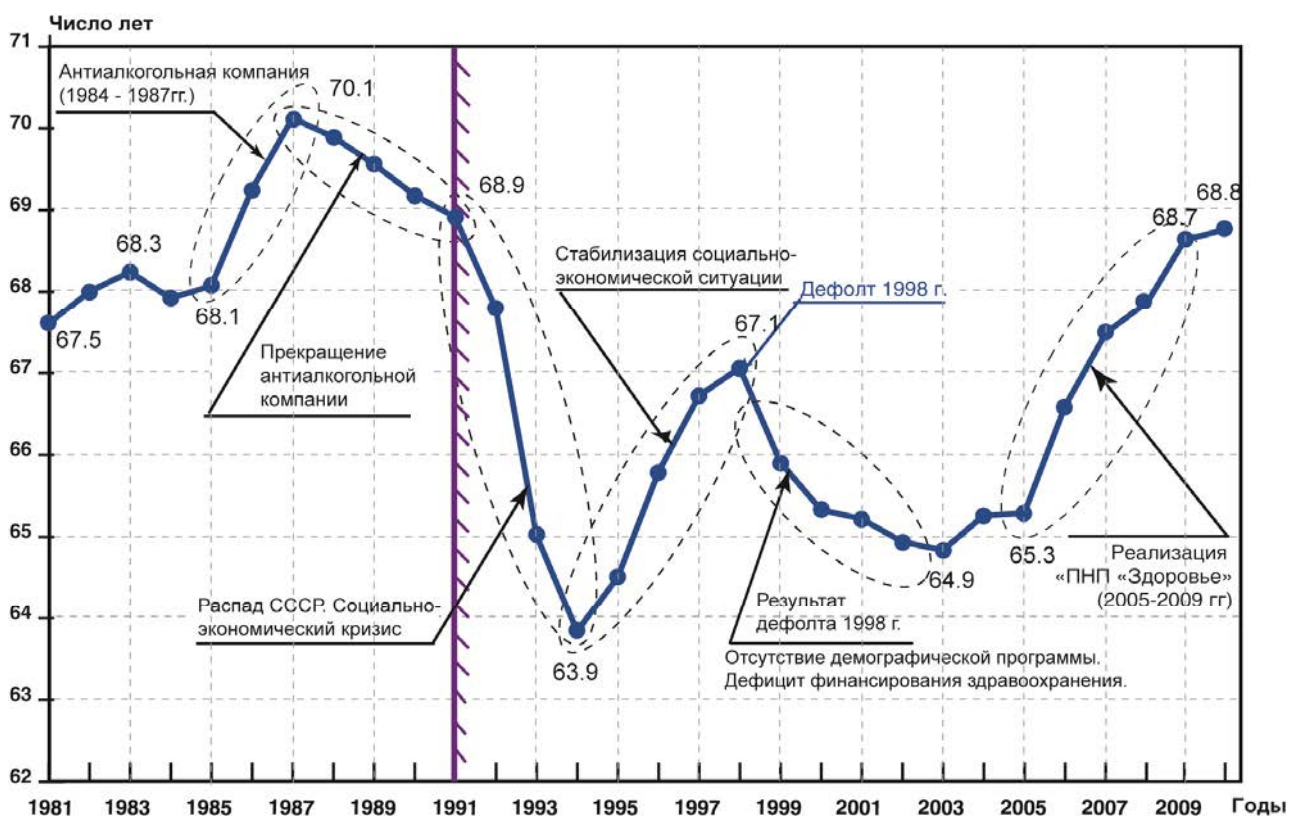


Рис. 3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

Заметное повышение величины ОПЖ на 2 года (с 68 до 70 лет) в период с 1984 по 1986гг. (за 2 года) связан с антиалкогольной кампанией, проводимой в то время в СССР.

Катастрофическое снижение ОПЖ на 5,5 года (с 69 до 63,8 лет) в период с 1991 по 1994 год (за 3 года) вызван социально-экономической катастрофой, связанной с распадом СССР и последующими экономическими реформами, в результате которых произошло резкое повышение уровня смертности в стране.

Рост ОПЖ с 63,8 до 67 лет (на 3,2 года) с 1994 по 1998 год (за 4 года) связан с некоторым улучшением социально-экономической обстановки и снижением уровня сверхсмертности в стране.

Дефолт в 1998 году снизил величину ОПЖ на 1,7 год (с 67 до сверхнизкого уровня 65,3 лет), в период с 1998 по 2000 год (за 2 года), который оставался на этом уровне почти 5 лет.

Реализация национального проекта «Здоровье» и определенное улучшение социально-экономической обстановки в стране снизил уровень смертности и, соответственно, увеличилась величина ОПЖ на 3,5 года (с 65,3 до 68,9) лет в период с 2005 по 2009 год (за 4 года). Однако, уже в 2009 - 2010 гг. значение ОПЖ оставалось практически постоянным (68,7 – 68,8 лет) или на 1 год меньше, чем величина ОПЖ в 1985 – 1987гг. в РСФСР.

На рисунке 3 пунктиром показаны изменения ОПЖ до 2020 года, рассчитанные по различным сценариям смертности в стране²: низкий – 69,4 лет; средний – 71,8 года и высокий – 73 года.

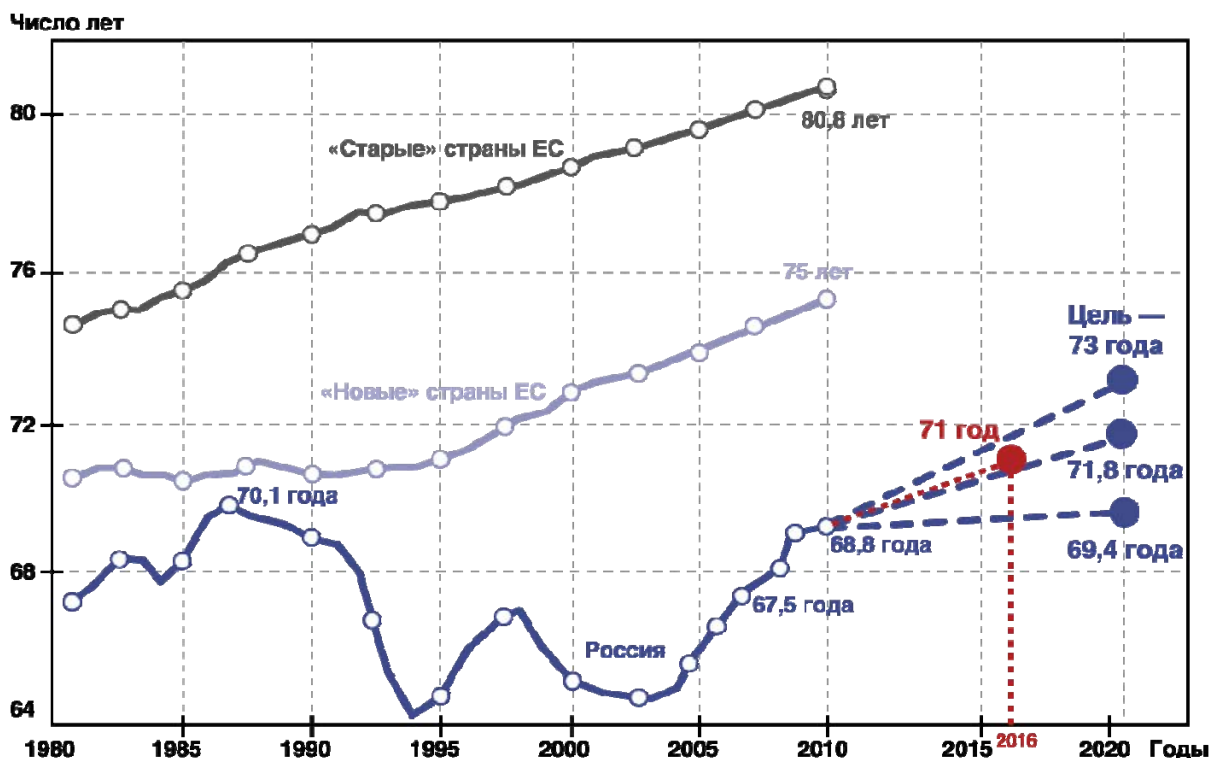


Рис. 4. Динамика ОПЖ «старых» и «новых» стран ЕС, России в период 1980 – 2010 гг. (прогноз до 2020 г. по различным сценариям Росстата).

За низкий (пессимистичный) сценарий смертности принимается относительная стагнация ОПЖ при рождении в условиях долговременного роста смертности. Основанием для такого сценария служат достигнутый уровень благосостояния, развития систем здравоохранения, которые ставят определенные границы ухудшению ситуации.

В основе среднего сценария смертности лежал метод аналогий со странами с переходной экономикой в «новых» странах ЕС, а также оценка снижения смертности от внешних причин.

Высокий (оптимистический) сценарий смертности разрабатывался как нормативный, который предполагает наличие четко сформулированных целей. В России в настоящее время четко сформулированные цели снижения смертности населения приведены в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года и приоритетном национальном проекте «Здоровье».

На рисунке 5 показано сравнение ОПЖ в России с тремя странами бывшего СССР (Украина, Белоруссия, Казахстан), а также с «новыми» и «старыми» странами ЕС. «Новые» страны ЕС - 10 стран: европейские страны бывшего соцлагеря и страны Балтии, вошедшие в ЕС после 2004 г. «Старые» страны ЕС - 15 стран: Германия, Великобритания, Франция, Италия, Швеция и др., входившие в ЕС до мая 2004г.

² «Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 года (статистический бюллетень)». Федеральная служба государственной статистики. Москва, 2010г.

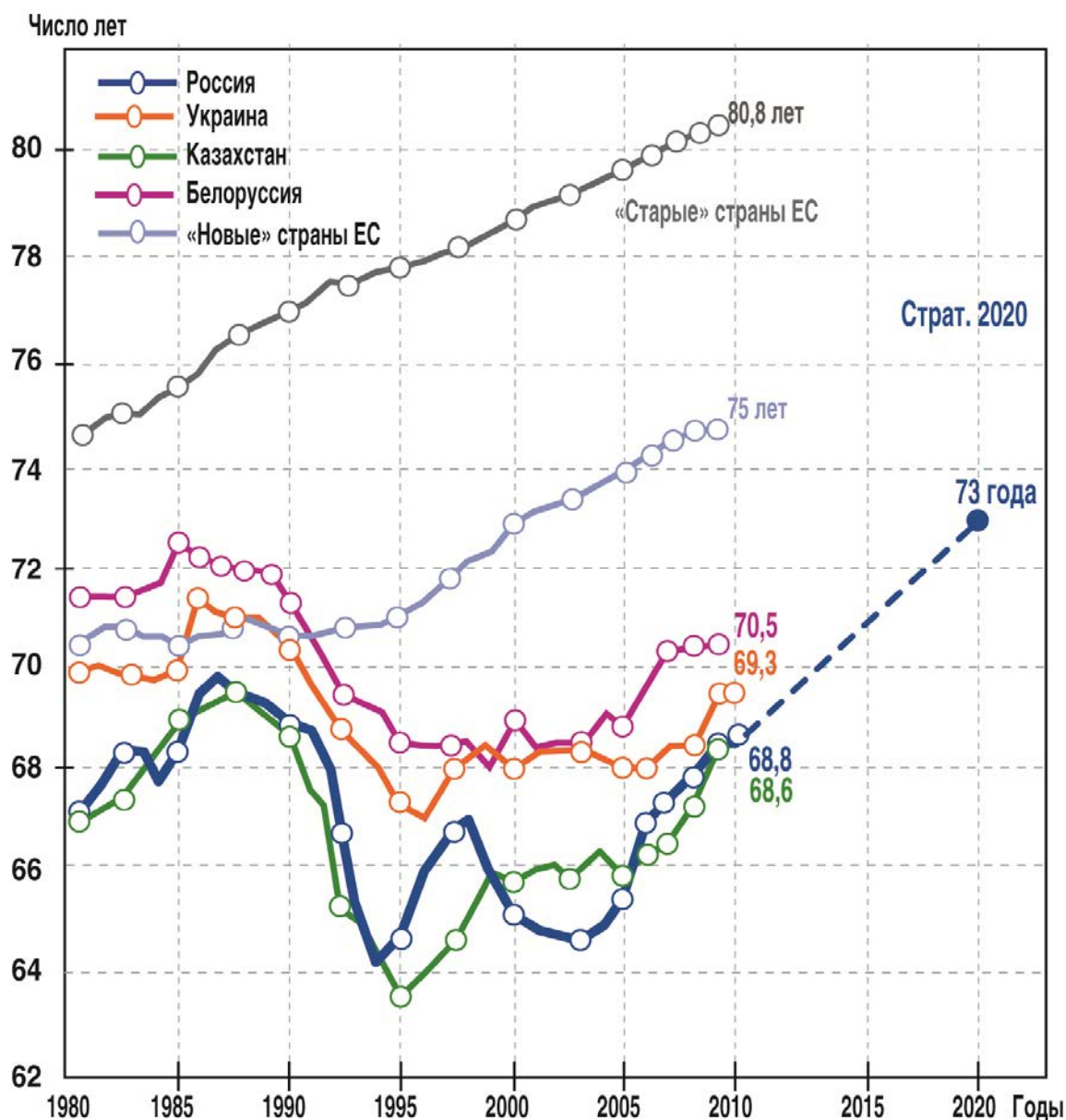


Рис. 5. Динамика ОПЖ России, Украины, Белоруссии, Казахстана, «старых» и «новых» стран ЕС в период 1980 -2010гг.

На рисунке видно, что антиалкогольная кампания 1984 – 1987 гг., проводимая в СССР, привела к росту ОПЖ от 2 лет в России, до 1,5 лет на Украине и в Казахстане, и 1 год – в Белоруссии.

В постперестроечный период наиболее глубокое падение величины ОПЖ было в России и в Казахстане – 5 лет, и, примерно, 4 года – в Белоруссии и на Украине.

В период 1980 – 1990 год значение ОПЖ в «новых» странах ЕС и в России, Украине, Белоруссии, Казахстане были близки и находились в диапазоне 69-71,5 лет. Однако за прошедшие 20 лет с 1991 по 2010 год значение ОПЖ в «новых» странах ЕС увеличилось на 4,5 года и достигло 75 лет, или на 4,5 года больше, чем в Белоруссии, и **около 6 лет больше, чем в России, Украине и Казахстане.**

В «старых» странах Евросоюза ОПЖ за 30 лет в период 1980 – 2010 гг. постоянно росло, и увеличилось на 6 лет, с 74,8 лет до 80,8 лет. Соответственно, на 10,3 лет больше, чем в Белоруссии, и **на 12 лет больше, чем в России, Украине и Казахстане.**

К началу XXI столетия Россия вернулась по ОПЖ примерно на тот же уровень отставания от развитых стран, что бы в царской России в начале XX века, а у мужчин в сравнении со многими развитыми странами отличие стало даже большим, чем в 1900 году (табл. 1).

При этом следует отметить, что в России сохраняется катастрофическая (самая высокая в мире) разница между ОПЖ мужчин и женщин – 12 лет (2010г.). Ключевую роль в снижении ОПЖ России играет увеличение смертности людей трудоспособного возраста, главным образом мужчин, которая в сравнении с 1900 г. возросла более, чем на 40%.

Таблица 1. Отставание России от развитых стран по ОПЖ 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
2009 ³	13,9	14,8	16,4	16,2
Женщины				
1900	16,2	14,1	20,8	13,1
1965	0,5	1,4	2,8	-0,5
2009 ²	6,6	10,2	8,6	11,5

1.1.3. Общий коэффициент смертности

Общий коэффициент смертности (ОКС) (число умерших от всех причин на 1000 человек) 2010 г. составил 14,2, (рис. 6) или на 27% выше, чем в 1990г.в РСФСР и в «новых» странах ЕС (11,2), и на 55% выше, чем в «старых» странах ЕС (9,2). 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.

³ Россия – 2009г., Швеция – 2008г., США, Франция, Япония – 2007г.

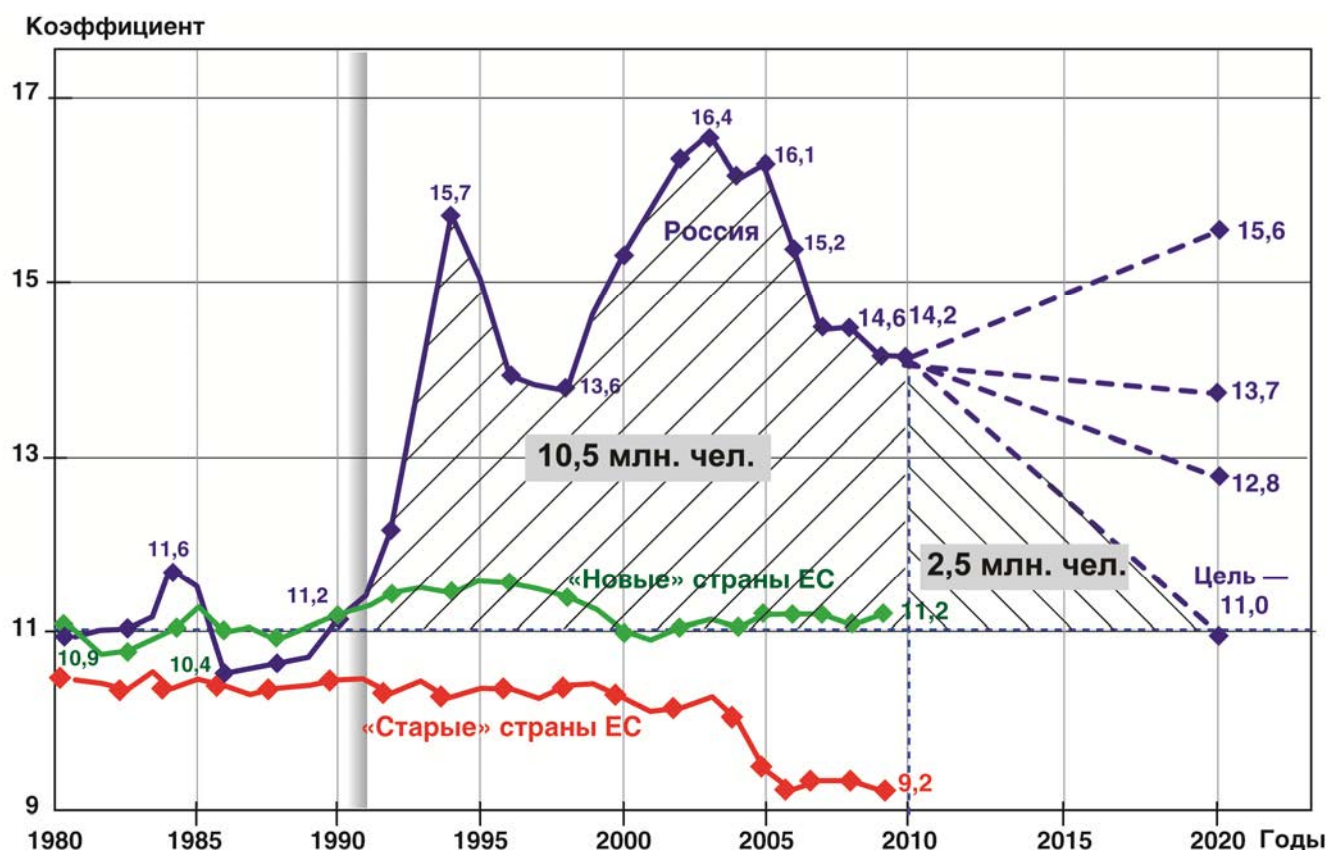


Рис. 6. Динамика ОКС «старых» и «новых» стран ЕС, России в период 1980 – 2010гг. с прогнозом до 2020г. по различным сценариям Росстата.

По кривой ОКС по годам так же, как по кривой ОПЖ, можно проследить влияние политической компий и изменения социально-экономической ситуации в стране на уровень смертности.

Снижение величины ОКС на 11% (с 11,6 до 10,4) в период с 1984 по 1986гг. связан с антиалкогольной кампанией, проводимой в то время в СССР. Катастрофический рост ОКС на 38% (с 11,4 до 15,7) в период 1991 – 1994гг. (рост на 13% в год) является результатом распада СССР и социально-экономических реформам, проведенных в то время в России. Снижение ОКС на 13% (с 15,7 до 13,7) с 1994 - 1997гг. (падение на 4,3% в год) связан с некоторым улучшением социально-экономической ситуации в стране. Однако, дефолт в 1998 году снова вызвал катастрофический рост ОКС на 21% (с 13,6 до 16,4) в период с 1998 - 2003гг. (рост на 4,2% в год). Реализация национального проекта «Здоровье» и определенное улучшение социально-экономической обстановки в России снизила величину ОКС на 9% (с 16,1 до 14,6) в период 2005 – 2007 г. (падение на 4,5% в год). В последние 4 года величина ОКС практически не менялась: 14,6 – 2007 год, 14,7 – 2008 год, 14,2 – 2009 год, 14,2 – 2010г. Это связано с экономическим кризисом 2008 – 2009гг. и стагнацией фактического государственного финансирования здравоохранения в России в 2008 – 2010гг. (см. Раздел 2).

На этом же рисунке пунктиром показаны изменения ОКС до 2020 г., рассчитанные по тем же сценариям, как и ОПЖ. Низкий сценарий – 15,6; средний – 13,7; высокий – 12,8. Там же показано величина ОКС, равная 11,0 принятая в Концепции долгосрочного социально—экономического развития РФ на период до 2020г. Видно, что для достижения величины ОКС, равной 11,0, необходимо принять сверхординарные усилия как по резкому улучшению социально-экономической ситуации в стране, так и по существенному увеличению финансирования здравоохранения.

По кривой ОКС (рис. 6) можно рассчитать дополнительное число смертей в России в период 1990-2010гг. в результате социально-экономической катастрофы, вызванной распадом СССР. Оно равно площади под кривой ОКС и средним уровнем ОКС, равное 11,0 в десятилетие, предшествующее распаду СССР (1980 – 1990гг.). **Эта величина составляет 10,5 млн. человек.**

Если в следующее десятилетие (2011 – 2020гг.) величина ОКС будет стагнировать и останется на уровне 14,5; то дополнительное число смертей за это время составит еще **5 млн. человек** по отношению к уровню РСФСР. Если же уровень ОКС выйдет на уровень, принятый Концепцией 2020г., то дополнительное число смертей упадет до **2,5 млн. человек.**

Из рисунка 6 также видно, что социально-экономические реформы в 1990-2000г. в «новых» странах ЕС **не привели** к катастрофическому росту величины ОКС, как это произошло в России и других странах бывшего СССР. Величина ОКС в «новых» странах ЕС выросла всего на 4,5% (с 11 до 11,5) за 5 лет (1990 – 1995гг.) (или рост около 1% в год), а затем вернулась к своему прежнему значению **11,0** к 2000 году и остается постоянной.

На рис. 7 показано изменение ОКС в период 1980 – 2010 гг. в России, Украине, Белоруссии, Казахстане, и для сравнения в «новых» странах Евросоюза. Так же, как в России, по этим кривым можно определить влияние как политических компаний, так и изменение социально-экономической ситуации в этих странах после распада СССР.

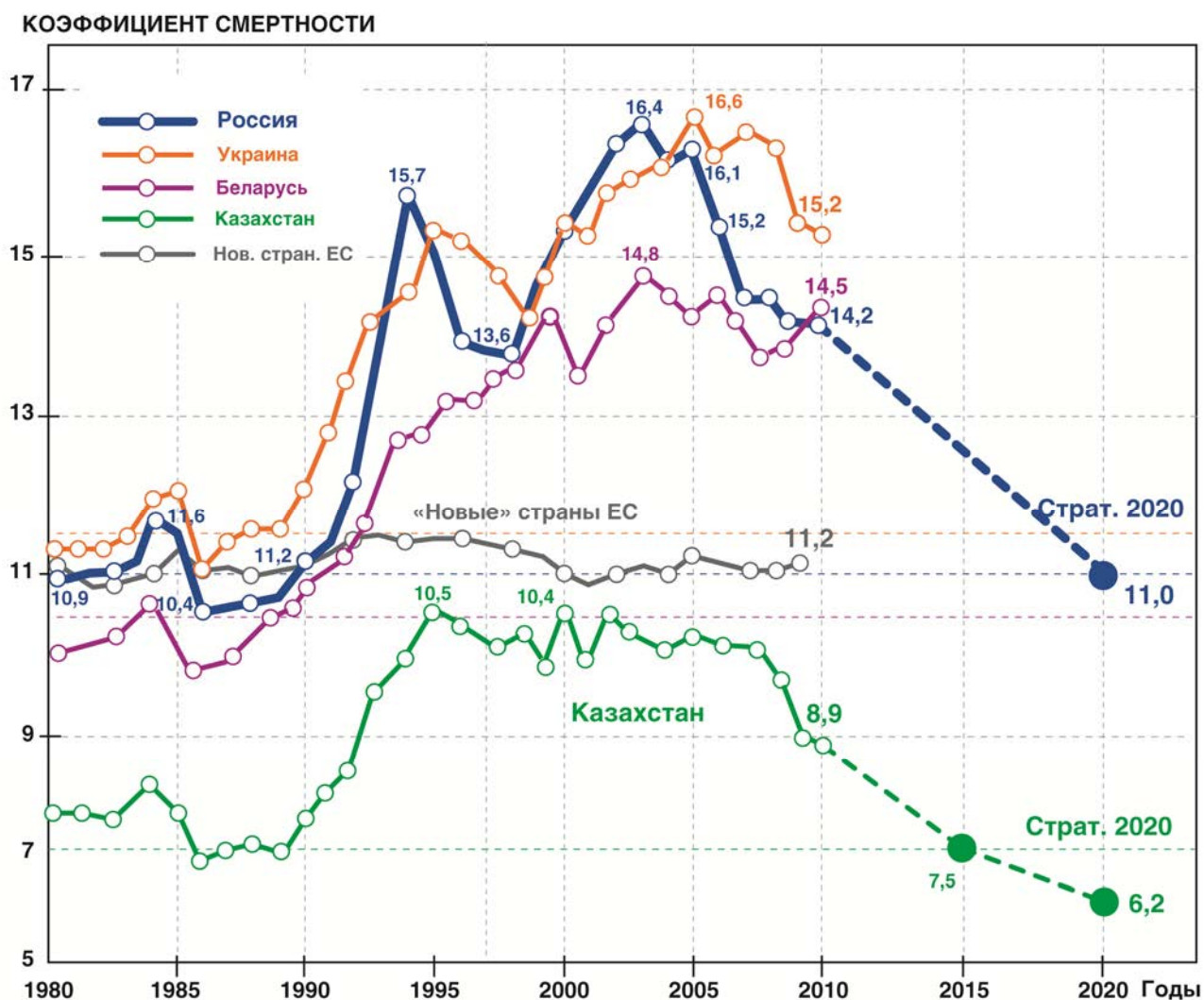


Рис. 7. Динамика ОКС России, Украины, Белоруссии, Казахстана и «новых» стран ЕС в период 1980 – 2010гг. с прогнозом до 2020г.

Абсолютная величина ОКС существенно зависит от возрастной структуры населения страны. Если в России, Украине, Белоруссии и «новых» странах ЕС возрастная структура и средний возраст населения примерно одинакова, то в Казахстане средний возраст населения на 7 лет меньше (в России на 01.01.2011 г. – 39 лет, а в Казахстане – 32 года). Поэтому в Казахстане величина ОКС заметно ниже, чем вышеперечисленных странах.

Из рисунка 7 видно, что антиалкогольная кампания 1984 – 1987 гг., проводимая в СССР, привела к снижению ОКС на 10 – 15% во всех этих странах в этот период.

После распада СССР кривая ОКС на Украине приблизительно повторяет ход изменения ОКС в России. Это связано с теми же кризисными социально-экономическими потрясениями, которые проходили в России. Дефолт 1998 года в России, также вызвал скачкообразный рост ОКС в Украине.

В Казахстане так же, как и в России и Украине, в первые годы после распада СССР за 4 года (1991 – 1995гг.) величина ОКС выросла с 7,5 до 10,5 – на 40% (рост – 10% в год) и оставалась приблизительно равной 10 в течение 13 лет (1995 – 2008гг.). И только в последние 2 года она упала с 10 до 8,6 или на 10% (5 % в год).

Наиболее плавно изменение ОКС произошло в Белоруссии за 10 лет (1991 – 2000г.) на 32% с 11 до 14,5. Рост 3,2% в год или в 3 – 4 раза меньше, чем в России, Украине,

Казахстане. В период 2001 – 2010гг. величина ОКС оставалась примерно постоянной на уровне 14,5, без существенных пиков изменения ОКС, которые были присущи России и Украине в 1991 – 1994 гг. и 1998 – 2005 гг. По темпу изменения ОКС по годам можно сделать вывод, что социально-экономические реформы в Белоруссии и, отчасти, в Казахстане проходили значительно спокойнее, чем в России и Украине. Но, тем не менее, распад СССР также привел к росту сверхсмертности и в Белоруссии, и в Казахстане.

По кривой ОКС (рис. 7) можно также рассчитать число дополнительных смертей в Белоруссии, Украине, Казахстане в период 1991-2010гг. в результате социально-экономической катастрофы, вызванной распадом СССР. Средняя величина ОКС в период 1980 – 1990 гг. в Украине составляла 11,5; в Белоруссии – 10,5; в Казахстане – 7,5. Тогда так же, как для России можно рассчитать рост дополнительных смертей в этих странах в период 1991 – 2010гг. в результате распада СССР и экономических реформ, проведенных в этих странах. В Украине эта величина составила 3,5 млн. человек, в Белоруссии – 0,5 млн. человек, в Казахстане – 0,6 млн. человек. Потери населения за счет сверхсмертности по **4 республикам б. СССР** (суммарная численность на конец 80-х годов прошлого столетия – 227 млн.) в период **1991–2010 г. составила 15,1 млн. человек** или **6,7%** от средней численности населения этих республик в этот период. Если считать, что эти потери пропорциональны общей численности населения СССР (в 1990 г.– 287 млн. человек), то **эти потери составят 19,1 млн. человек по всем республикам б. СССР**. Если до 2020г. величина ОКС в 4 странах останется на уровне 2010 года (наиболее вероятный сценарий), то в период 2011 - 2020 дополнительное число смертей в них составит еще 7,3 млн. человек, а в пересчете на численность населения СССР – 9,2 млн. **Таким образом, в период 1991 – 2020 гг. потеря населения во всех республиках б. СССР только за счет сверхсмертности (без учета снижения рождаемости) в результате распада единой страны и последующих экономических реформ будет равна около 28,3 млн. человек, или больше потери населения СССР в Великой Отечественной войне – 26,6 млн. человек⁴.**

В XX веке в истории нашей страны был еще один период, когда в мирное время решения руководства страны вызвали сверхсмертность населения. Это период 1929 – 1939гг. В результате принудительной коллективизации 1929 – 1933гг. и вызванного ею голодомора, в целом ряде областей РСФСР, Украины, Белоруссии и Казахстана умерло от истощения и голода по разным оценкам до 7 млн. человек⁵. Кроме того, репрессии 1936 – 1939гг. привели к дополнительной смертности до 1 млн. человек. Таким образом, суммарные потери населения за счет сверхсмертности составили **до 8 млн. человек** или **5,6% от численности населения** в этих республиках в 1929г. (142,3 млн. человек), это меньше потерь населения в период 1991 – 2010 гг. (**6,7% от численности населения** в этих республиках в 1991г.)

Кроме того, если в период 1991 – 2010гг., численность населения России сократилась на 5,4 млн. человек (со 148,3 до 142,9 млн.), Украины – на 6,2 млн. человек (с 51,9 до 45,7 млн.), Белоруссии – на 0,8 млн. человек (с 10,3 до 9,5 млн.), Казахстана – на 0,4 млн. человек (с 16,8 до 16,4 млн.). Или в сумме – **12,8 млн. человек**. В отличие от периода 1929 – 1939гг., когда численность населения в этих республиках не только не сократилась, а увеличилась за счет высокой рождаемости и миграции внутри страны. По данным Госкомстата 1988г⁶, с 1926 по 1939гг. численность населения без территорий, вошедших в состав СССР после 17.09.1939г., увеличилась в РСФСР с 92,7 млн. до 108,4 млн. человек (на 15,7 млн.); Украины – с 29 до 31 млн. человек (на 2 млн., это без учета отрицательного сальдо миграции 1,3 млн. человек в этот период)⁷; Белоруссии – с 5 до 5,5

⁴ «Россия и СССР в войнах XX века. Книга потерь».

⁵ Заявление ГД РФ «Памяти жертв голода 30-х гг. на территории СССР» от 02.04.2008г.

⁶ Статистический сборник «Население СССР 1987г.».

⁷ По данным Википедии «Голодомор на Украине», раздел «Демографические потери Украинской ССР в межреперисной период 1927 – 1938гг. <http://www.wikipedia.org>

млн. человек (на 0,5 млн.); Казахстана с 6,01 до 6,08 (на 0,07 млн.). Итого: 17,8 млн. человек. Пересчет этого значения на период 1929 – 1939 гг. дает величину **8,2 млн.** человек. Пересчет проводился путем экстраполяции значений численности населения декабрь 1922 – 1 январь 1926 гг. на период 1 январь 1926 – 1 январь 1929 гг.

Однако, в отличие от периода 1991 – 2010гг., когда произошла деиндустриализация страны, резкое сокращение промышленного потенциала и потери конкурентоспособности целых отраслей российской экономики и других республик б. СССР, годы 1929 – 1939гг. – это время сверхускоренной индустриализации страны, гигантского экономического прорыва, создание оборонной промышленности, которая стала залогом победы в Великой Отечественной войне. «Вечным памятником героям и жертвам 30-х годов стали Днепрогэс, Магнитогорский и Кузнецкий металлургические комбинаты, металлургические гиганты Украины "Запорожсталь", "Азовсталь", "Криворожсталь", крупные угольные шахты в Донбассе, Кузбассе, Караганде, Харьковский тракторный завод, Московский и Горьковский автомобильные заводы - всего более 1500 промышленных предприятий, многие из которых и в настоящее время обеспечивают экономическое развитие независимых государств на пространстве бывшего СССР»⁵.

При этом, если тот период истории СССР и ее тогдашние лидеры – И.В. Сталин и др., обоснованно подвергаются жесточайшей критике за демографическую катастрофу и репрессии, то сегодняшняя демографическая катастрофа на постсоветском пространстве замалчивается, а для лидеров страны, которые привели к ней – М.С. Горбачев, Б.Н. Ельцин, и др. организуются пышное празднование их юбилеев и награждение высшими орденами России.

1.1.4. Коэффициент смертности мужчин и женщин трудоспособного возраста.

На рис. 8 показана динамика коэффициента смертности мужчин и женщин трудоспособного возраста (КСМ и КСЖ) - мужчины возраста 16-59 лет и женщины – 16-54 года, в период 1981 – 2010 гг. КСМ и КСЖ представляют собой соответственно число мужчин и женщин трудоспособного возраста, умерших от всех причин, приходящихся на тысячу мужчин или женщин трудоспособного возраста. Видно, что значение КСМ приблизительно в 4 раза выше, чем величина КСЖ. Это связано с существенно большим потреблением алкоголя и распространения курения среди мужчин по сравнению с женщинами трудоспособного возраста.

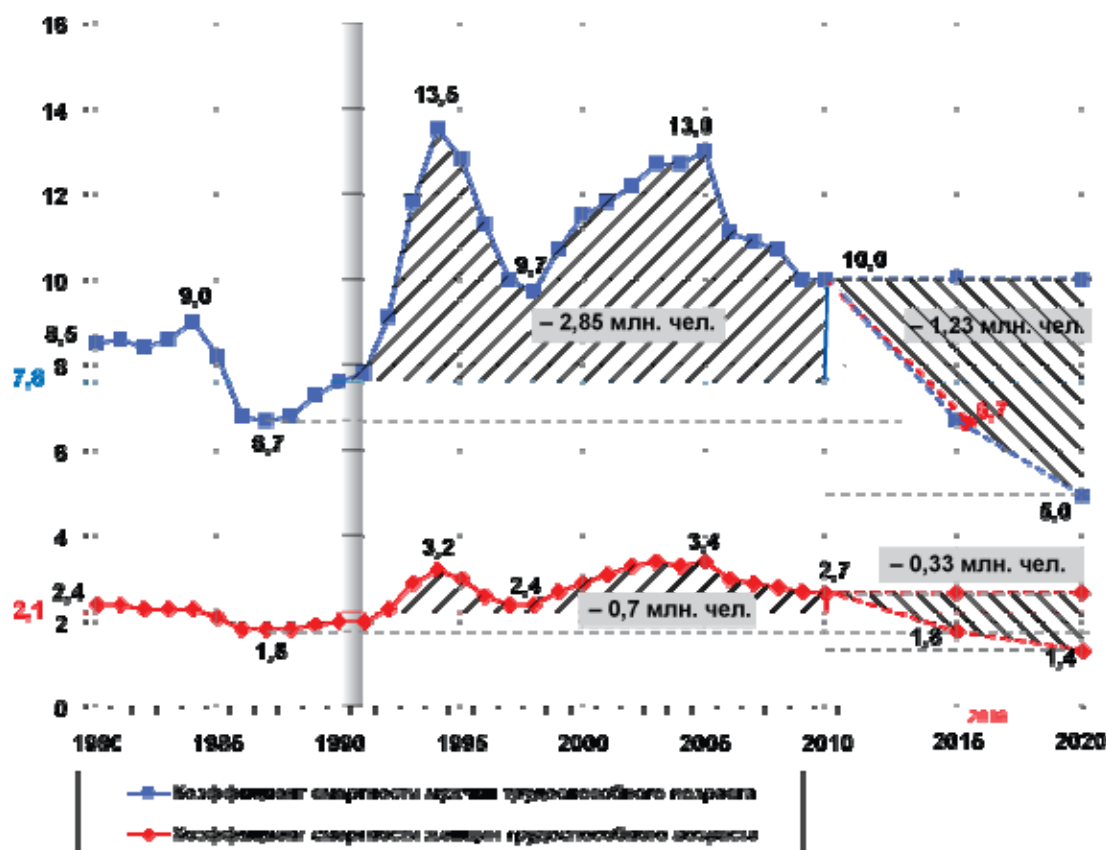


Рис. 8. Динамика КСМ и КСЖ трудоспособного возраста в России в период 1980 – 2010гг. с прогнозом до 2020г.

Динамика КСМ по годам повторяет соответствующую динамику ОКС (рис. 5). По кривой КСМ, так же, как по кривой ОКС, можно рассчитать дополнительное число смертей мужчин трудоспособного возраста из-за сверхсмертности, вызванной распадом СССР и последующими экономическими реформами. Она равна площади под кривой КСМ и средним значением КСМ, равном 7,8 в десятилетие, предшествующее распаду СССР (1981-1990гг.). Это величина равняется 2,85 млн. или 142,5 тысячи в год дополнительных смертей мужчин трудоспособного возраста, что почти в десять раз больше, чем число погибших (15 тыс. человек) за все девять лет афганской войны.

Аналогичные расчеты по сверхсмертности женщин трудоспособного возраста (площадь под кривой КСЖ) и среднем значении КСЖ, равном 2,1, дают величину 0,7 млн. человек в период 1991 – 2010гг.

Для снижения сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста необходимо, в первую очередь, проведение целенаправленной антиалкогольной компании, аналогичной той, которая проводилась в период 1984 – 1987гг. в СССР. Она показала, что в РСФСР удалось снизить величину КСМ с темпом 8,7% в год или на 26% (с 9,0 до 6,7) за 3 года, соответственно, КСЖ - на 22% (с 2,3 до 1,8) (см. рис. 8). Опыт этой кампании показывает, что вполне возможно снизить значение КСМ за 10 лет минимум в 2 раза с 10 до 5 с темпом 6,7% в год, с 10 до 6,7 - до 2016г.; и с 6,7 до 5 – до 2020г. В результате, в период 2011 – 2016гг. сохранятся жизни 350 тыс. мужчин трудоспособного возраста, а всего за 10 лет, до 2020г., – 1,2 млн. мужчин трудоспособного возраста, по сравнению с сценарием, когда значение КСМ равняется 10 весь период до 2020г.

1.1.5. Коэффициент младенческой смертности.

Коэффициент младенческой смертности - это число умерших в возрасте до 1 года на 1000 детей, родившихся живыми.

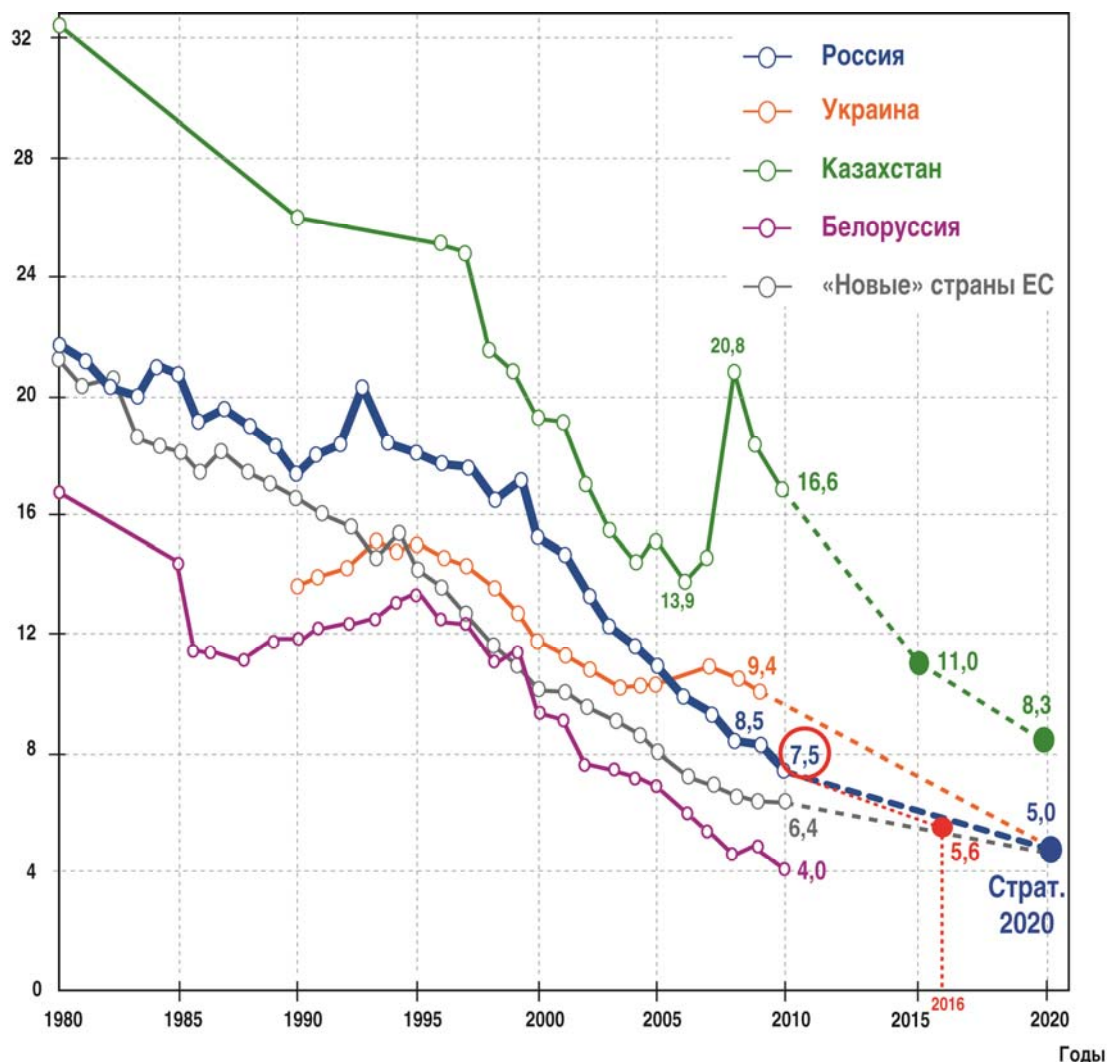


Рис. 9. Динамика коэффициента младенческой смертности России, Украины, Белоруссии, Казахстана, «новых» стран ЕС в период 1980 – 2010гг. с прогнозом до 2020г.

На рисунке 9 представлена динамика коэффициента **младенческой смертности** для России, Украины, Белоруссии, Казахстана и «новых» стран ЕС. Этот показатель постоянно улучшается и в 2010 г. составил 8,5, однако остается в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах ЕС, в 2,1 и 2,4 раза больше, чем, соответственно, в Белоруссии, и в «старых» странах ЕС. Следует учесть, что показатель младенческой смертности в РФ учитывает смертность родившихся с массой тела 1 кг и выше, а в европейских странах — от 0,5 кг. Таким образом, при переходе в РФ на учет младенческой смертности по европейской методике этот показатель окажется еще выше, чем сегодня.

Сокращение младенческой смертности могло быть более значительным, однако оно сдерживается неблагоприятными тенденциями в репродуктивном здоровье населения России. Из 4 млн. девушек в возрасте от 16 до 18 лет (будущие матери), по экспертным оценкам, абсолютно здоровыми являются 3–20%, остальные страдают теми или иными

заболеваниями (в том числе злоупотребляют алкоголем и принимают наркотики), которые влияют на репродуктивную функцию женского организма (Баранов А.А., 2009; Уварова Е.В., 2007). В структуре причин младенческой смертности более 2/3 случаев смерти приходится на перинатальный период и врожденные аномалии, т.е. на заболевания, связанные со здоровьем матери.

1.1.6. Смертность по классам причин.

Динамика смертности населения России по основным классам причин на 100 тыс. человек показана на рис. 10. Видно, что в 1998–2004 гг. смертность населения России постоянно увеличивалась по всем основным классам причин. Определенная стабилизация и улучшение наступили только в 2005–2010 гг. При этом основная доля в росте смертности населения страны приходится на болезни системы кровообращения (рост более чем в 1,3 раза за последние 15 лет); далее следует смертность от новообразований и от внешних причин (самоубийств, транспортных несчастных случаев, травм, отравлений алкоголем, убийств и т.д.).

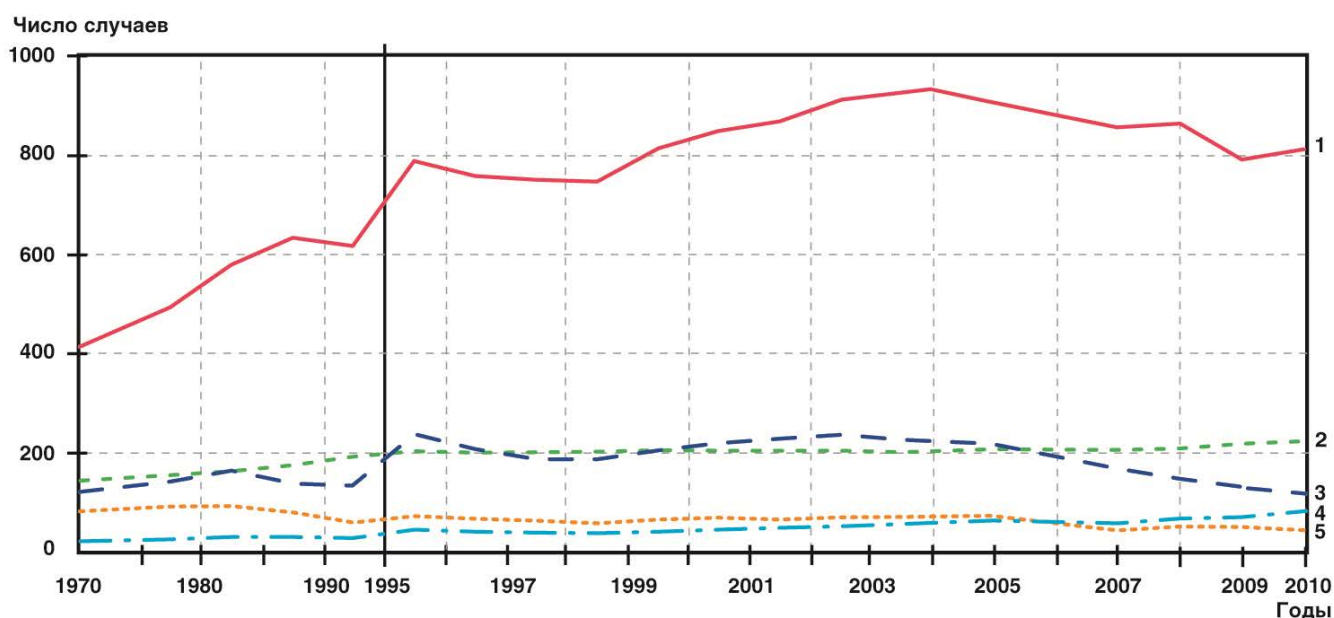


Рис. 10. Динамика смертности населения по основным классам причин (на 100 тыс. населения).

1 – болезни органов кровообращения, 2 – новообразования, 3 – внешние причины, 4 – болезни органов пищеварения, 5 – болезни органов дыхания.

В 2010 г. основными причинами смертности были неинфекционные заболевания: **болезни системы кровообращения** — 56,2% (1 млн. 152 тыс. из 2 млн. 28 тыс. умерших); **новообразования** — 14,4%, **внешние причины** — 10,1%, болезни органов пищеварения — 4,5%, болезни органов дыхания — 3,6%. От инфекционных заболеваний умерли 32,5 тыс. человек, что составило 1,6% всех умерших (рис. 9).

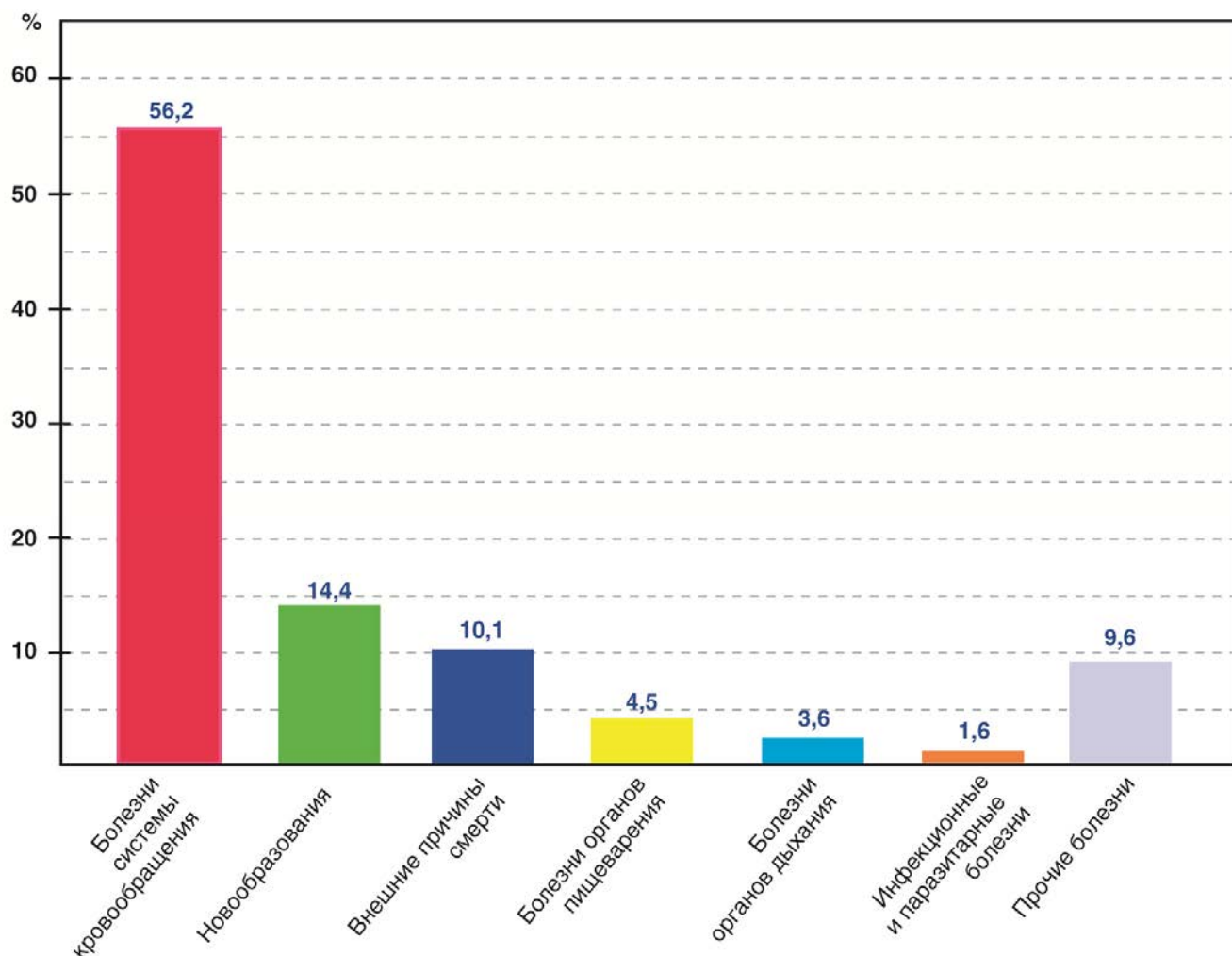


Рис. 11. Структура смертности населения России по основным классам причин в 2010г.

В РФ показатели **смертности от болезней системы кровообращения** являются одними из самых высоких в мире и составили в 2010 г. 798 случая на 100 тыс. человек (в 2009 г. — 801, в 2008 г. — 836). Соответствующие показатели в 2009 г. в «старых» странах ЕС составили 182, в «новых» странах ЕС — 436, в США — 250. Анализ возрастной структуры смертности от болезней системы кровообращения в период с 1991 по 2006 г. показывает существенное увеличение смертности в трудоспособном возрасте. Например, в возрасте от 30 до 44 лет она увеличилась на 86% (с 76 до 142 случаев на 100 тыс. населения), а в возрасте от 45 до 59 лет — на 36% (с 431 до 585 случаев на 100 тыс. населения).

По данным Росстата, в 2009 г. **смертность от отдельных причин, связанных с употреблением алкоголя** (хронический алкоголизм, алкогольные психозы, алкогольная болезнь печени, случайные отравления алкоголем, алкогольная кардиомиопатия, дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, хронический панкреатит алкогольной этиологии), была в нашей стране одной из самых высоких в мире⁸: 48 случаев на 100 тыс. человек (у мужчин — 77, у женщин — 24). По данным D. Zaridze et al.⁹,

⁸ В статистической базе данных ВОЗ при оценке алкогольассоциированных смертей учитывается больший, чем в Росстате, перечень заболеваний.

⁹ Zaridze, David; et al (2009). "Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case—control study of 48 557 adult deaths.

неумеренное употребление алкоголя в последние годы в нашей стране обусловило более половины смертей в группе трудоспособного населения в возрасте от 15 до 54 лет. При этом учитывались смерти не только от причин, регистрируемых Росстатом, но и алкогольассоциированные смерти от травм, несчастных случаев, убийств и самоубийств, злокачественных новообразований пищевода и гортани, рака печени, туберкулеза и пневмонии.

Новообразования. В 2010 г. смертность от онкологических заболеваний составила 205 на 100 тыс. человек (2009 г. — 207, в 2008 г. — 204). Этот показатель в России на 20% выше, чем в «старых» странах ЕС, и находится на одном с «новыми» странами ЕС уровне. Онкологические заболевания в России характеризуются высокой долей смертей в течение 1го года после установления диагноза (например, от рака легкого — 56%, от рака желудка — 55%), что свидетельствует о низкой ранней выявляемости этих заболеваний. Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологических заболеваний почти в 2 раза чаще, чем женщины, но заболеваемость среди женщин выше.

Смертность от внешних причин в 2010 г. составила в России 144 случая на 100 тыс. человек (в 2009 г. — 158, в 2008 г. — 172). Это в 4 раз больше, чем в «старых» странах Евросоюза, и в 2,3 раза больше, чем в «новых» (соответственно 34,2 и 62,3 случая на 100 тыс. человек).

Чрезмерное потребление в России алкогольных напитков составляет огромную долю в смертности от внешних причин (59% у мужчин и 43% у женщин) как напрямую (смерть вследствие отравления алкоголем), так и косвенно — ведет к дорожно-транспортным происшествиям (ДТП), становится причиной насильственной смерти и т.д. В состоянии опьянения находились большинство убийц и/или их жертвы, а также около половины самоубийц¹⁰.

Случайные отравления алкоголем — одна из основных внешних причин смертности в России. Алкоголь — сильное психотропное вещество; прием 400 г даже качественного спирта в течение 1 ч может привести к смертельному исходу. Поэтому сама доступность спирта делает его опасным.

В 2010 г. смертность в результате случайного отравления алкоголем составила 10 на 100 тыс. человек (в 2009 г. — 15, в 2008 г. — 17). При этом в 2009 г. смертность населения в трудоспособном возрасте от этой причины была значительно выше и равнялась 18,9 (у мужчин — 30,6, у женщин — 6,7) на 100 тыс. человек трудоспособного возраста. В городе смертность населения трудоспособного возраста составила 16,5 (у мужчин — 27,1, у женщин — 5,7), на селе значительно выше — 25,8. Особенно высокий этот показатель у мужчин трудоспособного возраста в сельской местности, где он равняется 40,1 (у женщин — 9,6), что в 4 раза выше, чем в среднем по стране.

Транспортные несчастные случаи. Смертность от всех видов транспортных несчастных случаев (главным образом при ДТП) в 2010г. составляет 20 на 100 тыс. населения (в 2009 г. — 21, в 2008 г. — 25), что практически в 3 раза выше, чем в 2008г. в «старых» странах Евросоюза — 6,9, и в 1,6 раза выше, чем в «новых» странах ЕС — 12,2. И это при том, что количество автомобилей на душу населения в России в 3 — 5 раза меньше, чем в странах ЕС и США, а водительское удостоверение имеет четверть взрослого населения по сравнению с более, чем 95% в США.

Самоубийства. В России частота самоубийств в 2010 г. составляла 23 случая на 100 тыс. человек (в 2009 г. — 26, в 2008 г. — 27), что в 2,5 раза выше, чем в 2008г. в «старых» странах Евросоюза — 9,1, и в 1,6 раза выше, чем в «новых» странах ЕС — 14,1. Около половины самоубийц в стране находились в состоянии алкогольного опьянения.

Убийства. С 1990 по 2007 г. частота убийств в стране увеличилась в 1,2 раза — с 14,3 до 17,9 случая на 100 тыс. человек в год. К 2010 году этот показатель, напротив, уменьшился до 13 (в 2009 г. — 15, в 2008 г. — 17); этот показатель в РФ — один из самых

¹⁰ Немцов А.В. «Алкогольная история России. Новейший период». М. Либроком 2009.-320 стр.

высоких в мире. В «старых» странах ЕС в 2008г. он равнялся 0,7, в «новых» — 1,9. Более половины убийств связано с потреблением алкоголя¹¹. При этом, средний возраст жертв насильственной смерти намного ниже, чем в случае смерти от других причин; это значительно увеличивает потери населения в трудоспособном возрасте. После 1998 г. начало расти число насильственных смертей у молодых людей, что сопряжено с увеличившимся потреблением ими алкогольных напитков и наркотиков.

1.1.7. Неравенство различных категорий населения по показателям ожидаемой продолжительности жизни и смертности.

Имеются существенные различия в ожидаемой продолжительности жизни между населением субъектов РФ. Например, в Читинской, Амурской и Сахалинской областях этот показатель 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. Показатели смертности и ожидаемой продолжительности жизни в разных субъектах РФ, а также их соотношение с уровнем финансирования здравоохранения в этих субъектах подробнее представлены в разделе 3.

Ожидаемая продолжительность жизни сельского населения оказалась в 2010 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 (см. раздел 3.3.3).

В России самый большой в мире разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин (12 лет, 2010г.), что свидетельствует о преимущественном влиянии специфических поведенческих факторов. Так, по данным РМЭЗ¹² (2005), мужчины в России употребляют алкоголь в 6 раз больше, чем женщины, а распространенность курения среди них выше в 4 раза¹³, причем мужчины выкуривают в среднем 16 сигарет в день, а женщины — 11.

Хотя женщины в России и живут гораздо дольше мужчин (ожидаемая продолжительность жизни женщин в 2009 г. — 74,7, мужчин — 62,8), состояние их здоровья значительно хуже, чем у жительниц стран ЕС, а ожидаемая продолжительность жизни меньше в среднем на 9,5 и 4,2 лет, соответственно, чем у женщин, живущих в «старых» и «новых» странах ЕС.

1.1.8. Рождаемость и старение населения.

Демографическая ситуация в стране усугубляется сокращением рождаемости. На рисунке 12 показано изменение коэффициента рождаемости по годам (число родившихся живыми на 1000 населения в год) и коэффициента фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение ее жизни) в России в период 1950 – 2010гг. Поведение этих кривые эквидистантно. Видно, что в период 1955 – 1968гг. коэффициент рождаемости упал на 40% с 27 до 16 и оставался постоянным до

¹¹ Г.Э Улумбекова «Здравоохранение России: Итоги 2010 г.Что надо делать дальше?». Менеджер здравоохранения № 3, 2011 г.

¹² Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения.

¹³ Bobak M., Gilmore A., McKee M. Rose R. et.al. Changes in smoking prevalence in Russia, 1996 – 2004// Tobacco control. – 2006 –Vol.15, - P. 131 – 135.

1988г., в среднем на уровне 16, при этом коэффициент фертильности упал на 24% с 2,62 до 2, далее он оставался в среднем на уровне 2 ребенка на одну женщину в течение 20 лет. В период 1988 – 1993 г. рождаемость упала с 16 до 9,4 (на 40%) в 1993 году, а в период 1993 – 1999 год – до 8,3 (на 12%) в 1999г. С 1999 по 2010 год коэффициент рождаемости увеличился с 8.3 до 12,6 (на 50%). Аналогично ведет себя и коэффициент фертильности. С 1989 года по 1993 года он падает с 2 до 1,3 (на 35%), с 1993 по 1999 год с 1,3 до 1,1 (на 15%), далее с 1999 по 2010г. увеличивается с 1,1 до 1,54 (на 40%).

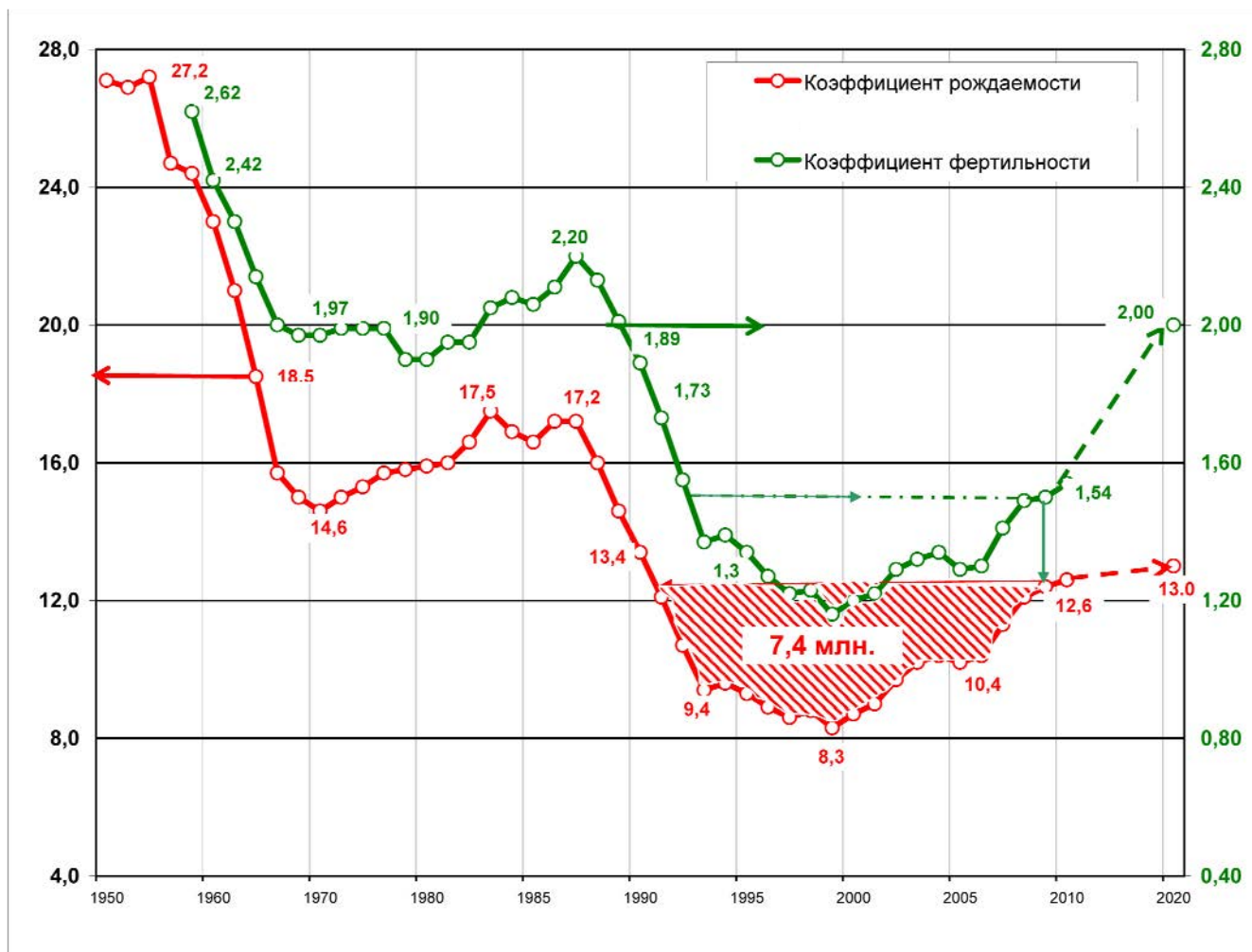


Рис. 12. Динамика коэффициента рождаемости и коэффициента фертильности в период 1950 - 2010гг. с прогнозом до 2020г.

Чтобы обеспечить воспроизводство населения страны, коэффициент фертильности должен равняться 2,14. В «старых» странах ЕС он составляет в среднем 1,56, в «новых» — 1,3. Во Франции за счет эффективной демографической политики он повысился до 1,92, а в США равен 2,1.

Снижение рождаемости в России связано с двумя факторами: с одной стороны распад СССР и ухудшение социально-экономических условий для рождения второго и последующего детей, с другой стороны с поведенческим фактором семей, вызванных урбанизацией, ростом образовательного уровня женщин и т.д., который имеет место во всех развитых и в большинстве стран с переходной экономикой в Европе. Выделить влияние отдельно каждого из этих факторов можно следующим образом: период 2008 – 2010гг. коэффициент фертильности в России достиг 1,5 и вышел на постоянный уровень, при этом коэффициент рождаемости равен 12,5. Такой коэффициент фертильности соответствует сегодняшней социально-экономической ситуации в стране, которая

приблизительно соответствует состоянию конца 1980-х – начала 1990-х годов, а по обеспечению жильем молодых семей, доходам и социальным обеспечением основной массы населения страны, практически бесплатными детскими садами и яслями, повсеместной бесплатной медицинской помощью и др., т.е. мероприятиям, стимулирующим рождаемость второго и последующего детей, значительно лучше, чем сегодня. Если бы не было распада СССР, то, вероятнее всего, коэффициент фертильности упал бы не ниже 1,5, что соответствует коэффициенту рождаемости 12,5. Отсюда можно оценить число нерожденных детей в России из-за распада СССР и последующих экономических реформ. Это число соответствует заштрихованной площади на рисунке 7, и оно равно 7,4 млн. человек, при средней численности населения в 1991г. – 2010гг. – 146 млн. человек. **Тогда естественная убыль населения России в период 1991 – 2010 гг., из-за распада СССР и последующих социально-экономических реформ, составит $10,5 + 7,4 = 17,9$ млн. человек.**

На рисунке 13 показано изменение коэффициента рождаемости России, Украины, Белоруссии, Казахстана, а также в «новых» странах ЕС в период 1980-2010гг. Видно, что, за исключением Казахстана, поведение кривых коэффициента рождаемости этих стран близки между собой. Причем, в этих странах в 1991г. коэффициент рождаемости находился в диапазоне 12,1 – 12,5. Отсюда можно оценить число нерожденных детей в период 1991 – 2010 гг. в Украине и Белоруссии, связанное с распадом СССР В Украине: при средней численности населения в этот период – 49 млн. человек, оно равно 2,6 млн. человек. В Белоруссии, при средней численности населения в этот период – 9,8 млн. человек, равно – 0,55 млн. человек. Итого: число нерожденных детей в этих трех странах в период 1991 – 2010гг. равно около 10,5 млн. человек. **Тогда естественная убыль населения трех славянских стран в период 1991 – 2010 гг., из-за распада СССР и последующих социально-экономических реформ, составит 25 млн. человек.**

Коэффициент рождаемости

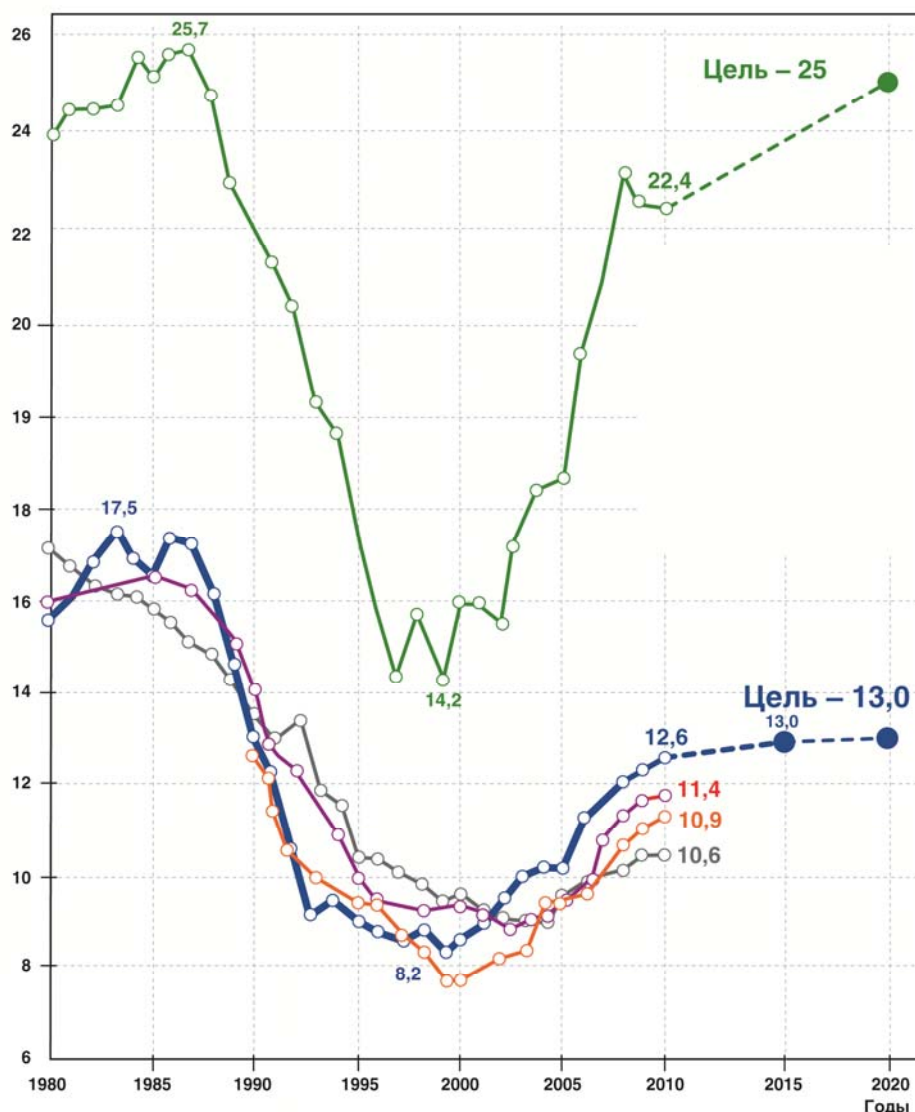


Рис. 13. Динамика коэффициента рождаемости России, Украины, Белоруссии, Казахстана и «новых» стран ЕС в период 1980 – 2010гг. с прогнозом до 2020г.

Здесь не учитывается Казахстан, у которого коэффициент фертильности вырос с 2,22 в 2005 до 2,66 в 2009 году и приблизился к 2,73, уровень 1991 года, при этом, коэффициент рождаемости достигает 22,4. В результате, при низком ОКС, равном 8,9, в Казахстане наблюдается ежегодный рост численности населения, без учета положительной миграции, в среднем 220 тыс. человек.

Старение населения России. 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 70–80е 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 пенсионного возраста возросла до 21%.

1.1.9. Естественное движение населения России¹⁴.

На рис. 14 показана динамика естественного движения населения 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 2010 г. эта величина снизилась до соответственно 241 тыс., или до 0,17 %. Следует отметить, что в период 1999–2006 гг. миграционный прирост позволял компенсировать не более 10–20% естественной убыли населения страны (рис. 13). Ситуация улучшилась только в 2007 – 2009 гг., когда за счет ежегодного миграционного прироста в среднем на 240 тыс. человек замедлилось сокращение численности населения страны. Однако уже в 2010г. миграционный прирост населения существенно сократился до 158 тыс. В период 1991 – 2010гг. миграционный прирост населения России составил всего 5,43 млн. человек, на фоне естественной убыли населения – 13,14 млн. человек.

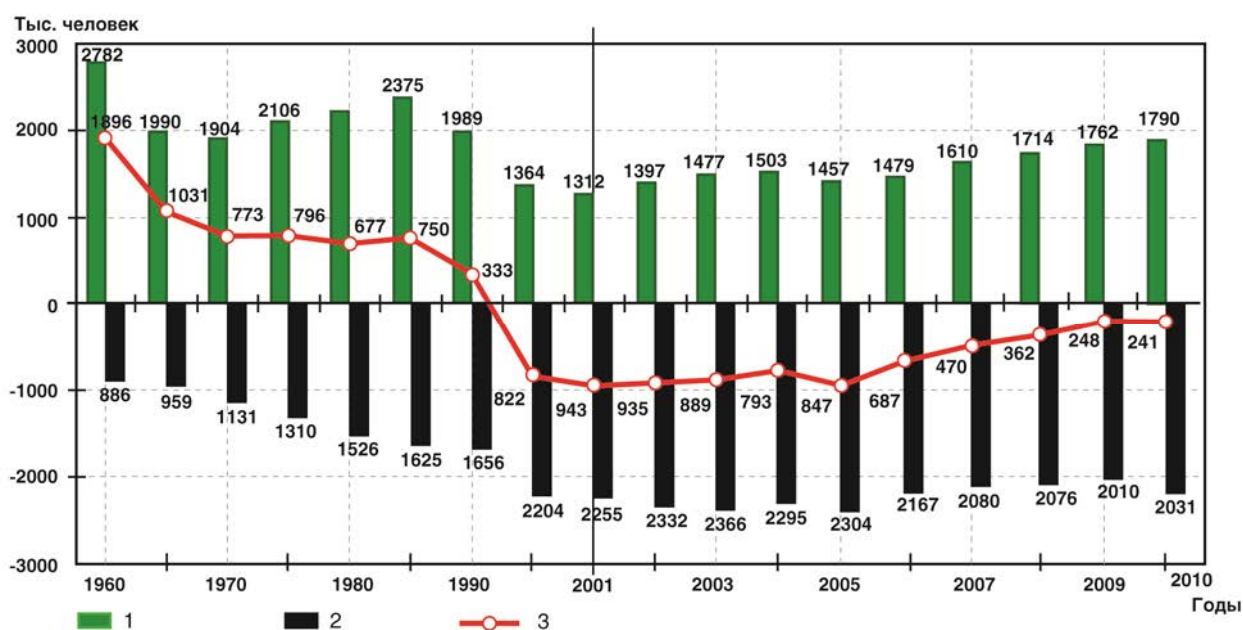


Рис. 14. Показатели естественного движения населения России:

1 – родившиеся; 2 – умершие; 3 – естественный прирост.

В 1991–2005 гг. демографические показатели в стране постоянно ухудшались: росла смертность по всем классам причин, снижалась ожидаемая продолжительность жизни, в то время как в странах ЕС эти показатели улучшались. Рождаемость в период с 1991 по 2000 г. неуклонно падала, и только с 2000 г. начался ее рост. Но, поскольку в даже в 2010г. коэффициент рождаемости в России в 1,14 раза меньше, чем общий коэффициент смертности, при недостаточном уровне миграции численность населения страны продолжает сокращаться. Все это происходит на фоне неуклонного увеличения доли пожилого населения и сокращения доли детей.

Анализ причин смертности по возрастным группам и классам причин показал, что рост смертности населения произошел преимущественно за счет роста смертности трудоспособного населения и от предотвратимых причин — болезней системы

¹⁴ Обобщенное название совокупности рождений и смертей, изменяющих численность населения так называемым естественным путем.

кровообращения и внешних причин смерти. Более половины этих смертей связано с излишним употреблением алкоголя и одна пятая — с широким распространением табакокурения.

Только в 2006–2007 гг. благодаря ПНП «Здоровье» (см. раздел) наметилось определенное улучшение. Это демонстрирует важность проводимых мероприятий в здравоохранении и доказывает необходимость их существенного расширения.

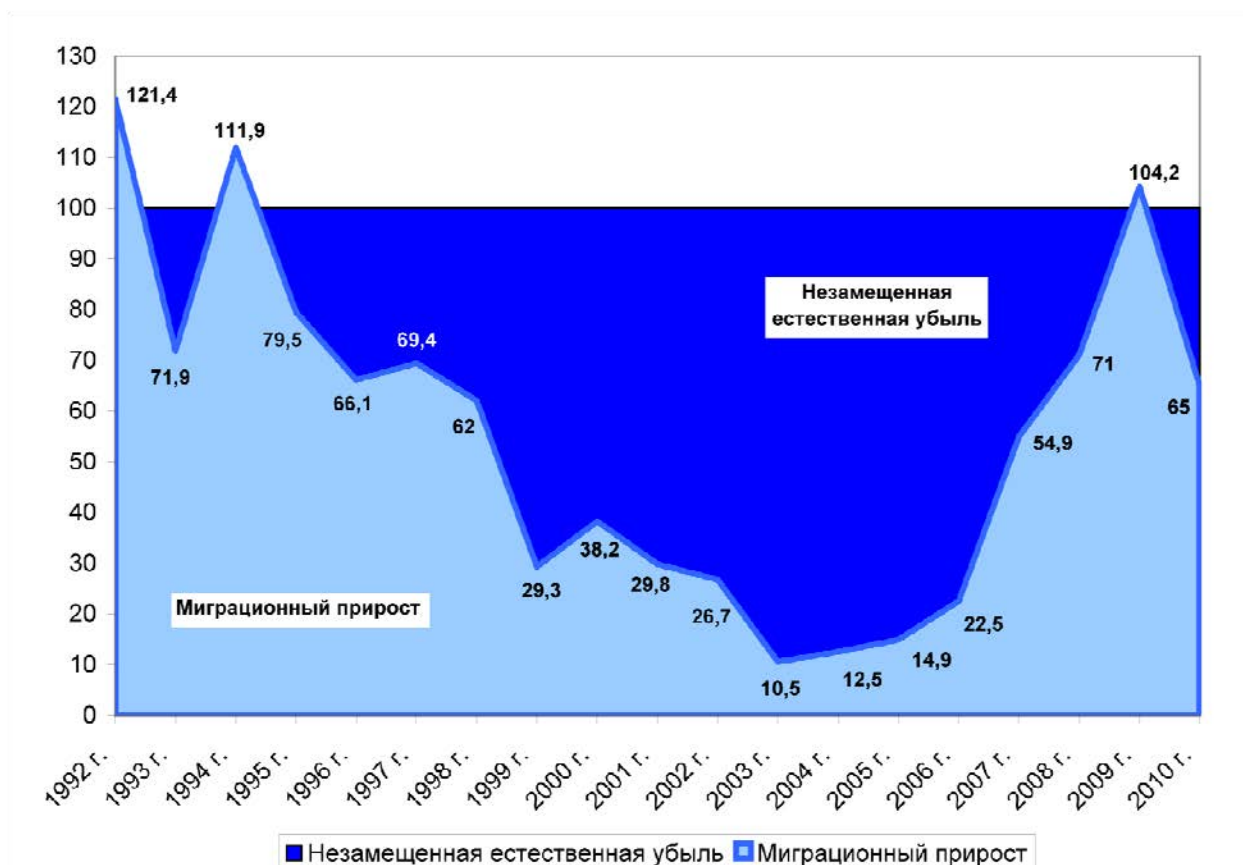


Рис. 15. Динамика отношения миграционного прироста населения России к естественной убыли населения, в %, в период 1991 – 2010 гг.

1.2. Показатели здоровья населения

1.2.1. Заболеваемость населения

В последние 20 лет общая заболеваемость населения РФ постоянно растет, что объясняется, с одной стороны, ростом доли пожилого населения и более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, с другой — ухудшением здоровья населения и неэффективностью системы профилактики и лечения заболеваний. Например, дополнительные диспансерные осмотры работающего населения, проведенные в 2006 и 2007 гг. в рамках ПНП «Здоровье», позволили выявить недиагностированные ранее заболевания. По данным Федерального фонда ОМС¹⁵, из 13 млн. всех обследованных к 1-й группе здоровья, т.е. практически

¹⁵ ФОМС № 1; 2009 г

здоровых, относятся около 20% обследованных граждан трудоспособного возраста. За 2006–2007 гг. всего было выявлено 4 млн. случаев новых заболеваний, из них 70% на ранних стадиях¹⁶.

Всего в 2010 г. было зарегистрировано (выявлено) 228,1 млн. случаев заболеваний, а в 2009 г. – 221,5 млн. человек, а в 1990 – 158,3 млн., т.е. рост составил 44% (а в пересчете на 100 тыс. населения заболеваемость увеличилась на 49%; рис. 16). Наблюдаемый рост заболеваемости коррелирует с ростом смертности населения за этот период. Следует отметить, что реальная заболеваемость, требующая врачебного вмешательства, может быть еще выше, чем регистрируемая. Связано это с тем, что часть населения из-за низкой доступности медицинской помощи, особенно первичной медико-санитарной помощи, просто не обращается в медицинские учреждения (см. раздел 3.4).

На рисунке 16 представлена динамика общей заболеваемости по годам и по отдельным классам болезней на 100 тыс. населения (столбцы) в динамике 1990 по 2008г. Существенно, что с 1990 по 2008г. возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти, например количество заболеваний системы кровообращения увеличилось в 2 раза, онкологических — на 60%. Частота приводящей к инвалидности патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также осложнений беременности, родов и послеродового периода возросла в 2 раза. На рисунке 16 представлена структура общей заболеваемости в 2009 г. по основным классам болезней. Среди причин заболеваемости преобладала патология органов дыхания (23,5%) и системы кровообращения (14,1%).

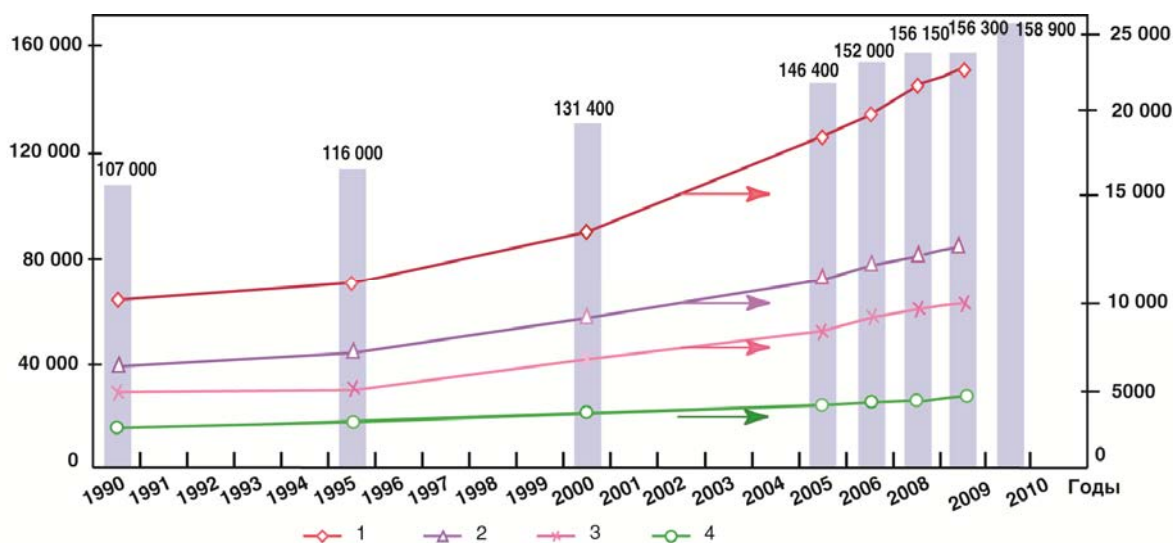


Рис. 16. Динамика общей заболеваемости в РФ на 100 тыс. населения России в период 1990 - 2010 гг. (всего населения и по классам болезней):

столбцы – все заболевшие (левая ось ординат); кривые – заболеваемость по классам болезней (правая ось ординат): 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.

¹⁶ Доклад министра здравоохранения и социального развития «О предварительных итогах ПНП «Здоровье» в 2006–2007 гг. и параметрах проекта и демографической политики в 2008 г., а также направлениях на долгосрочную перспективу» (2007).

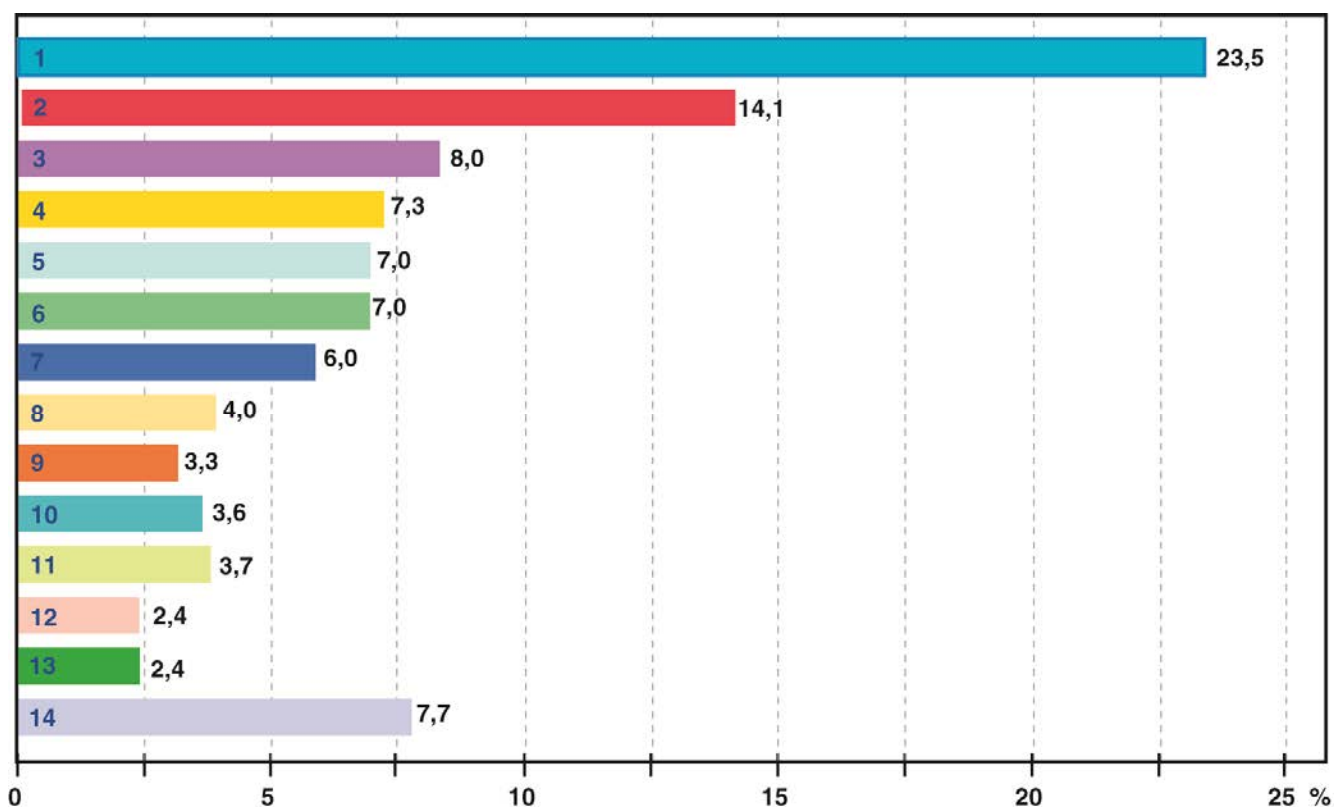


Рис. 17. Структура общей заболеваемости населения России по основным классам болезней в 2009г.:

1 – болезни органов дыхания; 2 – болезни системы кровообращения; 3 – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; 4 – болезни органов пищеварения; 5 – болезни глаз и его придаточного аппарата; 6 – болезни мочеполовой системы; 7 – травмы, отравления и другие внешние воздействия; 8 – болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки; 9 – инфекционные и паразитарные болезни; 10 – болезни нервной системы; 11 – болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ; 12 – болезни уха и сосцевидного отростка; 13 – новообразования; 14 – все остальные.

С 1990 г. отмечается резкое увеличение числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, и эта отрицательная динамика сохраняется (рис. 15). В 2000–2008 гг. больными оказались 40% всех родившихся детей, и только в 2009 – 2010гг. произошло снижение до 37%.

Следует отметить, что с 1990 по 2009 г. возросла первичная заболеваемость туберкулезом и некоторыми заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем. Так, первичная заболеваемость туберкулезом выросла в 2,4 раза, причем почти треть больных с легочной формой туберкулеза имели запущенную форму заболевания.

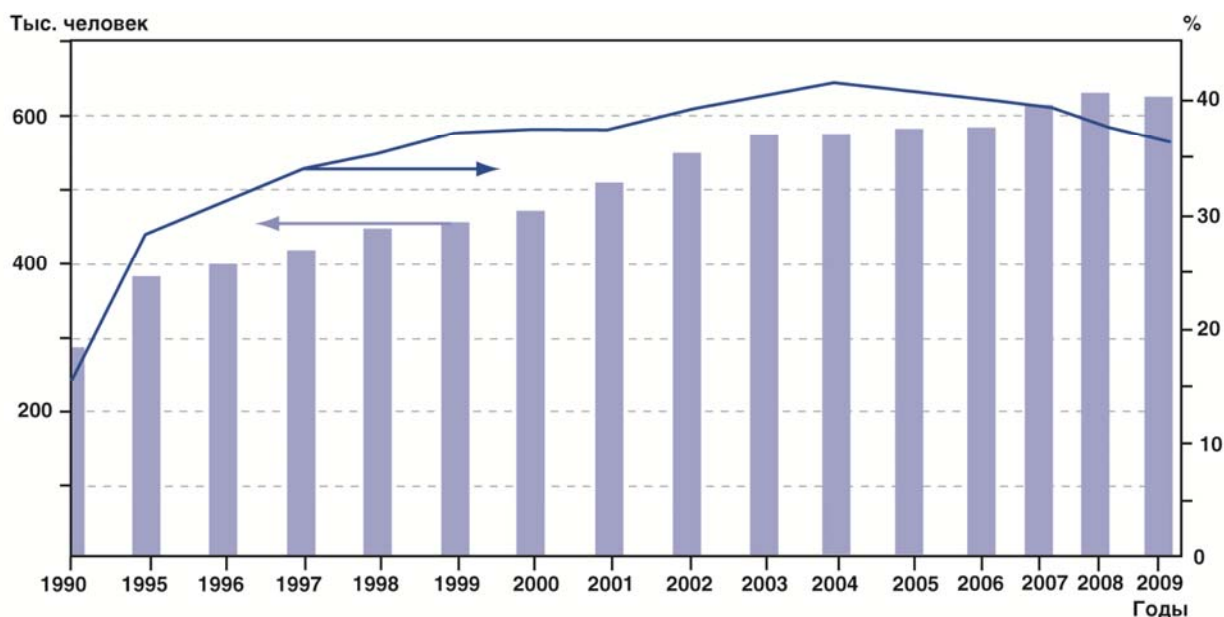


Рис. 18. Число детей, родившихся больными или заболевших во время новорожденности, с массой тела более 1000г.:

столбцы (левая ось ординат) – абсолютное число детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности (тыс.); кривая (правая ось ординат) – их доля от всех родившихся (%); на оси ординат указывают стрелки.

Хотя первичная заболеваемость сифилисом и снижается с 1995 г., она по-прежнему остается в 9,6 раз выше, чем в 1990 г., и почти в 2,3 раза выше, чем в 1980г. А сама численность больных сифилисом, стоящих на учете в ЛПУ, в 6,7 раз выше, чем в 1990г. (в 1990 и в 2009г., соответственно – 32,2 и 215 случаев на 100 тыс. человек)¹⁷.

Постоянно растет число заболевших ВИЧ-инфекцией. В 2009г. по сравнению с 2000г. число зарегистрированных больных выросло в 4,2 раза до 333 тыс. человек или 235 случаев на 100 тыс. человек. Рост распространенности этих заболеваний свидетельствует как о социально-экономическом неблагополучии в обществе, так и о низкой эффективности профилактических программ.

1.2.2. Инвалидность населения.

Инвалидность в нашей стране с 1990 по 2009 г. меняется мало (рис. 19), в том числе не уменьшается доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанных инвалидами, которая составляет 46,7%. Всего на 1 января 2010 г. зарегистрированы 13,134 млн. инвалидов, или 9,2% населения. В последние годы в структуре первичной инвалидности преобладают заболевания системы кровообращения (41,3%), а также злокачественные новообразования (19,5%).

¹⁷ Здесь и далее, по данным Росстата. Ежегодный Статистический справочник 2009г.

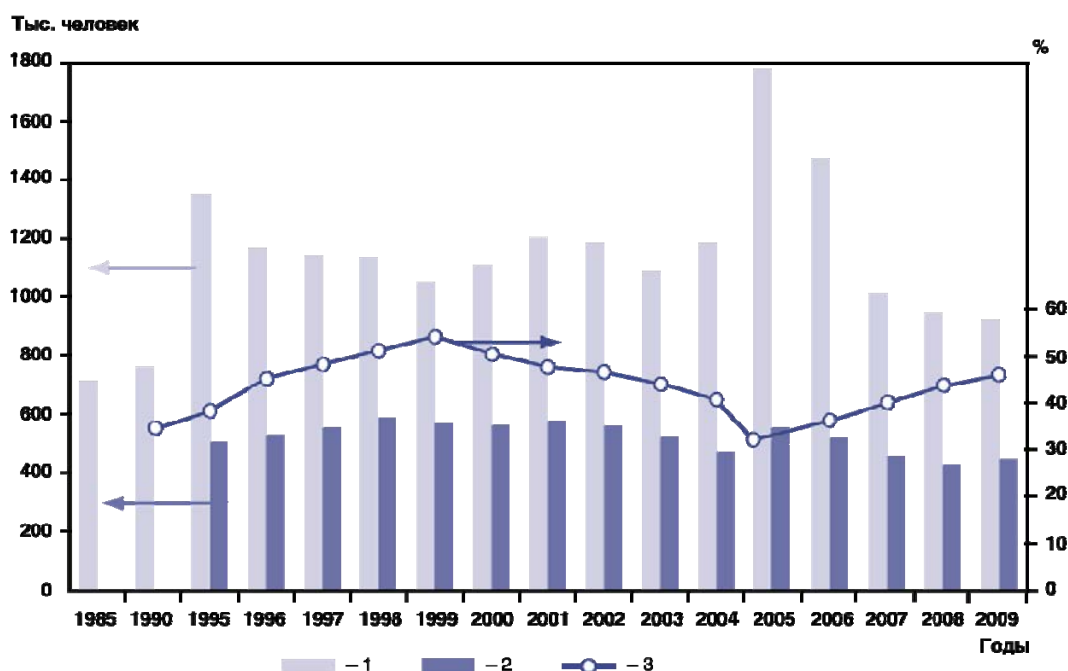


Рис. 19. Численность лиц, впервые признанных инвалидами, в возрасте 18 лет и старше:

1 – всего впервые признанных инвалидами (тыс.); 2 – абсолютное число инвалидов трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами (тыс., данные, начиная с 1995г.); 3 – доля инвалидов трудоспособного возраста от общей доли впервые признанных инвалидами (%).

1.2.3. Производственный травматизм и профессиональные заболевания.

Хотя общий производственный травматизм в РФ начиная с 1990 г. постоянно снижается и составил в 2009 г. 2,1 случая на 1000 работающих¹⁸ (всего 46 тыс. случаев), число пострадавших при несчастных случаях на производстве со смертельным исходом остается высоким и составляет 0,09 на 1000 работающих (или 1,4 на 100 тыс. населения, по данным ВОЗ, 2009)¹⁹. При этом российский показатель травматизма на производстве со смертельным исходом в 1,2 раза превышает аналогичный показатель в «старых» странах ЕС и равен показателям в «новых» странах.

Численность больных с профессиональными заболеваниями (установленными впервые) находилась на уровне 1,9-2 человека на 10 000 работающих в период 1990–2004 гг.; затем наблюдалось ее снижение. Сегодня уровень профессиональной заболеваемости составляет 1,7 случая на 10 000 работающих (или 5,7 на 100 тыс. населения). Этот показатель ниже, чем в большинстве стран ЕС, но это не является признаком благополучия с профессиональной заболеваемостью в нашей стране, так как большинство случаев этой патологии не выявляется и/или не связывается с профессиональными вредностями (Измеров Н.Ф., 2002). Неблагополучие в сфере

¹⁸ Расчет показателя сделан по наиболее травмоопасным отраслям экономики (обрабатывающие отрасли, добыча полезных ископаемых, транспорт, строительство).

¹⁹ 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.

производственного травматизма и профессиональных заболеваний отмечено также в докладе, подготовленном Минздравсоцразвития России «О реализации государственной политики в области охраны труда в Российской Федерации в 2008 г.» (см. раздел 3).

1.3. Последствия проблем в демографии и состоянии здоровья населения.

Если не будут предприняты специальные меры по снижению смертности населения и увеличению рождаемости, то по пессимистичным сценариям Росстата, то численность населения страны сократится к 2020 г. на 5,9 млн. человек и составит на начало 2021 г. 137 млн. человек, а к началу 2031 г. число россиян сократится на 12% и составит 127,4 млн. человек.

Такая депопуляция на огромных территориях России представляет **угрозу национальной безопасности** и может привести к нестабильности и резкому ухудшению управляемости страной. Экономический рост замедлится, так как он существенно зависит от роста числа здоровых и обученных лиц трудоспособного возраста и от числа здоровых лиц старше трудоспособного возраста, способных к активному труду.

Снижение численности населения трудоспособного возраста в среднем на 10 млн. за 10 лет может быть компенсирована как, за счет эффективной миграционной политики восполняющей убыль квалифицированной и неквалифицированной рабочей силы, так и за счет увеличения пенсионного возраста минимум на пять лет. Это возможно при проведении государственной политики, направленной на существенное улучшение показателей здоровья, в первую очередь мужчин трудоспособного возраста.

Угроза резкого сокращения числа мужчин призывного возраста будет усугубляться ростом среди них числа лиц, непригодных к военной службе в связи с плохим здоровьем, алкогольной и наркотической зависимостью.

Самое большое различие в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами (12 лет – 2010 г.) ведет к **дестабилизации семей** (нарушению устойчивости браков) и исключительно высокой доле вдов в России. Сегодня в РФ доля вдов среди женщин в возрасте 20 лет и старше составляет 20% (Социальный атлас российских регионов, 2009). Изменение соотношения численности мужчин и женщин также усугубит проблему низкой рождаемости в будущем.

Разница в показателях здоровья населения между жителями различных субъектов РФ, жителями города и села будет обострять существующие различия и приведет к **обострению социально-экономических проблем.**

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ «Демография и показатели здоровья населения РФ»

- Распад СССР и последующие экономические реформы в стране в период 1991 – 2010 гг. привели к демографической катастрофе в России, и других странах на постсоветском пространстве, а именно:
 - к снижению численности населения РФ на **5,4 млн. человек**, при том естественная убыль населения составила 13,1 млн. человек, а миграционный прирост – всего 5,4 млн. человек;
 - к потенциальной потере численности населения РФ в количестве **17,9 млн. человек**, из которых: **10,5 млн. человек**, включая 2,85 млн. мужчин и 0,7 млн. женщин трудоспособного возраста, - это потеря за счет сверхсмертности по отношению к среднему уровню смертности в РСФСР в период 1980 – 1990 гг., **7,4 млн. человек** – это потеря населения за счет резкого снижения рождаемости в этот период по сравнению с 1991 – 1992 гг.;
 - к суммарным потерям населения в России, Украине, Белоруссии, Казахстане из-за сверхсмертности, по отношению к среднему уровню смертности в этих республиках в период 1980 - 1990 гг. в количестве **15,1 млн. человек** или **6,7%** от их численности в 1991 г. (227 млн. человек). Это почти в два раза больше, чем суммарные потери населения в период 1929 – 1939 гг. в этих республиках – **8 млн. человек** из-за сверхсмертности, вызванной принудительной коллективизацией, голодомором (7 млн. чел.) и репрессиями (1 млн. чел.); или **5,6%** от их численности в 1929 г. (142,8 млн. человек);
 - при этом, в период 1991 – 2010 гг. суммарная численность населения России Украины, Белоруссии, Казахстана **сократилась на 12,8 млн. человек**, в отличие от периода 1929 – 1939 гг., когда численность населения в этих республиках, (без учета территорий, вошедших в состав СССР после 17.09.1939 г.), **увеличилась на 8,2 млн. человек**, за счет высокой рождаемости и миграции внутри СССР.
 - к **суммарным потерям** из-за сверхсмертности всего населения в республиках б. СССР в размере **19 млн. человек**, полученные путем пересчета 15,1 млн. человек потерь численности населения из-за сверхсмертности в России, Украине, Белоруссии и Казахстане, на все население б. СССР (287 млн. человек в 1991 г.). Для сравнения в период Великой Отечественной войны 1941 – 1945 гг. потеря населения СССР составила 26,6 млн. человек. Численность населения СССР – 194,5 млн. человек (на 01.01.1941г.) восстановилась через 10 лет после окончания войны, в 1955 году.
- Прогноз Росстата по различным сценариям на период 2011 – 2020 гг., дает:
 - численность населения РФ – от **137 млн. человек** (низкий сценарий) – до **145,3 млн. человек** (высокий сценарий);
 - к потенциальной потере численности населения в диапазоне **4,5 – 8 млн. человек**, из которых 3,8 – 5 млн. человек за счет сверхсмертности по отношению к уровню смертности 1980 - 1990 гг.; 0,7 – 3 млн. человек – потеря населения за счет снижения рождаемости по отношению к уровню рождаемости в 2010г.

- долговременное снижение численности населения трудоспособного возраста из-за резкого снижения рождаемости и сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста в период 1991 – 2010 гг. Это снижение составит в среднем на 10% с 88,4 в 2010 г. до 77,2 – 79,6 млн. человек в 2020г. или со средним **темпом 1 млн. человек в год**, что эквивалентно уменьшению ВВП на 1,2 % в год

- В 2010г., (начало XXI века) значение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в России имеет тот же уровень **отставания 12 – 16 лет** от США и «старых» стран ЕС, как это было в царской России, в 1900 г. (начало XX века). При этом в 1965 г. в РСФСР это отставание составляло всего 2 – 3 года.
- В период 1991 - 2010 г. значение ОПЖ в России, Украине, Белоруссии и Казахстане существенно **уменьшались (на 3 – 5 лет)** и восстановились к уровню 1991 г. в 2010 г. Значение ОПЖ в «новых» странах ЕС в 1980 – 1990 гг. равнялись значениям ОПЖ России, Украины, Белоруссии и Казахстана. В период 1991 – 2010 гг. они постоянно росли, достигли 75 лет и стали **на 4,5 года больше**, чем в Белоруссии, и **на 6 лет больше**, чем в России, Украине, Казахстане.
- В 2010 г. Россия имеет **уровень смертности в 1,3 раза выше**, чем в РСФСР 20 лет тому назад (в среднем в 1980 – 1990 гг.), **в 1,5 раза выше** уровень общей заболеваемости населения, по сравнению с 1990 г., в пересчете на 100 тыс. человек; **в 2 раза больше** число заболеваний системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани (часто приводящей к инвалидности), осложнения беременности, родов и послеродового периода; **в 1,6 раз больше** – онкологических заболеваний. Число детей, родившихся больными, или заболевших в период новорожденности **увеличилось 2,2 раза** (с 17 до 37% всех родившихся).

Раздел 2.

Факторы, влияющие на здоровье населения.

2.1. Основные факторы, оказывающие влияние на здоровье населения

Основные факторы, оказывающие влияние на здоровье населения, приведены на рис. 20. Среди них: образ жизни, экологическая и социально-экономическая обстановка, биологические факторы (наследственность), а также политика в области охраны здоровья населения.



Рис. 20. Факторы, оказывающие влияние на здоровье населения.

Определить долю влияния каждого из этих факторов сложно, так как все они взаимосвязаны и во многом модифицируются политикой в области охраны здоровья населения, которая реализуется, прежде всего, через систему здравоохранения. Охрана здоровья населения согласно определению, данному в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан, — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней

активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Для реализации программ в области охраны здоровья создаются органы управления здравоохранением (министерства). Согласно вышеуказанному определению и в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2008), целью министерств здравоохранения является улучшение здоровья населения, а их деятельность охватывает не только оказание медицинской помощи заболевшим, но и включает реализацию программ общественного здоровья²⁰ по профилактике заболеваний, а также координацию межведомственных программ по повышению приверженности населения к здоровому образу жизни. Такая широкая трактовка ответственности министерств здравоохранения определяет и более высокую степень влияния их деятельности на здоровье населения. Например, если учитывать комплексное воздействие на здоровье населения санитарно-эпидемиологических мероприятий, медико-санитарного просвещения населения, профилактических иммунизаций и лечение тяжелых заболеваний антибиотиками, то влияние системы здравоохранения окажется не 10–15%, как утверждают некоторые эксперты, а 70–80%. О влиянии в 10–15% можно говорить, имея в виду только медицинскую помощь заболевшим и в достаточно хорошо финансируемых системах здравоохранения.

Если обсуждать воздействие на здоровье граждан только медицинской помощи, то следует иметь в виду, что в странах с развитой рыночной экономикой (в которых здравоохранение хорошо финансируется и населению обеспечивается практически полный набор всех возможных медицинских услуг) дополнительное увеличение финансирования системы может привести к относительно небольшому эффекту по сравнению со странами, где есть резервы роста в этом направлении. Например, в РФ увеличение финансирования и повышение эффективности деятельности системы здравоохранения в большей степени повлияют на улучшение здоровья, чем это произойдет в «старых» странах ЕС.

Определенно можно только сказать, что воздействие образа жизни на здоровье в 2–2,5 раза выше, чем других факторов. Так, более 80% случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета II типа, а также около 40% случаев заболеваний злокачественными новообразованиями можно предотвратить путем модификации образа жизни населения и снижения влияния факторов риска.

Далее проанализировано влияние на здоровье населения РФ в 1985–2010 гг. образа жизни, межведомственных программ в области охраны здоровья, экологических и социально-экономических факторов. Биологические факторы не рассматриваются, так как за 22 года они существенно измениться не могли.

2.2. Образ жизни.

Анализ эпидемиологических данных позволяет выявить влияние различных причин на показатели смертности и заболеваемости населения, а также определить признаки — факторы риска. Наличие фактора риска свидетельствует о повышенной вероятности развития того или иного неблагоприятного события, а его величина — об уровне этой вероятности. Наличие того или иного фактора риска у конкретного человека может и не привести к развитию у него данного заболевания (или смерти), но по величине фактора риска можно определить влияние, которое он оказывает на состояние здоровья населения страны в целом.

²⁰ В развитых странах в названии службы общественного здоровья («public health») термин «общественное» означает, что ее деятельность направлена на общество в целом, а не на отдельных его членов. В РФ эта деятельность реализуется санитарно-эпидемиологической службой Роспотребнадзора и федеральными и региональными органами управления здравоохранением.

В таблице приведены данные ВОЗ о частоте 10 главных факторов риска в структуре показателей общей смертности (2 млн. 233 тыс. умерших) и количестве лет жизни с утратой трудоспособности²¹ (39,410 млн. лет) в России в 2002 г. За 8 лет с 2002 до 2010гг. общая смертность населения России упала всего на 9% до 2 млн. 31 тыс. человек. Четыре фактора риска (высокие артериальное давление и уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя) суммарно составляют 87,5% в общей смертности в стране и 58,5% — в количестве лет жизни с утратой трудоспособности. При этом на 1-м месте по влиянию на количество лет жизни с утратой трудоспособности стоит злоупотребление алкоголем (16,5%). Согласно экспертным оценкам, за последние 6 лет относительные показатели изменились мало.

Таблица 2. Доля 10 главных факторов риска в общей смертности и количестве лет жизни с утратой трудоспособности в России в 2002 г.²²

Место	Фактор риска	Всего смертей, %	Место	Фактор риска	Количество лет жизни с утратой трудоспособности, %
1-е	Высокое артериальное давление	35,5	1-е	Алкоголь	16,5
2-е	Высокое содержание холестерина	23,0	2-е	Высокое артериальное давление	16,3
3-е	Курение	17,1	3-е	Курение	13,4
4-е	Редкое употребление фруктов и овощей	12,9	4-е	Высокое содержание холестерина	12,3
5-е	Высокий индекс массы тела	12,5	5-е	Высокий индекс массы тела	8,5
6-е	Алкоголь	11,9	6-е	Редкое употребление фруктов и овощей	7,0
7-е	Малоподвижный образ жизни	9,0	7-е	Малоподвижный образ жизни	7,0
8-е	Загрязнение воздуха в городах	1,2	8-е	Наркотики	2,2
9-е	Свинец	1,2	9-е	Свинец	1,1
10-е	Наркотики	0,9	10-е	Небезопасный секс	1,0

²¹ Количество лет жизни с утратой трудоспособности — обобщающий показатель здоровья населения, учитывающий смертность, заболеваемость и степень утраты трудоспособности. Он рассчитывается для страны как сумма лет жизни с утратой трудоспособности, обусловленной: 1) преждевременной смертностью от всех причин во всех возрастных группах; 2) инвалидностью и временной потерей трудоспособности. Эти годы рассчитываются по частоте возникновения и длительности различных видов нетрудоспособности, умноженной на коэффициент (удельную тяжесть), который учитывает степень потери трудоспособности по сравнению с потерей жизни.

²² Сумма всех факторов риска может превысить 100% в связи с двойным учетом отдельных факторов риска (оценить вклад каждого из факторов сложно из-за их взаимозависимости).

Злоупотребление алкоголем — важнейшая проблема общественного здоровья в России, причина катастрофически высокого уровня смертности (особенно мужской) в России. Преждевременная смертность составляет около 0,5 млн. человек в год²³.

Основные последствия злоупотребления алкоголем в России включают:

- сверхсмертность, снижение продолжительности жизни, потеря здоровья, снижение рождаемости, ухудшение наследственности и здоровья детей;
- деградация социальной и духовно-нравственной среды, распад семей;
- экономические потери от разрушения человеческого потенциала многократно превышают доходы от производства и оборота алкоголя.

По данным Росстата в 2009 году 2,02 млн. человек или 1,4% от всего населения страны состояло на учете в ЛПУ с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы. На еще большее количество людей указывает Г.Г. Онищенко²⁴: «Реальное душевое потребление алкоголя с учетом оборота спиртосодержащей продукции, в том числе парфюмерно-косметическая продукция, товары бытовой химии и другие виды продукции, в России составляет около 18 литров чистого спирта на человека в год». «По данным медицинской статистики сегодня 2,8 млн. россиян вовлечены в тяжелое болезненное пьянство, что составляет 2% от всего населения страны...»

Злоупотреблением алкоголем увеличивает вероятность смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, повышенного кровяного давления, геморрагического инсульта, аритмии, кардиомиопатии), от несчастных случаев, травм и внезапной остановки сердца.

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 РМЭЗ, 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).

Динамика ОПЖ мужчин и женщин является зеркальным отображением динамики потребления алкоголя (в пересчете на чистый спирт) на душу населения (рис. 21).

²³ Немцов А.В. Алкогольная история России: Новейший период. М.: USSR, 2009г.

²⁴ Постановление главного государственного санитарного врача Г. Онищенко № 46 от 29.06.2009г. «О надзоре за алкогольной продукцией».

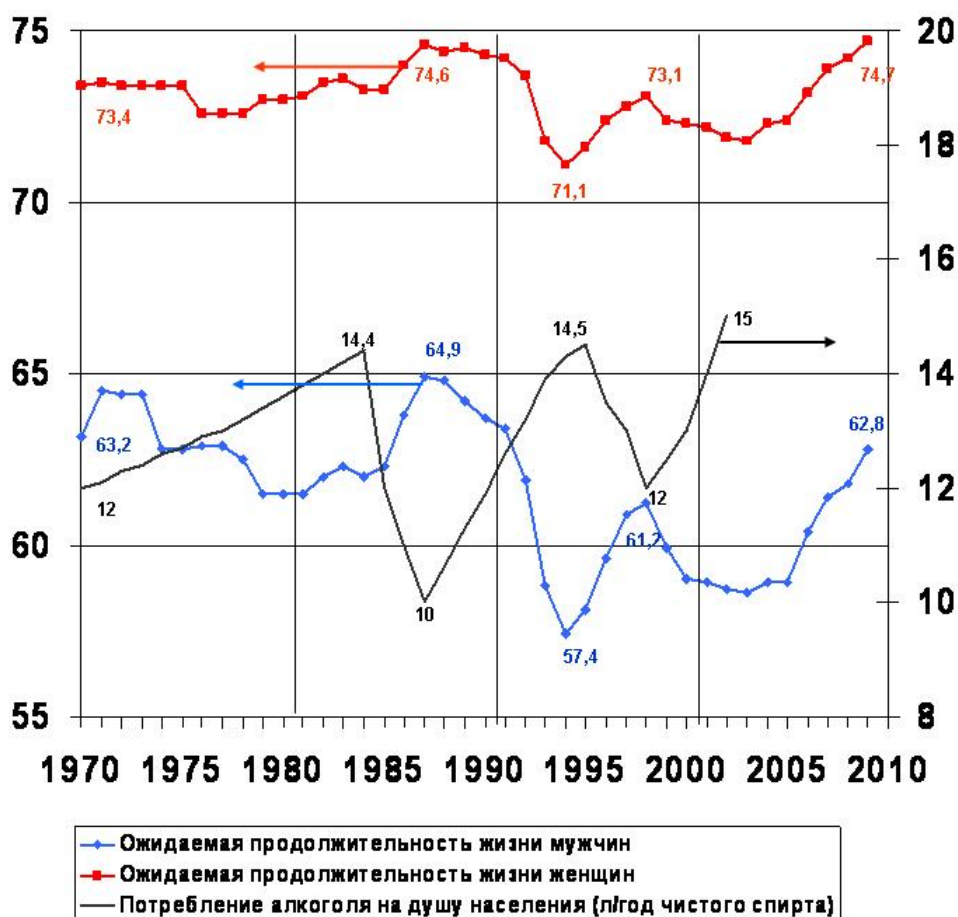


Рис. 21. Зависимость ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин от потребления алкоголя на душу населения (л. чистого спирта в год).

Имеет место однозначная связь между уровнем смертности в стране и производством (потреблением) этилового спирта из пищевого сырья (рис. 22). Это связано с тем, что для производства крепких напитков легального и нелегального происхождения, а также, так называемых суррогатов, используется, главным образом, этиловый спирт, полученный из пищевого сырья.

Из рис. 22 можно получить, что на 1 % снижения (повышения) уровня смертности приходится в среднем 3,6 % снижения (повышения) уровня потребления этилового спирта.

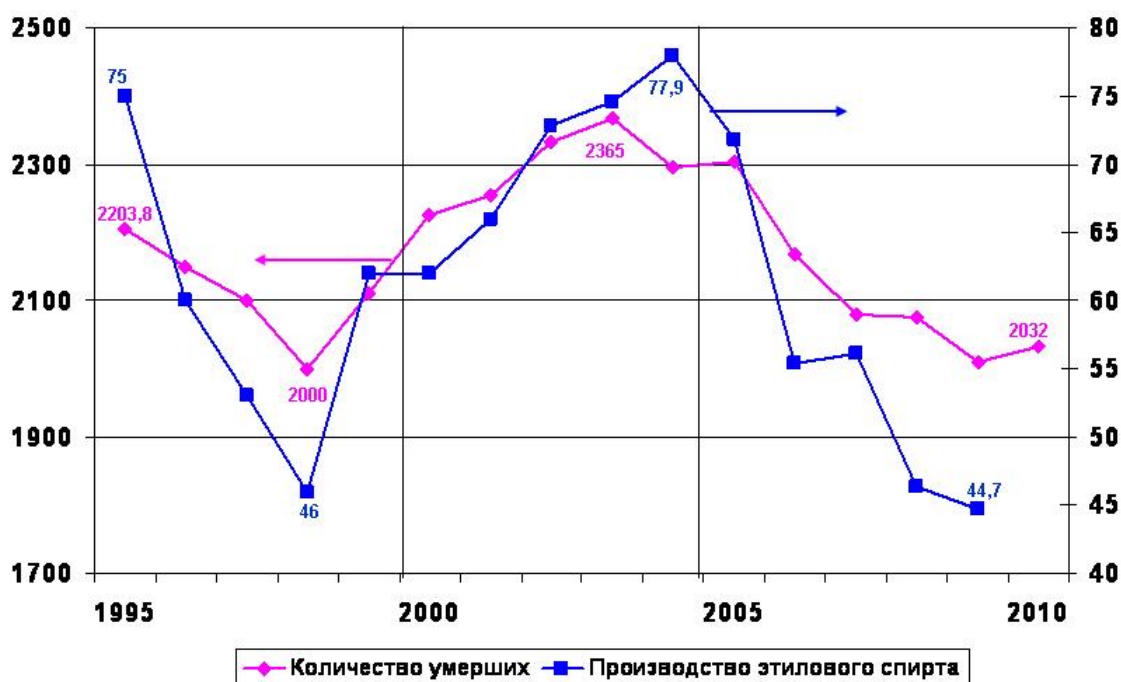


Рис. 22. Количества умерших и производство этилового спирта из пищевого сырья (л/год).

В большинстве стран ОЭСР²⁵ и в США уровень употребления алкоголя меньше (рис. 23), хотя он также высокий, но это не сопровождается аномально высокой смертностью. Причины в том, что разные виды алкогольной продукции оказывают разное влияние на здоровье, при этом важным фактором риска является крепость наиболее популярного в стране напитка. Потребление крепких алкогольных напитков в абсолютных цифрах в РФ с 1990 г. не уменьшилось, хотя в структуре потребления их доля сократилась до 15% из-за резкого увеличения потребления пива. В большинстве стран ЕС главными алкогольными напитками являются вино и пиво. Именно это различие наряду с массовым распространением курения считается главной причиной высокой смертности мужчин трудоспособного возраста в России.

²⁵ ОЭСР — организация стран экономического сотрудничества и развития; объединяет 30 стран, в том числе ряд стран ЕС, США, Канаду, Японию, Корею, Австралию, Мексику и Нидерланды.

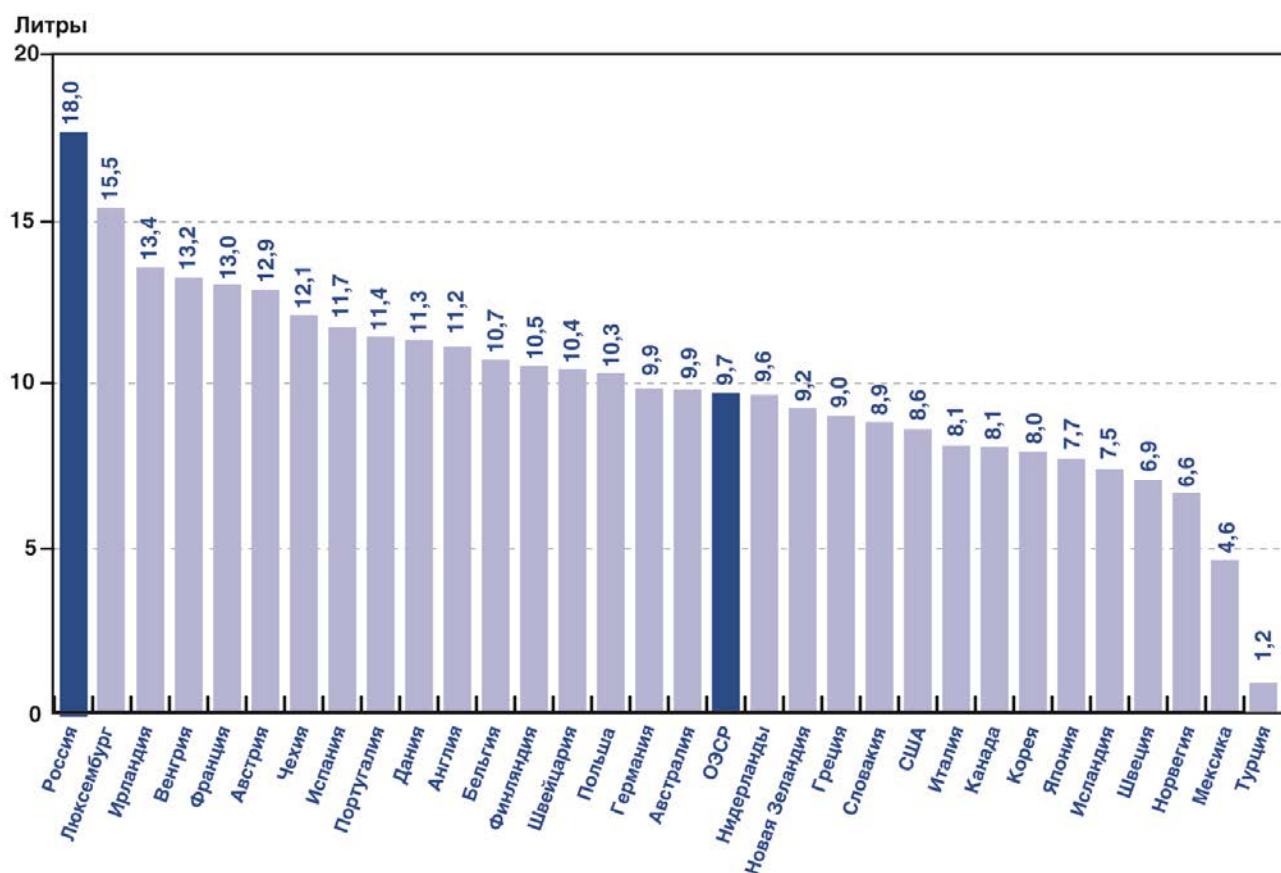


Рис. 23. Потребление алкоголя в разных странах лицами старше 15 лет на душу населения (в пересчете на чистый спирт).

Табакокурение. По оценкам Центра профилактической медицины Минздравсоцразвития России, 220 тыс. человек в год в стране умирают от болезней, связанных с табакокурением. Курение вызывает рост болезней системы кровообращения, приводит к хроническим заболеваниям легких и многим онкологическим болезням. Курение является причиной 90% смертности от рака легкого, 75% - от болезней органов дыхания, 25% - от болезней сердца. Примерно, 25% курильщиков умирают преждевременно: в среднем курение сокращает ожидаемую продолжительность жизни на 10 – 15 лет²⁶. До 40% смертности российских мужчин от болезней системы кровообращения связано с курением. Отмечается, что более высокая смертность курящих мужчин приводит к снижению в 1,5 раза их доли среди мужчин в возрасте старше 55 лет²⁷.

В период 1990 – 2009гг. продажа сигарет выросла в 1,6 раз с 246 до 400 млрд. штук в год или с 1,7 до 2,8 тыс. штук на душу населения в год²⁸. Следует отметить, что в период 1990 – 1995гг., произошло некоторое снижение потребления сигарет (на 20%), однако уже в период 1995 – 2005гг. рост потребления увеличился в 2 раза с 1,4 до 2,8 тыс. штук на душу населения в год, и на этом уровне он остается последние 5 лет⁴.

²⁶ По данным Роспотребнадзора.

²⁷ Bobak M.б Gilmore A., McKee M., Rose R. et al. Changes in smoking prevalence in Russia, 1996 – 2004// Tobacco Control. 2006. – Vol. 15. – P. 131 – 135.

²⁸ Российский статистический ежегодник 2010г. Росстат.

В РФ сегодня курят более 40 млн. человек: 63% мужчин и 30% женщин, 40% юношей и 7% девушек. Доля курящих среди взрослого населения в России одна из самых высоких в мире и в 2 раза больше, чем в США и странах Евросоюза (рис. 22).

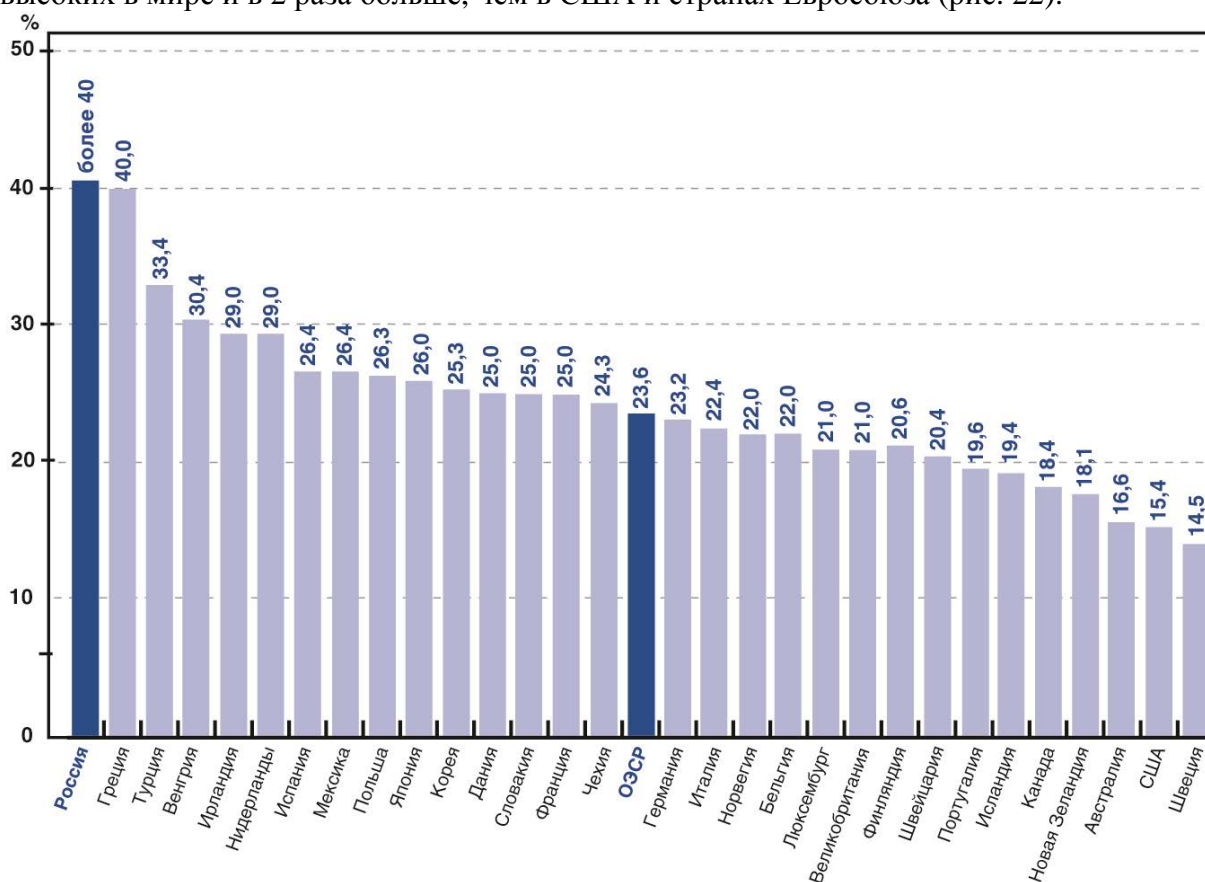


Рис. 24. Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет в разных странах.

Курение является предотвратимой причиной заболеваний и смертей в России. Очень важно, что Россия в 2008 г. наконец ратифицировала Рамочную конвенцию по борьбе с курением, которую сегодня из 192 стран-членов ООН уже подписали 172. Однако многие эксперты отмечают, что принятые нашей страной в 2009 г. антитабачные законодательные меры недостаточно строгие по сравнению с нормами, принятыми в развитых странах.

Во многих странах мира (США, странах ЕС и др.) действуют национальные программы по борьбе с курением. Их реализация позволила в 1,5–2 раза снизить распространенность курения и связанную с ним смертность (ВОЗ, 2005).

Употребление наркотиков. Ежегодно десятки тысяч россиян умирают от наркотиков. В июне 2009 года глава Госнаркоконтроля В. Иванов говорил о 30 тысячах ежегодно умирающих от наркотиков²⁹. Иванов привел ужасающие цифры:

- В России насчитывается от 2 до 2,5 млн. наркоманов, преимущественно в возрасте от 18 до 39 лет.
- Средний возраст умирающего наркомана – 28 лет.
- Каждый год армия российских наркоманов пополняется 80 тыс. «новобранцев».

²⁹ Выступление директора Госнаркоконтроля России В.Иванова на заседании государственного антинаркотического комитета. – Москва, 26.06.2009.

- По количеству наркоманов Россия опережает государства Евросоюза в среднем в 5 – 8 раз. А по потреблению тяжелых наркотиков занимает одно из первых мест в мире.

В сентябре 2009 г. Совет ООН по борьбе с наркотиками опубликовал доклад «Афганский опиумный обзор», в котором приводятся устрашающие цифры: Россия ежегодно потребляет 75 – 80 тонн афганского героина, число наркоманов в России увеличилось за последние 10 лет в 10 раз, а умирают от наркотиков 30 тыс. человек в год – это больше, чем потери Советской армии за 10 лет Афганской войны. Для сравнения – во всей Европе от тяжелых наркотиков ежегодно умирают 5 – 8 тыс. человек.

С 1995 г. число лиц, зарегистрированных в медицинских и профилактических организациях с диагнозом наркотической зависимости, увеличилось в 5 раз и составило в 2008 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. Однако экспертные оценки показывают, что реальное число лиц с наркотической зависимостью в России превышает официальные данные в 5–8 раз. Среди употребляющих наркотики внутривенно риск смерти в 20 раз выше, чем в популяции; именно с такой наркотической зависимостью связан рост подростковой смертности в России.

Высокое артериальное давление (артериальная гипертония) — основная причина смертности и 2-я по важности причина заболеваемости (по количеству лет жизни с утратой трудоспособности) в России. У пациентов с неконтролируемой артериальной гипертонией в 3–4 раза выше риск развития инсульта и инфаркта миокарда, чем при нормальном артериальном давлении. В России около 34–46% мужчин и 32–46% женщин (в зависимости от региона) страдают от артериальной гипертонии, однако эти данные не дают достоверной картины, поскольку реальная распространенность может быть выше.

Ситуацию усугубляют данные, что из этой когорты населения около 60% мужчин и 40% женщин не знают о том, что у них повышенное артериальное давление (Оганов Р.Г. и др., 2009). Это происходит в том случае, если гражданин чувствует себя хорошо и/или занимается самолечением без контроля со стороны врача.

Высокий уровень холестерина. Приблизительно у 60% взрослых россиян уровень холестерина превышает рекомендуемый, при этом примерно у 20% он настолько высок, что требует медицинского вмешательства (Оганов Р.Г. и др., 2009). Снижение уровня холестерина в крови в популяции всего на 1% ведет к снижению риска развития ИБС в популяции на 2,5%.

Неправильное питание и малоподвижный образ жизни. В принятых Генеральной Ассамблеей ВОЗ документах указано, что около 1/3 всех болезней системы кровообращения обусловлено неправильным питанием. Показано, что при уменьшении употребления в пищу овощей и фруктов на 28% может увеличиваться смертность от болезней системы кровообращения. Несмотря на то, что в РФ с 1995 по 2007 г. потребление овощей и фруктов на душу населения возросло на 27%, оно по-прежнему существенно ниже, чем, например, в Италии и во Франции (имеющих низкие показатели смертности от болезней системы кровообращения).

Улучшение питания может также способствовать снижению смертности от онкологических заболеваний на 30–40%. В питании населения страны существует нехватка некоторых микроэлементов и незаменимых кислот (йод, железо и др.), которые могут быть легко компенсированы обогащением этими элементами пищевых продуктов. К сожалению, таких программ в стране нет.

Малоподвижный образ жизни усугубляет данную проблему. Известно, что умеренные, но регулярные физические упражнения улучшают физическое и психическое состояние, снижают вероятность развития болезней системы кровообращения, рака

толстой кишки, сахарного диабета и высокого артериального давления. Исследования³⁰, проведенные в 2002 г., свидетельствуют о низком уровне физической активности у 73–81% мужчин и 73–86% женщин в России.

Ожирение и избыточная масса тела. Взрослые с избыточной массой тела или ожирением подвержены повышенному риску преждевременной смерти и утраты трудоспособности. Продолжительность жизни у лиц с выраженным ожирением сокращается на 5–20 лет. Всего с диагнозом «ожирение» в России зарегистрированы 1,06 млн человек, или 0,7% населения, но реальные показатели распространенности ожирения и избыточной массы тела — выше. Так, по данным НИИ питания РАМН (2009)³¹ количество жителей в возрасте 25–64 лет с избыточной массой тела составляет в зависимости от региона от 47 до 54% среди мужчин и от 42 до 60% среди женщин; а у 15–20% из них — ожирение.

Сахарный диабет. Осложнения диабета включают слепоту, почечную недостаточность, сердечно-сосудистые и неврологические расстройства. Распространенность сахарного диабета в России соответствует среднемировой и составляет 2,5%, это заболевание часто обнаруживают только при обследовании в связи с сопутствующими заболеваниями. ВОЗ считает, что Россия входит в число 10 стран с наибольшим количеством больных сахарным диабетом.

2.3. Государственные межведомственные программы по охране здоровья.

До середины XX века роль служб «общественного здоровья», или охраны здоровья, в основном сводилась к контролю эпидемической обстановки и борьбе с инфекционными заболеваниями. Сегодня, когда в большинстве развитых стран доля **неинфекционных** заболеваний составляет в заболеваемости и смертности населения более 80%, акцент в работе этих служб также сделан на снижение влияния основных факторов риска, приводящих к этим заболеваниям.

В нашей стране со времен антиалкогольной кампании (1984–1987 гг.) никаких существенных действий в этом направлении не предпринималось. Сама антиалкогольная кампания (несмотря на ее некоторые организационные недостатки) оказалась очень эффективной. Реальное потребление алкоголя сократилось почти на 27%, что за 3 года привело к увеличению продолжительности жизни мужчин на 3,2 года и женщин — на 1,3 года³². Кроме того, существенно (на 56%) снизилась смертность от отравлений алкоголем. Смертность мужчин от несчастных случаев и насилия сократилась на 36%, от пневмонии — на 40%, от инфекционных заболеваний — на 20%, от болезней системы кровообращения — на 9%; число алкогольных психозов уменьшилось в 3,6 раза.

Ряд отдельных профилактических мероприятий в последние 6 лет реализован общественно-политической организацией «Лига здоровья нации», но они носили ограниченный характер и были направлены преимущественно на раннее выявление и лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому очень важно, что в ноябре 2008 г. Президент РФ Д.А. Медведев объявил о необходимости начала антиалкогольной кампании, и что в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г.» наконец было признано необходимым усиление мер по охране здоровья населения, а в бюджете Минздравсоцразвития России на 2009–2012 гг. были заложены 3,8 млрд руб. на формирование у граждан РФ здорового образа жизни («Основные мероприятия» приоритетного национального проекта «Здоровье» на 2009–2012 годы, 2009).

³⁰ Россия: рано умирать: доклад Всемирного банка. — декабрь, 2005.

³¹ <http://futuriti.ru/question/1143.html>.

³² По данным Немцова (2008г.).

2.4. Благосостояние государства и населения.

Смена экономического строя и соответствующее резкое ухудшение социально-экономических условий в стране оказали отрицательное влияние на здоровье населения России. Большинство граждан РФ с трудом приспосабливались к новым рыночным условиям жизни.

На рис. 25 показана динамика ВВП, реально располагаемых денежных доходов населения (по данным Росстата)³³, и государственных расходов на здравоохранение (по данным Г.Э. Улумбековой)³⁴ в период 1991 – 2010гг. в % к 1991г. Видно, что после распада СССР и последующих экономических реформ 1992 – 1998гг., ВВП страны сократился на 39%, государственные расходы на здравоохранение упали на 1/3, а реальные доходы населения упали более, чем в 2 раза, до значений 60 – 70-х гг. прошлого века.

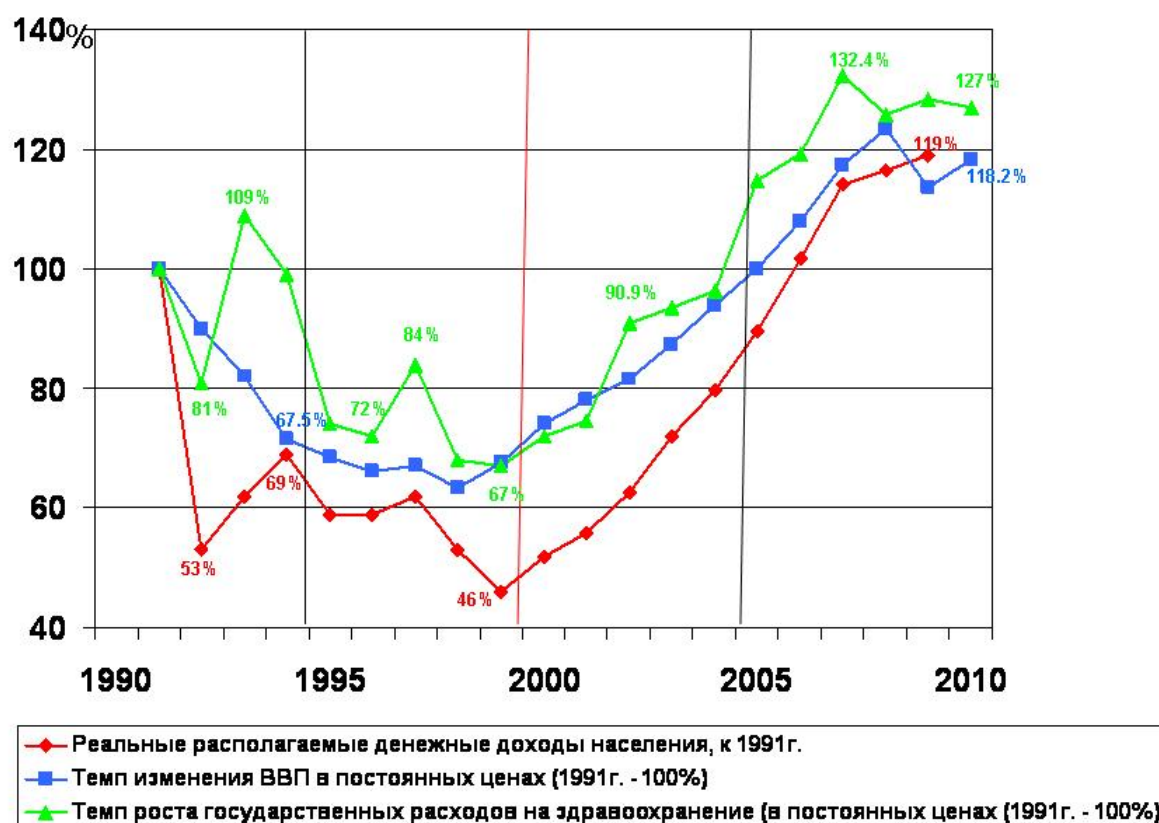


Рис. 25. Динамика ВВП, располагаемых денежных расходов населения и государственных расходов на здравоохранение в период 1991 – 2010гг. (1991 – 100%)

³³ Российский статистический ежегодник 2010г.

³⁴ Г.Э. Улумбекова «Здравоохранение в России. Что надо делать», ИГ «ГЭОТАР-Медиа», М. 2010г.

В период 1999 – 2007гг. происходит рост всех этих показателей до уровня, превышающего значения 1991г.: по ВВП – на 19%; по располагаемым денежным доходам населения – на 12%; по государственным расходам на здравоохранение – на 30%. При этом расходы на здравоохранение в сопоставимых ценах достигли уровня 1990 г. только в 2006 г. (Всемирный банк, 2008). И это за 20 лет существования современной России!

Однако в период 1999 – 2005гг. как демографические, так и показатели здоровья населения наоборот ухудшились (см. рис. 2, 3, 4, 11). И только с началом реализации Национального проекта «Здоровье» (2005 – 2008гг.) под контролем высших руководителей государства, ситуация начала меняться в лучшую сторону.

С началом экономического кризиса 2008 в период 2008 – 2010гг., ВВП, государственное финансирование здравоохранения и реальные денежные доходы населения оставались ниже уровня 2008г. или росли незначительно. Этим объясняется, что в этот период **не произошло** улучшения демографических показателей: ОПЖ и ОКС - , продолжался рост общей заболеваемости в стране, отсутствовало снижение заболеваемости по таким патологиям, как болезни систем кровообращения, новообразования, болезни органов пищеварения, осложнение беременности, родов и послеродового периода и др. (см. рис. ???).

При обсуждении вопроса о благосостоянии государства следует отметить, что в РФ сложилась крайне высокая степень неравенства в распределении национального дохода между различными группами населения. На это обращают внимание и международные эксперты. Так, по словам нобелевского лауреата в области экономики Джозефа Стиглица, **«по уровню неравенства Россия сравнима с самыми худшими в мире латиноамериканскими обществами, унаследовавшими полуфеодальную систему»**.

Обычно неравенство в распределении доходов среди населения измеряется с помощью децильного коэффициент (ДК), который является отношением среднего уровня доходов 10% самых богатых к 10% самых бедных граждан от всего населения страны. Динамика ДК в период 1991 – 2009гг. показана на рисунке 26. Видно, что, если в 1991 ДК равнялась 4,5, то в 1994 – уже 15,1. В период 1996 – 2007гг. значение ДК выросло на 30% с 13 до 16,8 раз. В последние годы 2008 – 2010гг. величина ДК оставалась практически на постоянном уровне – 16,8 – 16,7.

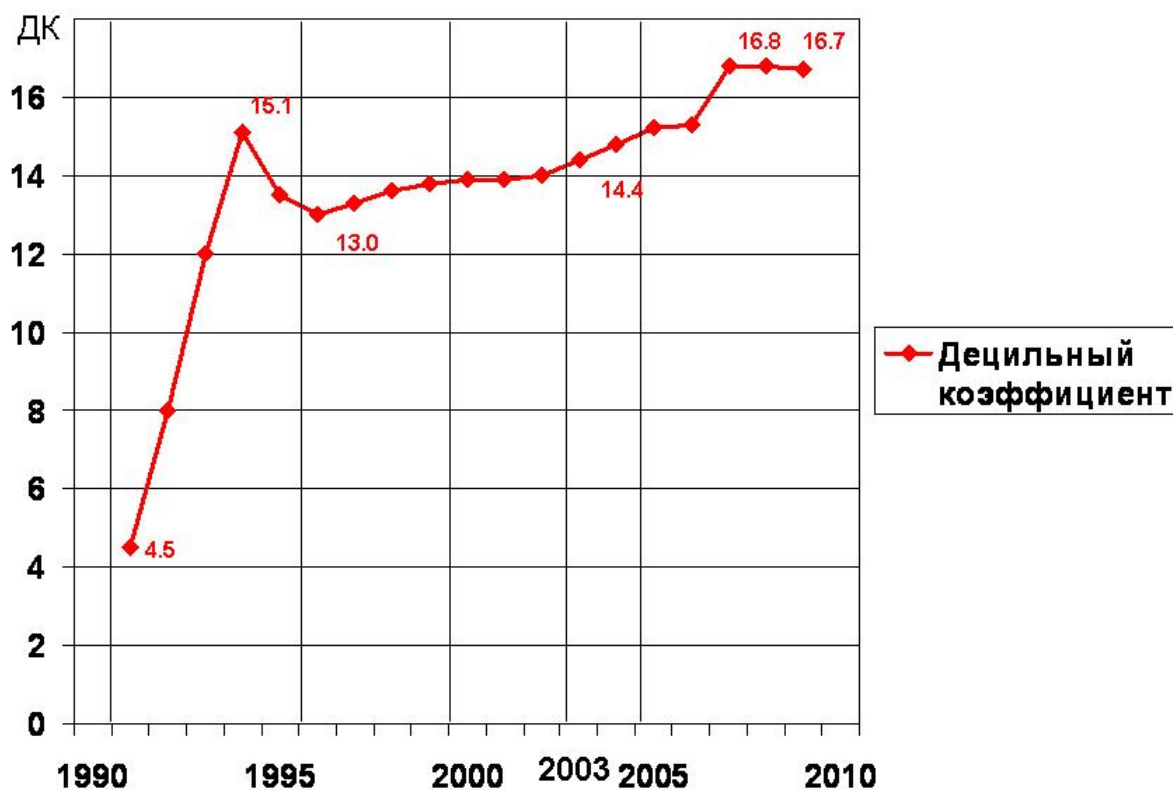


Рис. 26. Динамика децильного коэффициента в период 1991 – 2009гг.

Для сравнения, самый низкий ДК имеет место в скандинавских странах: Дания, Финляндия, Швеция – 3 – 4; в странах ЕС – 5 – 7, Южная Африка – 10, в США – 10 – 12, в странах Латинской Америки и Центральной Северной Африки – 15 – 40. В экономической теории считается, что при ДК больше 10 в стране появляются условия для социальных беспорядков.

Следует отметить, что ускоренное расслоение населения по доходам резко возросло в период 2003 – 2008гг. Это можно оценить, например, по двум показателям. Во-первых, по значительному росту величины ДК с 14 до 16,8 (на 20%) после 2002 – 2003гг., именно тогда, когда прогрессивная шкала налогообложения доходов была заменена на плоскую (налог со всех доходов 13% и 9% - от дивидендов от ценных бумаг). Во-вторых, по динамике роста числа долларовых миллиардеров. Если в 1999 – 2000гг. в мировом списке миллиардеров журнала «Forbes» вообще не было ни одного россиянина, то в 2009г. по версии журнала «Forbes»³⁵, в России уже 62 человека с состоянием свыше 1 млрд. \$, а в 2010г. уже 101 (объем ВВП России в долларах, в пересчете по курсу ЦБ, 1,48 трлн. \$). Для сравнения, в США – 413 (объем ВВП – 14,3 трлн. \$), в Китае – 115, (объем ВВП – 5 трлн. \$). Или в России 1 миллиардер приходится на 12 млрд. \$ ВВП; В США – на 35 млрд. \$; в Китае – на 43,5 млрд. \$. Т.е. число долларовых миллиардеров по отношению к объему ВВП в России больше, чем в США и Китае, соответственно, в 2,4 и 3 раза.

В России имеется также существенное неравенство по доходам между регионами. Например, между валовым региональным продуктам на душу населения в 10 самых богатых регионах России (Москва, Московская область, Ямало-Ненецкий АО, Ханты-

³⁵ Рейтинг мировых миллиардеров 2011г. журнала Forbes от 10 марта 2011г. .

Мансийский АО и др.) и 10 самых бедных регионах (республики Северного Кавказа, Алтайский край, республика Марий Эл, Брянская область, Ивановская область) практически не менялась в течение 10 лет с 1999 по 2009гг. и составляет 6,3 раза.

Данные об уровне средней заработной платы в различных регионах России за 2010г. показывают также значительную неравномерность распределения доходов. Из 83 регионов только в 25% (в 21 регионе) средняя зарплата выше среднероссийской (21200 руб.), и всего в 14 из них была выше средней российской на 20%. Это, кроме Москвы, Московской области, Санкт-Петербурга, регионы богатые нефтью и газом: Тюменская область, Ямало-Ненецкий АО, Сахалинская область, Ненецкий АО, Ханты-Мансийский – Югра – или другими природными ресурсами: Якутия, республика Коми. В половине регионов России (46 регионов) средняя зарплата была ниже среднероссийской на 20%, и в трети (29 регионов) – ниже на 30%. Именно в этих регионах самые худшие показатели по демографии и здоровью населения (см. Раздел 3 рис.).

На рисунке 27 представлено распределение доходов между различными группами населения РФ, проведенное Р.И. Нигматулиным и Б.И. Нигматулиным³⁶. В 2009г. денежные доходы населения РФ в сумме составили 28,5 трлн. руб. Для анализа население страны было разбито на 10 одинаковых по численности групп (или на 10% децильные группы) в порядке возрастания их денежных доходов. На десятую (самую богатую) децильную группу официально (т.е. задекларированными) приходится 31,7% доходов, а на самую бедную — 1,9%. Граждане самых первых двух групп составляют 20% населения РФ, и все они живут ниже или около прожиточного минимума. Следует отметить, что в последние 4 года (2007 – 2010гг.) численность населения с доходом **ниже** прожиточного минимума остается на одном уровне – 18,5 млн. или 13,3% от общей численности населения страны.

³⁶ «Кризис и модернизация России – тринадцать теорем» Б.И. Нигматулин, Р.И. Нигматулин. Москва, 2010г.

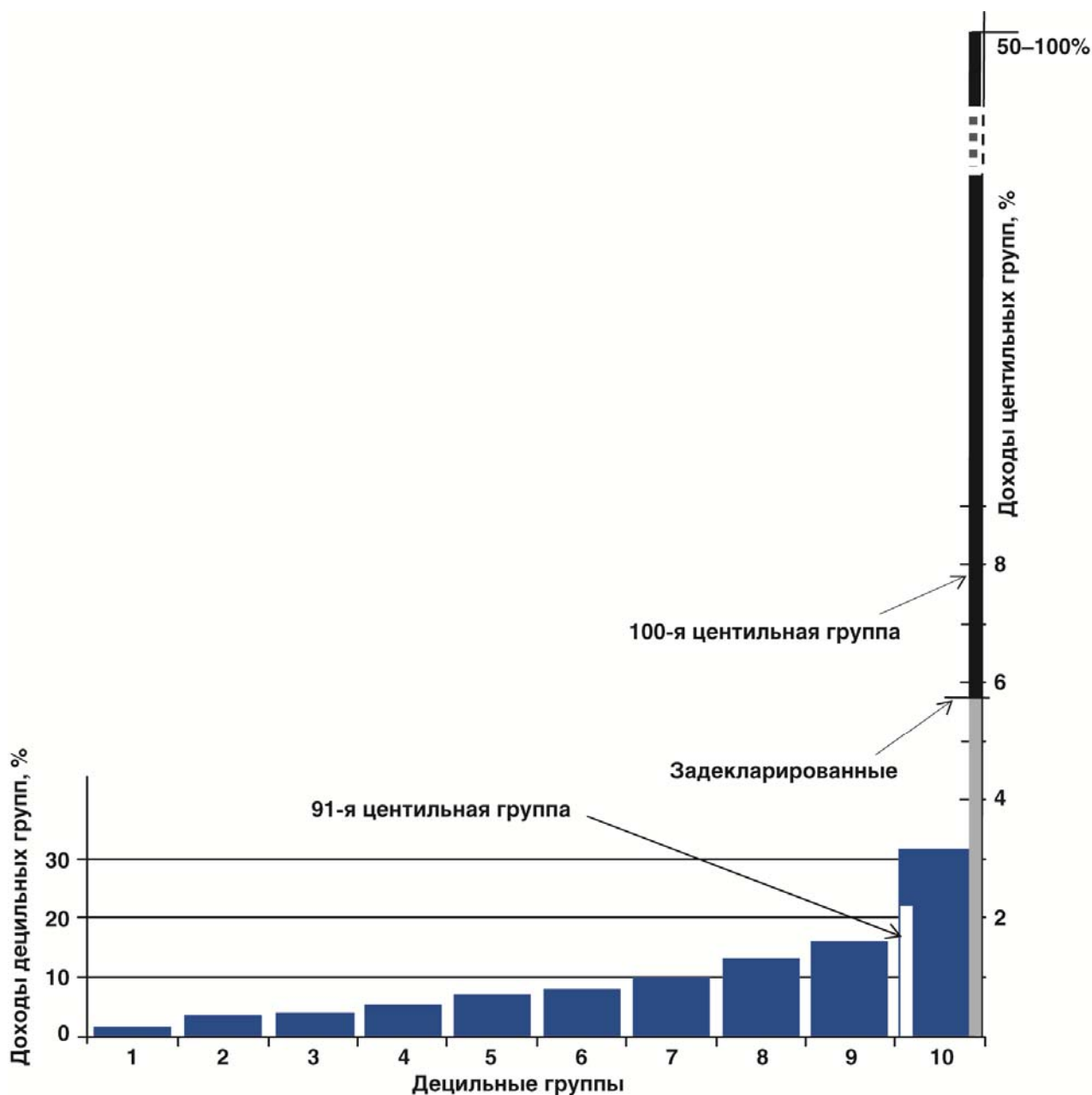


Рис. 27. Распределение денежных доходов населения РФ: синие столбцы (левая ось ординат) – доли доходов по децильным (10%) группам населения; белый и серо-черный столбцы (правая ось ординат) – доли доходов по центильным (1%) группам населения самой богатой децильной группы.

В России, при плоской шкале налогообложения и слабой системе контроля за сбором налогов, анализа неравенства распределения доходов по ДК недостаточно. Необходимо рассматривать более детально распределение доходов в самой богатой децильной группе, для этого население этой группы необходимо поделить на 10 равных частей, или центильных групп (по 1%). Из рисунка 25 видно, что 91-я группа — самая бедная из богатых, имеет около 2% официального дохода всего населения. 100-я группа — самая богатая из богатых (или 1% населения страны) имеет с учетом незадекларированных доходов 50–100% от официального дохода всего остального населения страны. И почти весь этот доход является «теневым» для официальной статистики и налоговых органов и получается этой группой в иностранной валюте. Неучтенные доходы сверхбогатых авторами подсчитаны на основании данных

Росгосстраха, где указано, что 0,4% семей (200 тыс.) имеют ежегодные доходы более 30 млн. руб. в год (т.е. более 6 трлн. руб. в год), а 0,2% семей (100 тыс.) владеют 70% национального богатства.

Существующая плоская шкала налогообложения, а также уход от уплаты налогов государству наиболее обеспеченных категорий населения **не позволяют** сформировать достаточные объемы средств в бюджете РФ, в том числе и солидарных средств на систему здравоохранения.

Из такого анализа следует, что в РФ для справедливого распределения национального богатства между населением, в том числе наполнения солидарной системы здравоохранения, требуются пересмотр плоской шкалы системы налогообложения доходов (13% для всех размеров доходов) и усиление контроля государства над уклонением от уплаты налогов, так, как это принято сегодня в развитых странах. Например, в странах ЕС и США существует прогрессивная шкала налогообложения населения, и богатые отдают большую долю (50–60%) своих доходов, чем бедные, а любая неуплата налогов жестко контролируется и наказывается.

2.5. Экологические факторы и условия труда на производстве.

В России в связи с уменьшением промышленного производства основные экологические показатели (загрязнение промышленными отходами атмосферы, водоемов, санитарное состояние питьевой воды) с 1990 по 2007 г. несколько улучшились. Вместе с тем значительная часть населения целого ряда промышленных городов страны по-прежнему проживает в неблагоприятных экологических условиях. Росгидромет определил перечень из 90 городов с наиболее неблагоприятной экологической обстановкой, связанной с выбросом в атмосферу более 1 тыс. тонн загрязняющих веществ от промышленных предприятий³⁷. Из этого перечня можно выделить 12 самых «грязных» городов России по уровню выбросов в атмосферу загрязняющих веществ (более 100 тыс. тонн), отходящих от промышленных предприятий. **Это в первую очередь г. Норильск (202 тыс. чел.) — 9,5 т. на 1 человека**³⁸, а далее в порядке уменьшения: Череповец (310 тыс. чел.) — 0,9 т. на чел., Ангарск (241 тыс. чел.) — 0,86 т. на чел., Липецк (502 тыс. чел.) — 0,6 т. на чел., Магнитогорск (410 тыс. чел.) — 0,56 т. на чел., Новокузнецк (564 тыс. чел.) — 0,5 т. на человека, Братск (250 тыс. чел.) — 0,46 т. на чел., Нижний Тагил (373 тыс. чел.) — 0,3 т. на чел., Омск (1 млн. 154 тыс. чел.) — 0,17 т. на чел., Красноярск (963 тыс. чел.) — 0,15 т. на чел., Уфа (1 млн. 62 тыс. чел.) — 0,13 т. на чел., Челябинск (1 млн. 130 тыс. чел.) — 0,1 т. на чел. Для сравнения в таких мегаполисах, как Москва (11 млн. 514 тыс. чел.) и Санкт-Петербург (4 млн. 849 тыс. чел.), уровень выбросов составлял соответственно 63 и 57 тыс. тонн (соответственно, 0,005 т. на чел. и 0,012 т. на чел.) (рис. 26.). По загрязнению почвы химическими веществами (зарин, диоксины и др.) самый загрязненный город мира — Дзержинск в Нижегородской области (РБК Daily, 2007).

Большинство этих городов – это зоны экономической активности крупнейших олигархов России: ОАО «Норильский никель», «Череповецкий металлургический комбинат», «Ангарская нефтехимическая компания», «Новолипецкий металлургический комбинат» (Владимир Лисин), «Магнитогорский металлургический комбинат», «Новокузнецкий алюминиевый завод компании «РусАл», «Братский завод ферросплавов», «Нижнетагильский металлургический комбинат» (Р.А. Абрамович), «Омский нефтеперерабатывающий завод» (Газпром нефть), «Красноярский металлургический завод», ООО «Нефтегазодобывающее управление «Уфанефть», «Челябинский трубопрокатный завод».

³⁷ По данным Росстата, 2011г. «Россия в цифрах. Официальное издание. 2011г.».

³⁸ По данным РБК Daily (2007), Норильск является четвертым из десяти самых «грязных» городов мира (<http://www.rbcdaily.ru/2007/09/13/focus/292917>).

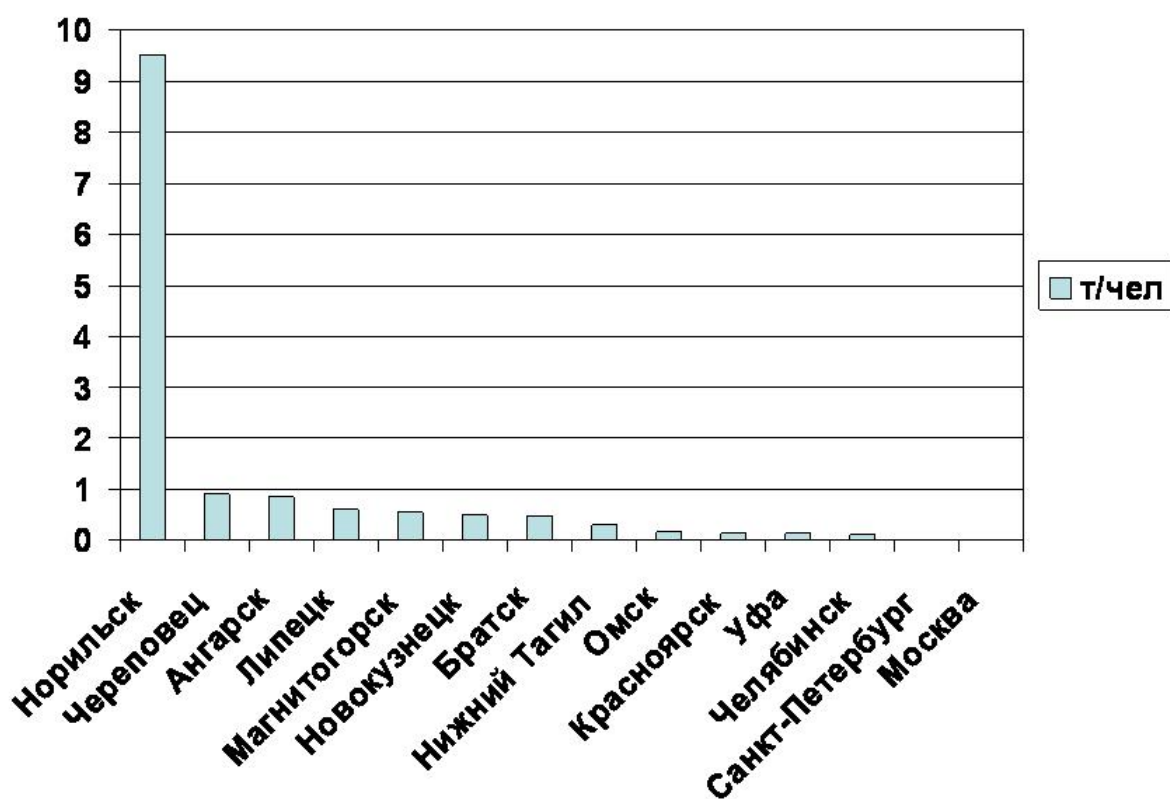


Рис. 28. Количество выбросов на душу населения в различных городах.

Еще один фактор, повлиявший на ухудшение здоровья трудоспособного населения, — это занятость на производствах с условиями

труда, не отвечающими гигиеническим нормам. По данным Росстата (2010), с 1990 по 2009 г. доля таких работников возросла в 1,3–2 раза в промышленном производстве (в зависимости от вида производства) и в 3,8 раза среди работников транспорта. В 2009 г 40% рабочих в добывающих отраслях промышленности, 28% - в обрабатывающих производствах, 31% - в энергетике и 26% - на транспорте и связях работали в условиях, не отвечающих гигиеническим нормативам условий труда.

По данным Роспотребнадзора, в 2008 г. условия труда на 77% предприятий России были отнесены к опасным и неблагоприятным для здоровья работающих. Наиболее высокие показатели численности работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, наблюдались в Кемеровской (51,1%), Архангельской (42%), Магаданской (41,4%), Мурманской (40,15) областях и Еврейской автономной области (41,1%).

Анализ, проведенный Институтом медицины труда (2002), показал, что это обусловлено несовершенством технологических процессов, износом основных фондов и крайним невниманием к охране труда со стороны работодателей. На производствах практически свернуты программы по охране и улучшению условий труда, формированию здорового образа жизни; закрылись медико-санитарные подразделения и отделы охраны труда на промышленных предприятиях с вредными условиями труда; снизилась обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты.

Все это вкупе с недостаточной эффективностью лечения профессиональных заболеваний и свертыванием мощностей производственной медицины приводит к росту профессиональной заболеваемости и травматизма, в том числе и к росту запущенных случаев профессиональной патологии. Так, анализ причин заболеваемости в РФ показывает, что до 40% заболеваний трудоспособного населения прямо или косвенно связаны с неудовлетворительными условиями труда (Минздравсоцразвития РФ, доклад «О реализации государственной политики в области охраны труда в Российской Федерации в 2008 году», 2009).

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ

«Факторы, влияющие на здоровье населения».

- Основные причины ухудшения здоровья населения России, произошедшего в период с 1991 по 2010 гг., связаны:
 - с крайне высокой степенью неравенства распределения национального дохода между различными группами населения, децильный коэффициент вырос с 4,5 до 16,7, при этом 1% населения самых богатых имеет доходы 50 – 100 % от всего населения России, с которых платятся налоги всего 5,5 %. При этом, в России число долларовых миллиардеров, по отношению к объему ВВП, пересчитанному в долларах по курсу ЦБ, в 2,4 раза больше, чем в США, и в 3 раза больше, чем в Китае;
 - с численностью населения с доходом ниже прожиточного минимума, которая мало меняется в последние годы, и составляет 18,5 млн., или 13% от общей численности населения; большинство населения России (55 %) имеют подушевые доходы меньше 15 тыс. руб. в месяц;
 - с существенным неравенством душевого дохода между регионами, 10 самых богатых регионов имеет внутренний региональный продукт на душу населения в 6,3 раза больше, чем 10 самых бедных, и это соотношение не меняется в течение последних 10 лет; между городским и сельским населением.
- Неудовлетворительна доступность медицинской и профилактической помощи.
- Плохие условия труда на производстве.
- Неэффективны или отсутствуют государственные межведомственные программы, направленные на охрану здоровья населения.
- Низкая приверженность основной массы населения к здоровому образу жизни (высокая распространенность алкоголизма, табакокурения и наркомании).
- Преждевременная смертность в РФ от злоупотребления алкоголем составляет 500 тыс. человек в год из, практически, 2 млн. смертей в год. В период 1995 – 2010 гг. обнаружена однозначная зависимость между уровнем смертности и производством (потреблением) этилового спирта из пищевого сырья. На 1% роста (падения) смертности в год приходится в среднем 3,6% роста (падения) производства (потребления) этилового спирта в год.
- Россия – самая курящая страна в мире, более 40% курящего населения, старше 15 лет, или в 2,6 раза больше, чем в США, и в 2 раза больше, чем в среднем странах ЕС. В период 1991 – 2009 гг. продажи сигарет выросли в 1,6 раз.
- В период 1995 – 2010 гг. число наркоманов увеличилось в 10 раз. В России насчитывается от 2 до 2,5 млн. наркоманов, преимущественно в возрасте от 18 до 39 лет, ежегодный рост числа наркоманов составляет 80 тыс., умирает 30 тыс. человек в год, средний возраст умирающего – 28 лет. По количеству наркоманов Россия опережает страны ЕС в среднем в 5 – 8 раз.

Раздел 3.

Состояние и деятельность системы здравоохранения РФ.

3.1. Интегральные показатели результатов деятельности системы здравоохранения.

ВОЗ и большинство стран ОЭСР интегральными показателями результатов деятельности системы здравоохранения считают показатели здоровья населения, равенства населения в доступности и оплате медицинской помощи и удовлетворенность населения медицинскими услугами. Сегодня в РФ именно с оценки демографии и показателей здоровья начинается большинство выступлений президента Д.А. Медведева и Председателя Правительства В.В. Путина. И в этом направлении, безусловно, в нашей стране есть определенные успехи, которые связаны с реализацией приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье», курируемого первыми лицами государства.

Важнейшим уроком ПНП «Здоровье» стало заключение о том, что политическая воля – фактор, стимулирующий системные преобразования в здравоохранении и, как следствие, в улучшении здоровья населения. Даже небольшие ежегодные вложения в этот проект (увеличение на 0,38% ВВП, или 10% от общих государственных расходов на здравоохранение) за 4 года (с 2006 по 2009гг.) привели к позитивным изменениям в состоянии здоровья населения. За этот период смертность сократилась на 12% по сравнению с 2005г., рождаемость возросла на 21%, продолжительность жизни возросла на 3,6 года. Все это позволило дополнительно сохранить 825 тыс. жизней граждан РФ,

Однако с 2008 по 2010гг. темпы улучшения состояния здоровья населения РФ замедлились, а в 2010г. по сравнению с 2009 годом ухудшились. Если ОКС с 2006 по 2008гг. падал с 16,1 до 14,6 со среднегодовым темпом в 3%, то с 2008 по 2010г. показатель ОКС практически не менялся (14,6; 14,2; 14,2). Соответственно, замедлился и рост ОПЖ. В 2006 – 2009гг. ОПЖ росла со среднегодовым темпом в 1,4%, а в 2010г. значение ОПЖ практически не изменилось, по сравнению с 2009г. (соответственно, 68,8 и 68,9).

Практически не изменился показатель удовлетворенности населения медицинской помощью. В 2007г. по опросам ВЦИОМ, этот показатель составил 31%, а в 2009г. – 34,7%. В 2010г. по данным опроса исследовательского портала «Superjob.ru» за 2009 – 2010гг. 35% россиян заметили ухудшение состояния в здравоохранении, а 33% - не заметили никаких перемен. Примерно такие же данные получили специалисты фонда «Общественное мнение»³⁹.

Все это говорит о том, что в 2009 – 2010гг. позитивных изменений в результатах деятельности системы здравоохранения не произошло.

3.1.1. Государственная система здравоохранения в РФ сегодня устроена следующим образом:

- по способу финансирования сложилась смешанная бюджетно-страховая модель;

³⁹ Башкатова А. «Деградация здравоохранения беспокоит граждан». Независимая газета 26.08.2010г.

- по системе организации медицинской помощи она носит отдельные черты модели Н.А. Семашко;
- по управлению — разделена на 3 уровня (федеральный, региональный и муниципальный);
- по форме собственности поставщиков медицинских услуг, участвующих в реализации ПГГ, 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»).

3.2. Система финансирования здравоохранения⁴⁰

3.2.1. Источники и объемы финансирования

В РФ государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП⁴¹ (т.е. относительные расходы) составляли в 2010 г. 3,7% (в 2008 г. — 3,4%; в 2009г. – 3,8%), что в 1,8 раза ниже, чем в среднем в странах ОЭСР — 6,5% ВВП (рис. 29).

⁴⁰В подготовке этого раздела использованы данные Росстата (2009), данные ОЭСР (2009). Данные по РФ представлены за 2008 г.; по странам ОЭСР — за 2007 г.

⁴¹ ВВП — валовой внутренний продукт.

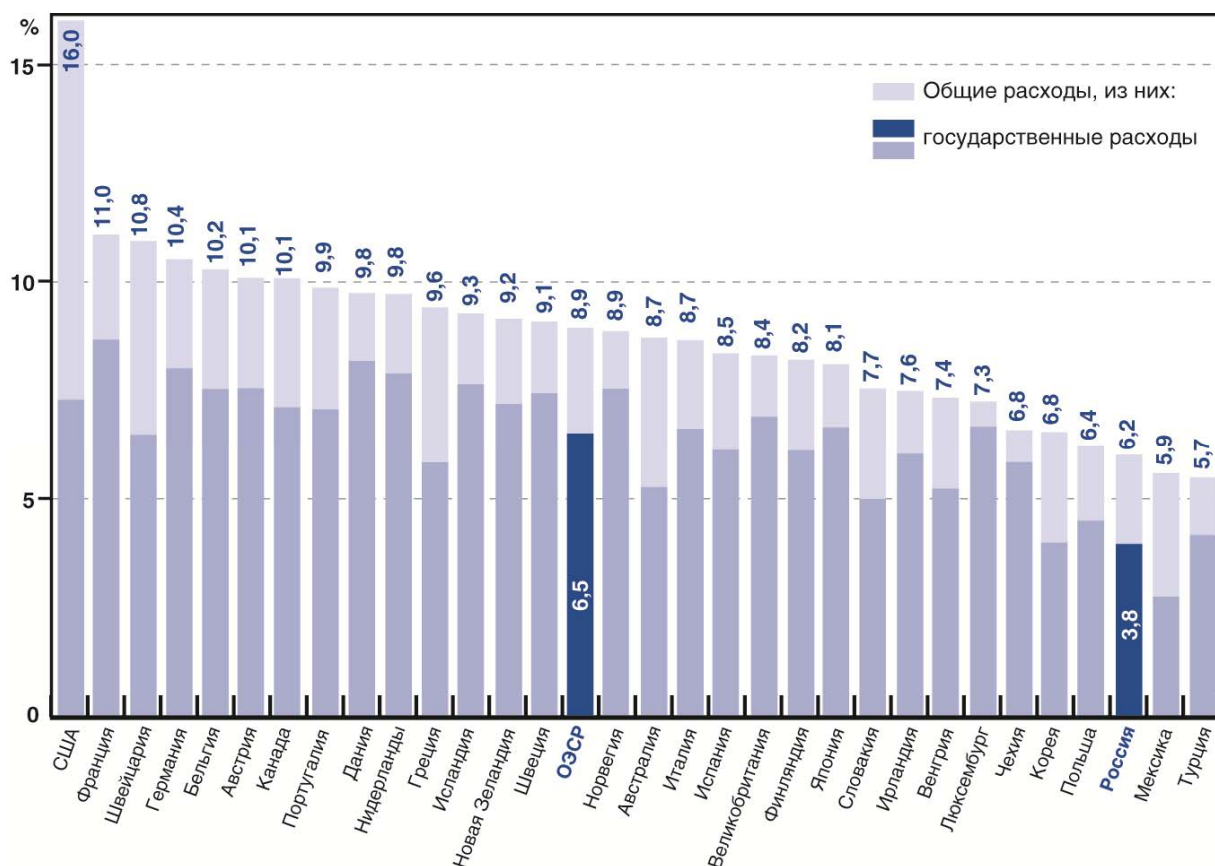


Рис. 29. Общие и государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП в разных странах.

На рисунке 30 отображены общие и государственные расходы на здравоохранение в 2010 г. в абсолютных показателях — в \$ППС (т.е. оцененные по паритету покупательной способности доллара США)⁴² на душу населения в год. Видно, что в России на 1 человека из государственных источников тратится 713 \$ППС⁴³, что в 3 раза меньше, чем в среднем в странах ОЭСР (и в 1,5–2 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС).

⁴² ППС 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 2007г. принята стоимость 1 \$ППС — 15 руб., в 2008 г. — 15,5 руб., в 2009 — 15,5 руб.; в 2010 — 16 руб. По 2010г. — данные Росстата.

⁴³ Всего в РФ на здравоохранение в 2007 г. из всех источников было потрачено 1713 млрд. руб., из них государственных — 1230 млрд. руб. В 2008 г. — 2114 млрд. руб., из них государственных — 1396 млрд. руб. В 2009г. — 2430 млрд. руб., из них государственных — 1493 млрд. руб. В 2010г. — государственных 1630 млрд. руб.

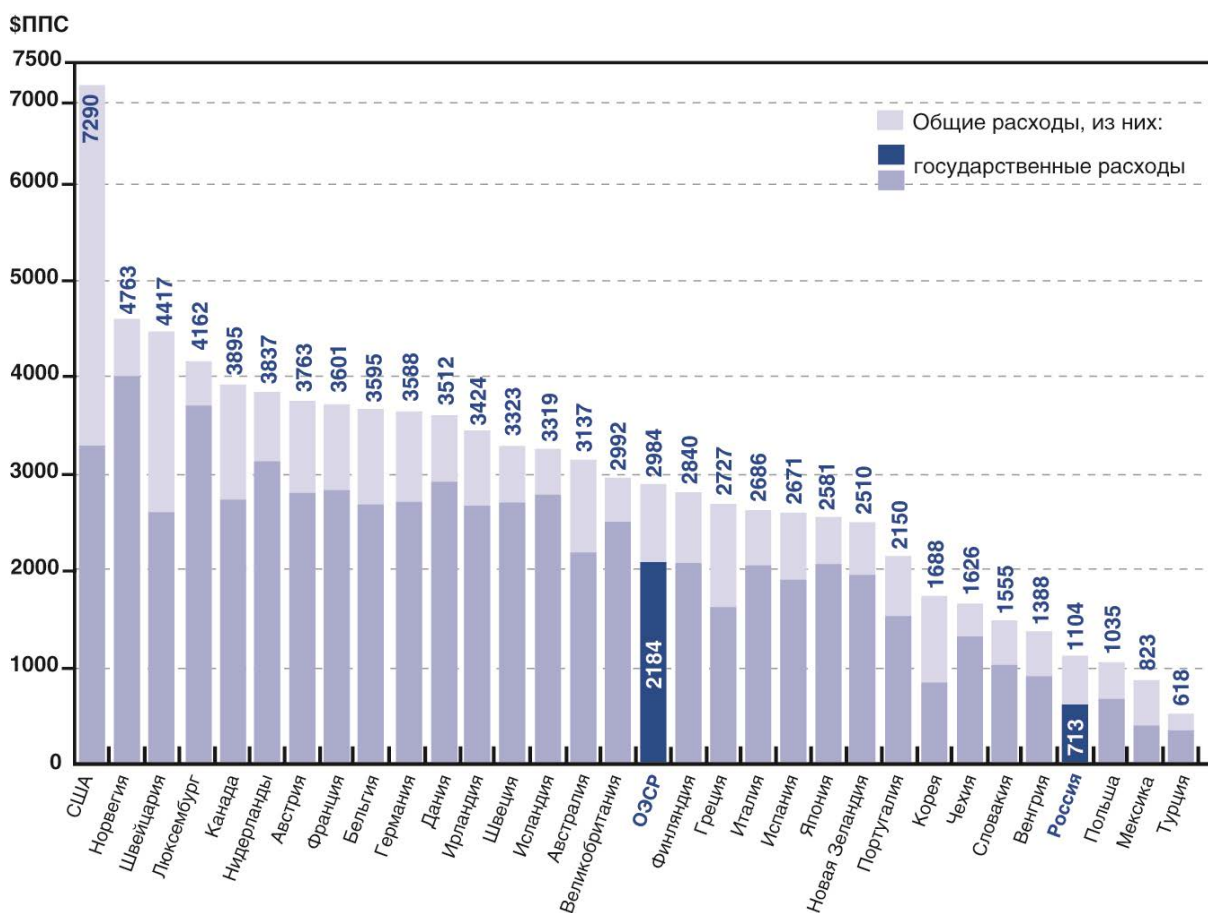


Рис. 30. Общие и государственные подушевые расходы на здравоохранение в разных странах в год.

Даже при существенно меньших по сравнению с развитыми странами финансовых нормативах ПГГ (713 \$ППС против 2184 \$ППС) в 2009 г. в 90% субъектов РФ (74 из 83) эта программа не была исполнена — недофинансирование по сравнению с федеральным нормативом составило огромную сумму 385 млрд. руб. В 2010 г. объем дефицита ПГГ в 74 субъектах РФ составил 337 млрд. руб. И эта проблема существенного недофинансирования ПГГ 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 ФОМС и федерального бюджета.

3.2.2. Взаимозависимость между финансированием здравоохранения и показателями здоровья населения.

На рисунках 31 и 32 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 \$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 1000-1100 и 1200 \$ППС.

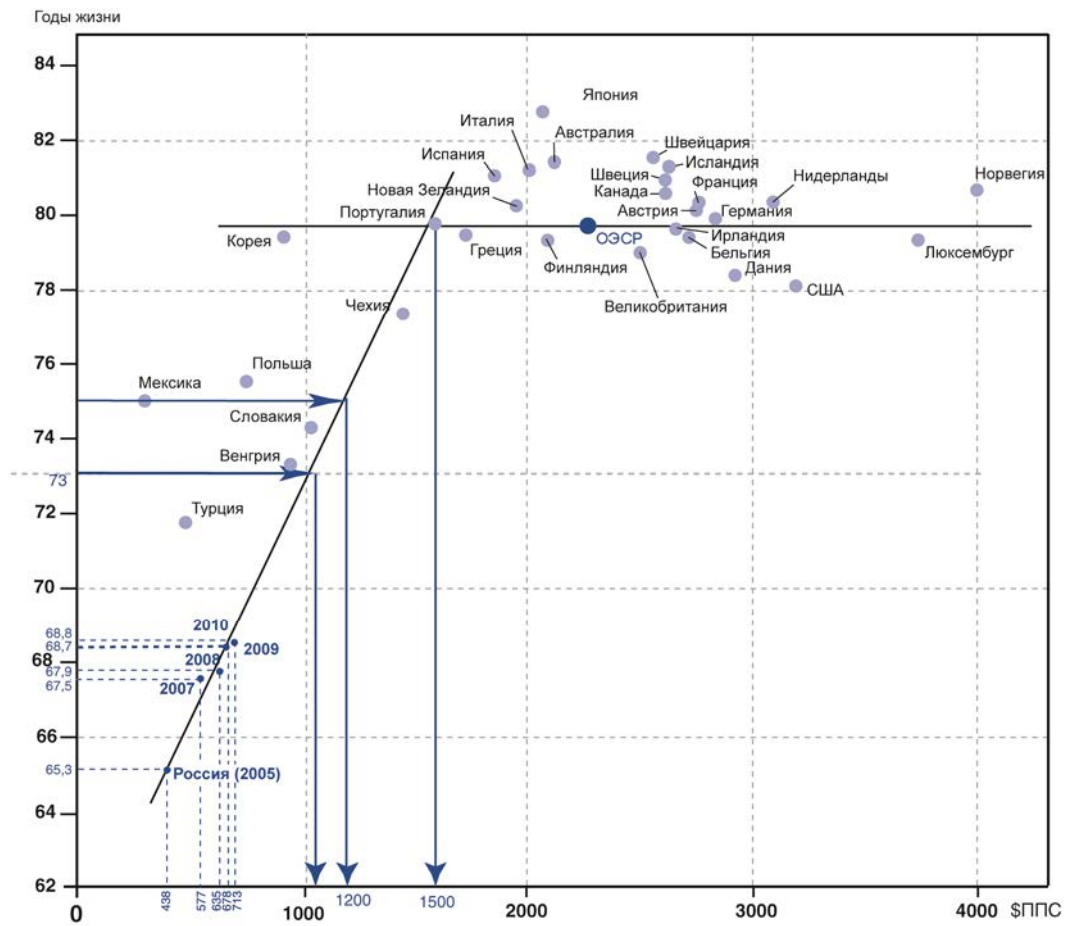


Рис. 31. Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от государственных подушевых расходов на здравоохранение, \$ ППС.

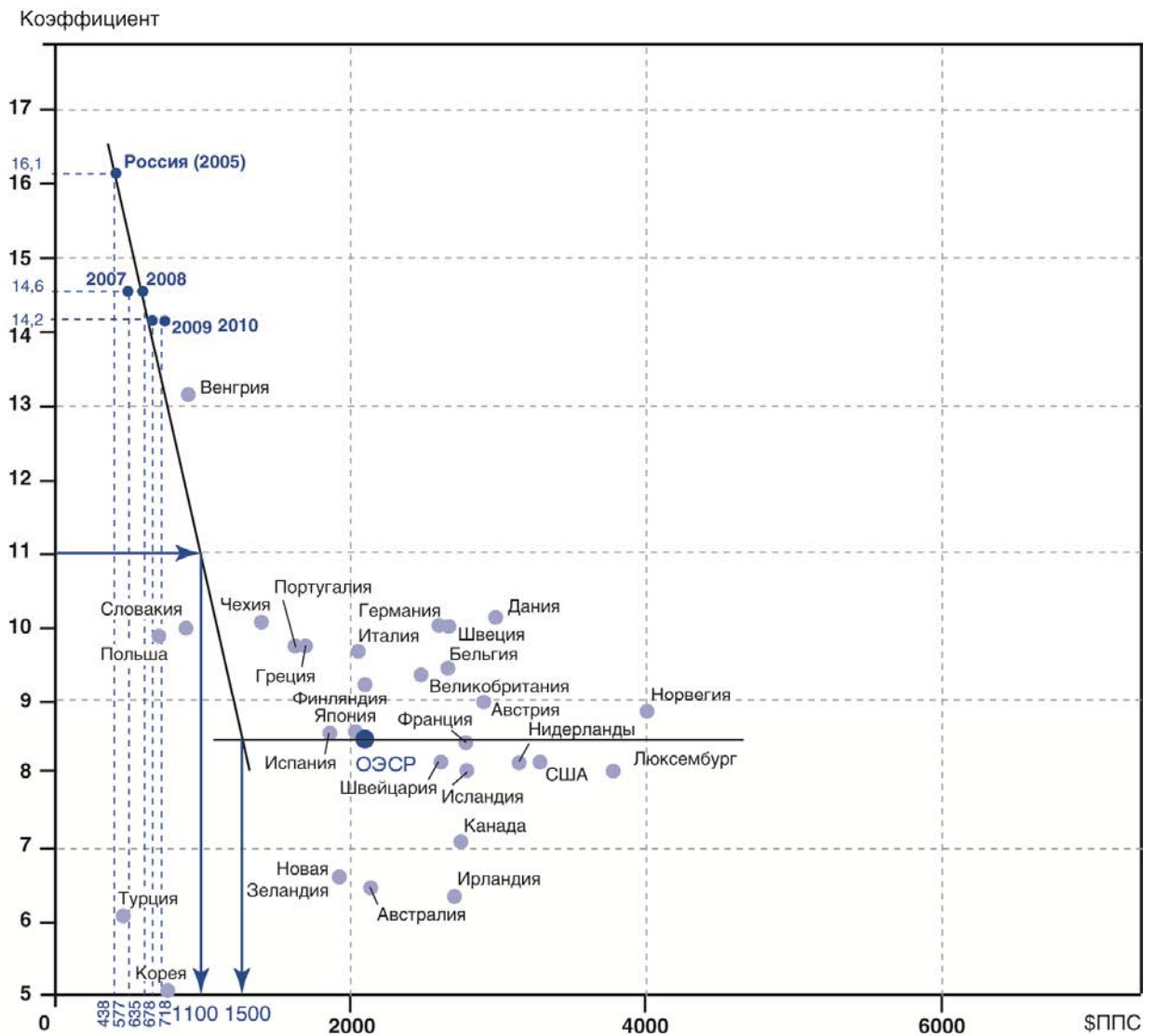


Рис. 32. Общий коэффициент смертности в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год, \$ППС.

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.

Аналогичная зависимость (рис. 28) выявлена между уровнем смертности в 82 субъектах РФ⁴⁴ и подушевыми расходами на территориальную программу государственных гарантий (ТПГГ) в 2009г. На рисунке 28 площадь круга пропорциональна численности населения субъекта РФ. Видно, что финансирование менее, чем 7 тыс. руб. на душу в год, настолько мало, что не влияет на ОКС, и только увеличение финансирования с этого уровня, начинает приводить к снижению ОКС. Для достижения ОКС равного 11,0 финансирование по ТПГГ должно быть увеличено вдвое или до 16 000 руб., что соответствует 1000 \$ППС. С учетом дополнительных затрат на финансирование федеральных образовательных учреждений здравоохранения и строительство, в сумме около 10% от всех затрат на здравоохранение, то общее подушевое финансирование составит 1100 \$ППС, что близко к значениям 1000 – 1100, полученным из рис. 19 и 20.

⁴⁴ Чукотский АО исключен, т.к. в нем аномально высокие доходы связаны с малочисленностью населения (50 тыс. жителей) и уплатой налогов в бюджет Р.А. Абрамовичем.

Это значит, что государственное финансирование здравоохранения по отношению к 2010г. должно быть увеличено на 60% или на 1 трлн. руб. с 1600 млрд. до 2600 млрд. руб. в год

Следует отметить, что круги в зоне, отмеченной пунктиром, относятся к северокавказским республикам, в которых средний возраст населения моложе среднего по России на 7,5 – 11 лет. Кроме того, население этих республик практически не потребляет алкоголь. Поэтому даже при очень низком уровне финансирования здравоохранения ОКС в них практически в 2,5 раза ниже, чем в среднем по РФ. На рисунке 33, круг с цифрой 1 относится к Тюменской области, где средний возраст населения на 4 года меньше, чем средний по России, поэтому при аналогичном финансировании с другими регионами, его значение ОКС ниже.

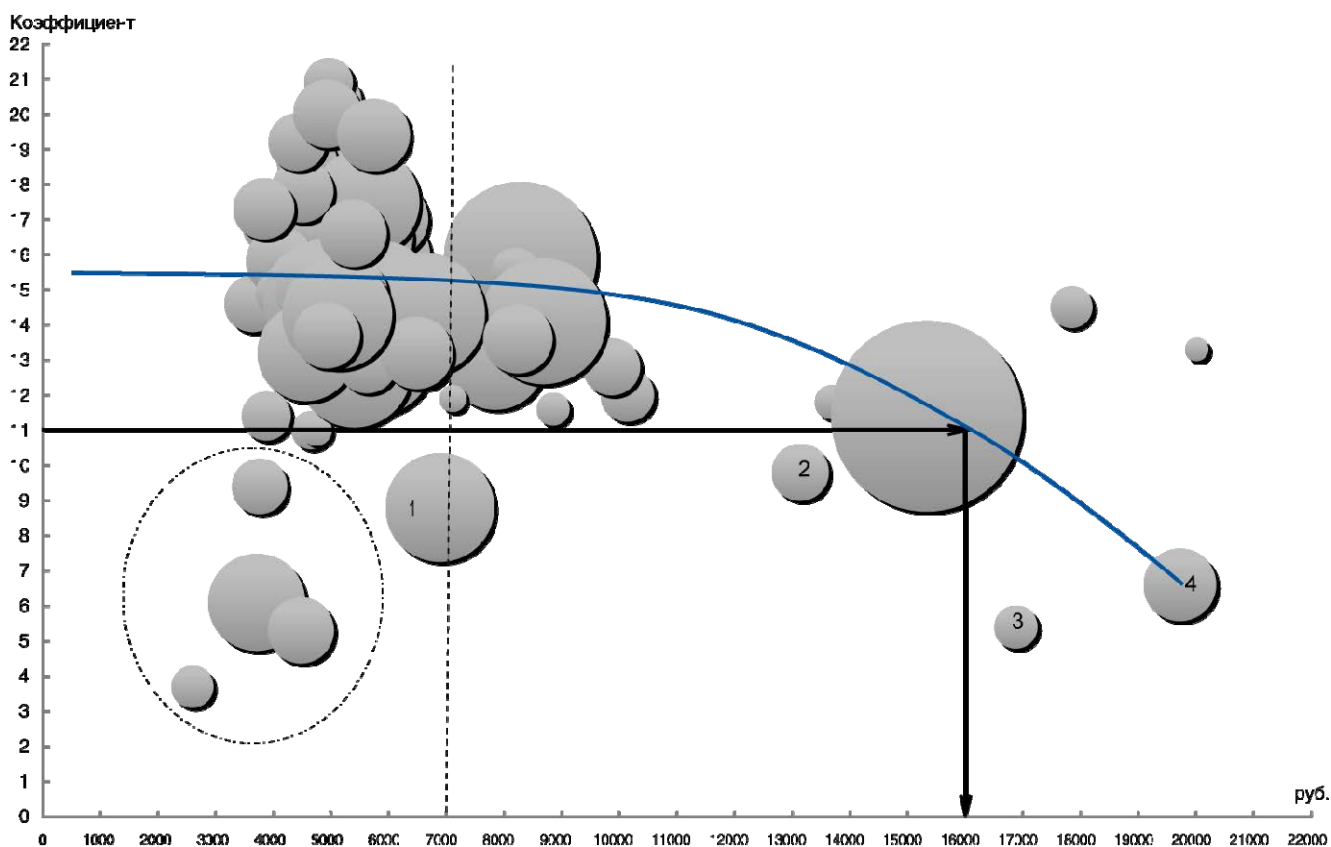


Рис. 33. Зависимость между подушевыми расходами на ТППГ в год и ОКС.

3.2.3. Расходы населения на медицинскую помощь (частные расходы).

В 2009г. РФ частные расходы на медицинскую помощь составляют 32% общих расходов на здравоохранение (в 2008 г. — 31%). Они выше, чем в развитых странах — 27%. Эти расходы складываются из личных расходов населения на платные медицинские услуги, ЛС, санаторно-курортные услуги, а также из взносов населения и работодателей на ДМС.

3.2.4. Расходы на ЛС и товары медицинского назначения в амбулаторных условиях.

Расходы на ЛС (без учета расходов на ЛС в стационарах) в России в 2009г. составляют 22% от совокупного объема средств на здравоохранение; в развитых странах — примерно столько же (21%).

Однако в РФ в абсолютных величинах эти значения очень малы (рис. 34.). В 2009 г. в РФ общие подушевые расходы на ЛС в амбулаторных условиях в год составили 240 \$ППС, при этом из государственных источников покрывается только 19% (45 \$ППС). В странах ОЭСР общие подушевые затраты на ЛС в амбулаторных условиях в 1,7 раза больше (413 \$ППС). Из государственных источников за рубежом покрывается 250 \$ППС, что в 5,6 раза больше, чем в РФ (45 \$ППС). В относительных показателях (доле ВВП) государственные расходы на ЛС в РФ составляют 0,23%, в развитых странах в 4 раза больше — 0,9%.

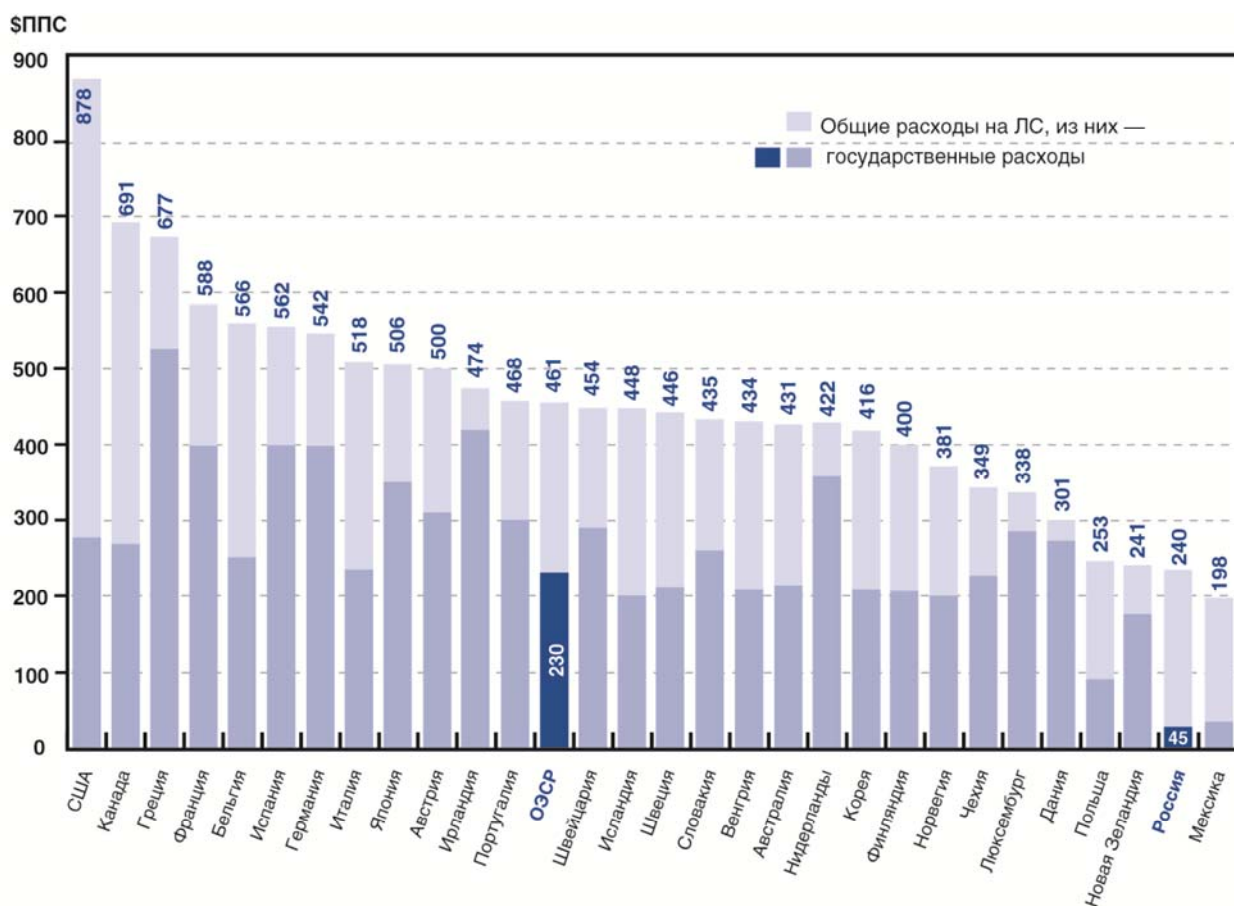


Рис. 34. Подушевые расходы на ЛС, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников (по рецепту врача).

Следует отметить, что финансовая доля отечественных препаратов в государственных закупках ЛС составляет 10-15%.

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.

3.2.5. Порядок формирования объемов медицинской помощи по ТПГГ и распределение их между поставщиками медицинских услуг.

Объемы медицинской помощи по ТПГГ в субъектах РФ формируются на основании нормативов ПГГ с учетом районных коэффициентов и половозрастной структуры населения. Эти нормативы, как правило, с реальными потребностями в медицинской помощи **никак не соотносятся**. Например, с 1999 по 2008 г. нормативы объемов медицинской помощи не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились (табл. 3), вместе с тем заболеваемость населения в период с 1990 по 2008 г. увеличилась на 46%. А доля пожилого населения выросла на 4%.

Таб. 3. Нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ и их фактическое исполнение

Виды медицинской помощи	Единица измерения	Объем в расчете на 1 жителя в год					
		1999 г.		2007 г.		2008 г.	
		Норматив	Факт	Норматив	Факт	Норматив	Факт
Скорая помощь	вызов	0,34	0,32	0,32	0,35	0,32	0,34
Амбулаторная медицинская помощь	посещение	9,19	8,97	9,19	8,74	9,19	9,13
Стационарная медицинская помощь	койко-день	2,90	3,29	2,81	2,91	2,81	2,88
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	пациенто-день	0,66	0,19	0,58	0,48	0,58	0,49

3.2.6. Тарифная политика.

В настоящее время в России не сложилась единая тарифная политика, т.е. не существует ни единых способов оплаты поставщикам медицинских услуг, ни единой системы тарифов на медицинские услуги и ЛС. Например, в 90% субъектов РФ применяется **оплата амбулаторной медицинской помощи по посещениям**, в остальных — за отдельные услуги, за законченный случай, по смете расходов и др.⁴⁵

Тарифы на медицинские услуги в РФ устанавливаются исходя из всех имеющихся средств на ПГГ и запланированных объемов медицинской помощи, 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

¹ Цена за 2006 г., так как цены на медицинские услуги в европейских странах растут со скоростью 1–2% в год, поэтому увеличением стоимости тарифов к 2008 г. в данных сравнениях пренебрегли. Источник: Busse R. et al., 2008.

² Цена медикоэкономического стандарта в системе ОМС по Москве (2008 г.) + 30% до стоимости полного тарифа.

⁴⁵ Колосничина М.Г., Шейман И.М. и др. «Экономика здравоохранения: учеб. Пособие» / под ред. М.Г. Колосничина.

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 (таблица 4).

Таб. 4. Соотношение тарифов на отдельные услуги в РФ и странах ЕС

Услуги	Стоимость в странах ЕС ¹ (усреднено), в ППС \$ (2006 г.)	Стоимость в РФ ² , в ППС\$ 2008 г.	Соотношение
1 усредненного случая госпитализации	3 600 (6,3 дня длительность госпитализации)	936 (13 дней длительность госпитализации)	3,8
1 дня госпитализации	570	72	7,9
1 посещения врача общей практики/посещения поликлиники	30	12	2,5
Законченного случая аппендэктомии (неосложненного)	2000	645	3,1
Законченного случая замены тазобедренного сустава	6426	1840	3,5
Законченного случая лечения ИМ	5520	1400	3,9
Законченного случая ишемического инсульта	4900	1500	3,3
Законченного случая имплантации хрусталика	870	400	2,2

3.3. Кадровые и материально-технические ресурсы системы здравоохранения и эффективность их использования⁴⁶.

3.3.1. Структура и численность медицинских кадров.

В 2009 г. число работников, занятых в здравоохранении, составляло 3,7 млн. человек⁴⁷. Врачей всех специальностей было 711 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 4,4; 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 1:2,1, тогда как в развитых странах оно в среднем равняется 1:3.

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 1:6⁴⁸ 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.

3.3.2. Заработная плата и квалификация медицинских кадров.

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

Так, в 2010 г. среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников в РФ составила 15,7 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 ниже, 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 — служащих (ВОЗ, 2004).

⁴⁶ В подготовке раздела использованы данные Росстата, 2008–2009.

⁴⁷ Без учета занятых в предоставлении социальных услуг, ветеринарной деятельности, производстве фармацевтической продукции и медицинской техники.

⁴⁸ Рассчитано по врачам, работающим в государственной и муниципальной системе здравоохранения. Всего в первичном звене, по данным Росздравнадзора, работает 73,4 тыс. врачей.

3.3.3. Сеть лечебно-профилактических учреждений и их материально-техническое оснащение.

В РФ в 2009 г. общее число больничных коек составило 1,37 млн., или 9,6 на 1000 населения. Из них число коек интенсивного лечения⁴⁹ составляет 7,6 на 1000 населения (без учета коек восстановительного лечения и предназначенных для длительного ухода)⁵⁰. Это один из самых высоких показателей в мире. В развитых странах эта величина в среднем равняется 3,8.

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 затушевывают 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). Мощность этих учреждений в расчете на 10 тыс. населения за этот же период упала на 23%. **Все это вкупе с дефицитом кадров в сельской местности и увеличением заболеваемости населения существенно снижает доступность медицинской помощи сельским жителям.**

Таб. 5. Интегральная оценка деятельности системы здравоохранения РФ в сравнении со странами ОЭСР (2008 – 2009гг.)⁵¹

Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
Показатели здоровья населения		
Ожидаемая продолжительность жизни (оба пола)	68,8 года	79,1 года
Младенческая смертность	7,5	3,9

⁴⁹ Под койками интенсивного лечения подразумеваются койки, требующие круглосуточного врачебного наблюдения за больным.

⁵⁰ Общее число коек интенсивного лечения составляет 0,93 млн (без коек: общих, туберкулезных, наркологических, психиатрических и восстановительного лечения).

⁵¹ Российский статистический ежегодник 2010г. М. Росстат 2010г. База данных ВОЗ.<http://data.euro.who.int/hfad/>.

Предотвратимая смертность. Измеряется в числе потенциально потерянных лет жизни на 100 тыс. населения	Не измеряется	3700
Число лиц трудоспособного возраста (до 65 лет, для РФ — 60 лет), ограниченных в любой активности из-за физических, умственных и эмоциональных проблем	6,5% (Рассчитано по числу инвалидов трудоспособного возраста. Реальный показатель может быть выше)	12%
Ориентированность системы здравоохранения на пациентов		
Доля населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи	34%	70%
Доля пациентов, медицинская помощь которым координируется врачом общей практики (или имеет постоянного врача в первичном звене)	Не измеряется	70–90% (лучшие)
Доля пациентов, указавших на хорошие взаимоотношения с врачом (вежливость, внимательность и уважение)	Не измеряется	74%
Равенство различных групп населения (в показателях здоровья, в бремени расходов на медицинскую помощь, в доступности медицинской помощи)		
Разница между показателями здоровья в различных регионах страны — отношение общего коэффициента смертности в регионах с худшими показателями к его среднему значению по Российской Федерации	1,4	1,1–1,15
Разница в долях расходов на медицинскую помощь и лекарственные средства из своих доходов у 20% самых богатых и 20% самых бедных домохозяйств (за вычетом расходов на питание)	1,5	1,0–1,2
Разница в доступности медицинской помощи между сельским и городским населением (обращаемость за амбулаторной помощью)	1,5 (По данным исследования НОБУС, РМЭЗ)	1,0 (лучшие)
Доступность медицинской помощи для населения		
Доля застрахованного населения	~100%	100% (большинство стран)
Доля личных расходов на здравоохранение в структуре расходов на здравоохранение	34%	27%

Доля пациентов, которые могут увидеть врача общей практики (или участкового врача) в тот же или на следующий день после возникновения заболевания	65%	80%
Время ожидания плановой высокотехнологичной операции (за исключением трансплантации)	Не измеряется	От нескольких недель (Франция, Германия, Нидерланды) до 3 месяцев (Великобритания)
Доля пациентов, к которым скорая помощь по срочному вызову доезжает в течение 15 мин после вызова	80% (за 25 мин, точной статистики нет)	90%
Доля пациентов, отложивших обращение за медицинской помощью из-за ее стоимости	Не измеряется	1–5%
Доля домохозяйств, тратящих из своих доходов на медицинскую помощь и лекарственные средства более чем 10% своих годовых доходов (за вычетом расходов на питание)	75–80% (Рассчитано по средним значениям расходов домохозяйств с различными доходами)	Не более 3–5% (лучшие)
Доля домохозяйств, несущих «катастрофические» расходы, т.е. более 30% своих годовых доходов (за вычетом расходов на питание)	9% (По данным обследования НОБУС, РМЭЗ)	3%
Доля длительно незаполненных вакансий из всех имеющихся в здравоохранении	20% (Рассчитано экспертно по данным Минздравсоцразвития России)	14%
Качество и безопасность медицинской помощи		
Профилактика: распространенность табакокурения среди взрослого населения	40%	24%
Профилактика: доля пациентов, получивших консультации врачей первичного контакта по здоровому образу жизни	Не измеряется	90%
Эффективность лечения: соответствие лечения клиническим рекомендациям профессиональных обществ	Не измеряется (экспертно обеспеченность клиническими рекомендациями врачей 10–15%)	80–90%

Эффективность лечения: летальность пациентов с инфарктом миокарда в стационаре (нестандартизованный показатель)	20%	7,7%
Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость с колоректальным раком	48%	59%
Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость с раком шейки матки	68%	72%
Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость с раком молочной железы	56%	85%
Эффективность лечения: смертность от бронхиальной астмы на 100 тыс. взрослого населения (старше 18 лет)	2,3	0,18
Эффективность медико-социальной помощи: доля пациентов, имеющих пролежни в домах сестринского ухода от общего числа пациентов, имеющих риск их развития	Не измеряется	5%
Безопасность пациентов: доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарных условиях	Не измеряется	4,4% (для заболеваний сердечно-сосудистой системы)
Число пациентов, заявивших о медицинской ошибке во время лечения	Не измеряется	5–6%
Стандартизованный (по полу, возрасту, диагнозу и длительности пребывания в стационаре) коэффициент летальности в стационаре (отношение фактической летальности к ожидаемой)	Не измеряется	85%
Экономическая эффективность		
Эффективность использования ресурсов: средняя длительность пребывания больного на койках интенсивного лечения	13,2	6,5
Эффективность использования ресурсов: число коек интенсивного лечения на 1000 населения	7,7	3,8
Эффективность использования ресурсов: доля пациентов, госпитализированных в стационар, лечение которых можно было бы проводить амбулаторно	30%	3%
Производительность труда (т.е. соотношение объемов медицинской помощи и числа врачей)	Не измеряется	1,4% ежегодного роста (Нидерланды)

Наличие конкуренции между поставщиками медицинских услуг	Нет	Активно внедряется в большинстве стран
Способность системы к улучшению и внедрению инноваций		
Наличие позитивной динамики в эффективности деятельности системы здравоохранения	Не измеряется	Мониторится практически во всех странах
Наличие Стратегии развития здравоохранения и ежегодных отчетов по качеству	Нет	Имеются практически во всех странах
Использование современных медицинских технологий: число КТ-аппаратов на 1 млн населения	5,6	23
Использование современных медицинских технологий: число МРТ-аппаратов на 1 млн населения	2,3	11
Использование современных медицинских технологий: число маммографов на 1 млн населения	13,5	20
Проведение операций ревазуляризации на сердце на 100 тыс. населения	~36,4	267
Использование врачами электронных историй болезни	8%	90% — лучшие (Великобритания, Нидерланды), 25–30% — худшие (США, Канада)
Расходы на научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы по медицинской науке в доле ВВП	0,03%	0,3% (лучшие)

3.3.4. Вызовы, которые ждут систему здравоохранения до 2020г.

Прогноз изменения демографических, эпидемиологических, экономических, социальных и экологических факторов, влияние которых скажется на системе здравоохранения до 2020г. показал, что главным вызовом системе здравоохранения до 2020г. станут: высокая смертность от неинфекционных заболеваний (связанная с высокой распространенностью факторов риска: употреблением алкоголя и табакокурением).

При формировании политики здравоохранения необходимо учесть эти вызовы, а также ожидания заинтересованных сторон, главными из которых являются: для пациентов – уверенность в качестве предоставляемой медицинской помощи, снижение очередности и платности медицинских услуг, вежливость и внимание медицинского персонала; для медицинских работников – увеличение заработной платы и расширение возможностей для непрерывного повышения квалификации.

Потенциальное сокращение численности граждан трудоспособного возраста минимум на 10 млн. к 2020г. или в среднем 1 млн. человек в год (рис. 2); увеличение доли

пожилого населения до 26%; сокращение числа женщин детородного возраста на 15% - это та реальность, в которой должна работать страна, ее экономика и система здравоохранения в ближайшие 10 лет.

В результате, происходит снижение платежей в бюджет, сокращение страховых взносов, из которых финансируется здравоохранение, уменьшение пенсионных отчислений, рост социальной напряженности и т. д. **Это серьезный вызов устойчивости социально экономического положения России.**

Естественная убыль численности населения трудоспособного возраста можно компенсировать за счет снижения сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста, увеличения пенсионного возраста минимум на 5 лет, а также эффективной миграционной политики. Первые две позиции напрямую связаны с повышением показателей здоровья населения и снижением смертности.

3.3.5. Влияние здравоохранения на экономический рост.

Снижение численности населения трудоспособного возраста в 1 млн. человек в год приводит к потенциальному снижению ВВП на 1,2% в год. На 100% ВВП приходится 83,4 млн. человек – средняя численность населения трудоспособного возраста в период 2011 – 2020гг., тогда на 1 млн. – 1,2% ВВП. При объеме ВВП, равном 45 трлн. руб.(2010г.), на 1 млн. человек приходится 540 млрд. руб. ВВП в год.

Перед здравоохранением России и всем нашим обществом стоит чрезвычайно важная задача снижения сверхсмертности населения (особенно мужчин) трудоспособного возраста минимум в 2 раза за 10 лет. Это позволит сохранить 1,56 млн. их жизней (мужчин – 1,23 млн.; женщин – 0,33 млн.), (рис. 8 см. 1.1.4) это эквивалентно сохранению доли ВВП в объеме 800 млрд. руб. Минимум такая же сумма будет сохранена за счет снижения заболеваемости, итого, 1,6 трлн. руб.

Дополнительный эффект от улучшения показателей здоровья населения России, это возможность продления к 2020г. пенсионного возраста минимум на 5 лет – мужчин до 65 лет и женщин – до 60 лет (минимального пенсионного возраста, принятого во всех развитых странах для мужчин и женщин). Однако, при сегодняшнем уровне смертности и показателях здоровья населения трудоспособного возраста, это предложение трудновыполнимо, вызовет недовольство в обществе, поскольку сегодня до 65 лет доживают менее 50% мужчин. Оно может быть только реализовано только при условии, если к 2020г. ОПЖ мужчин будет увеличена минимум на 5 лет с 62,7 в 2010 г. до 67,7 лет в 2020 г., тогда до 65 лет будут доживать уже почти 60% мужчин, как в 2010 г. до 60 лет. Только в этом случае можно поднимать вопрос о продлении трудоспособного возраста в РФ. Для этого потребуется дополнительное государственное финансирование в здравоохранение.

Можно оценить экономический эффект от продления пенсионного возраста следующим образом. Суммарное количество мужчин 50 – 59 лет и женщин 45 – 54 года составляют 19,7 млн. человек, у которых может быть увеличен постепенно пенсионный возраст на 5 лет до 2020г., или в среднем за 10 лет на всю когорту – 2,5 года. Соответственно, это даст вклад в экономику страны за 10 лет – около 50 млн. чел.*лет. В 2010г. 88,4 лиц трудоспособного возраста (88,4 млн. чел*лет) обеспечили ВВП, стоимостью 45 трлн. руб. Тогда 50 млн. чел*лет обеспечат 25 трлн. руб.

Общий экономический эффект от снижения смертности и повышения показателей здоровья населения трудоспособного возраста, а также от продления возраста выхода на пенсию равняется 1,6трлн. + 25 трлн. = 26,6 трлн., или 59% от годового объема ВВП 2010 г. В результате, в период 2011 – 2020 гг. дополнительный вклад от улучшения показателей здоровья населения трудоспособного возраста может составить 2,66 трлн. руб., или до

5,9% ВВП в год. При этом, потребуются увеличение государственного финансирования здравоохранения в 1,5 раза, или на 800 млрд. руб. в год (в ценах 2010 г.) (см. раздел 3.2.2.).

Таким образом, получается, что на 1 руб. дополнительных затрат на здравоохранение общий эффект в экономику составляет не менее 3,3 руб.

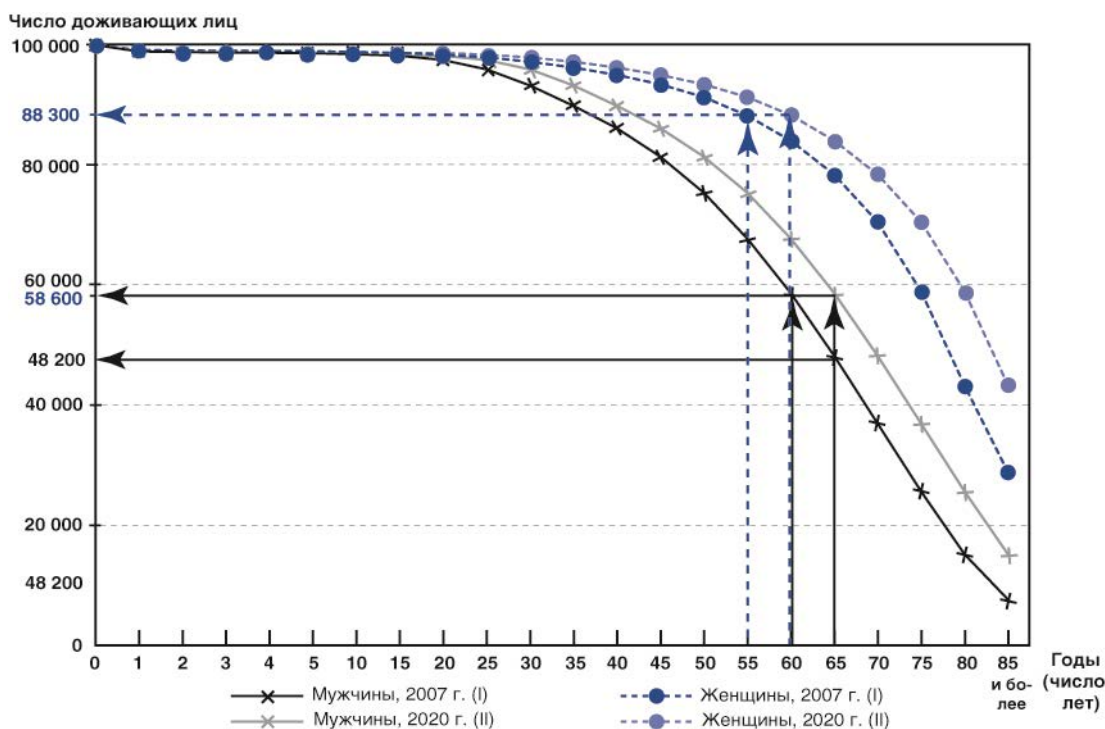


Рис. 35. Зависимость числа доживающих до определенного возраста от величины самого возраста жизни по двум вариантам:

I вариант – 2007г.; II вариант – 2009г. (при условии увеличения ОПЖ на 5 лет).

3.4. Ключевые проблемы здравоохранения в России.

1. Первая и главная проблема, как уже упоминалось – недофинансирование системы здравоохранения как минимум в 1,6 раза или на 1 трлн. руб. в ценах 2010г.

Нет денег, нет ни достойной оплаты труда медицинского персонала, ни достаточного обеспечения населения бесплатными лекарствами, ни возможности выполнять современные стандарты лечения, ни кондиционеров в палатах, ни современного оборудования и реактивов. Увеличение финансирования здравоохранения потребует дополнительных источников. Увеличение тарифов страховых взносов на 2% (всего 5,1% от ФОТ), предусмотренное с 2011г., обеспечит только 15% прирост средств на программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (ПГГ), более того, не все эти средства пойдут на ПГГ. Дальнейшее увеличение этих тарифов крайне нежелательно из-за усиления нагрузки на ФОТ, а также на малый и средний бизнес. Увеличить финансирование здравоохранения за счет средств финансирования также не представляется возможным, так как уже сегодня доля расходов населения на здравоохранение превышает таковую в экономически развитых странах (соответственно, 38,5 и 27% от общих расходов). Более того, сегодня более 55% населения РФ проживают на доходы менее 15 тыс. руб. и сталкиваются с существенным ростом других статей расходов семейного бюджета (тарифы на ЖКХ, цены на продукт питания, транспортные расходы и т.д.). В этих условиях единственным возможным источником увеличения доходов федерального бюджета (как источника финансирования здравоохранения) могут

стать прогрессивная шкала подоходного налога и тарифов страховых взносов, а также 3-4-кратное увеличение акцизов на алкоголь и табак.

2. Вторая проблема – дефицит и диспропорции в структуре медицинских кадров.

Нет врачей, нет доступной медицинской помощи. Обеспеченность врачами на 1000 населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов составила в РФ 4,4, 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, минимум на 30 – 40%, поэтому утверждения некоторых экспертов об избытке врачей в РФ не обоснованны. Более того, ближайшие 5 лет в РФ прогнозируется дефицит медицинских кадров, связанный с низкой оплатой труда (на 22% ниже, чем средняя зарплата в РФ), с высокой долей врачей пенсионного и предпенсионного возраста (около 50%) и демографическим провалом (число выпускников школ в 2010г. по сравнению с 2003г. снизилось в 2 раза, и, как следствие, через 5-6 лет снизится в 2 раза число выпускников вузов). Следует также обратить внимание на низкий уровень оплаты труда профессорско-преподавательского состава вузов, что, естественно, не стимулирует повышение уровня обучения студентов. Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в «новых» странах ЕС, имеющих аналогичный с РФ ВВП на душу населения (около 19,5 тыс. \$ППС в год), то в этих странах врач получает в 1,5 – 2,5 раза больше, чем составляет средняя оплата труда в соответствующей стране (рис. 36).

Более того, в РФ наблюдается неоптимальная структура медицинских кадров по сравнению с развитыми странами: обеспеченность врачами первичного звена в 1,7 раза ниже, соотношение врачей и среднего медицинского персонала в РФ составляет 1:2,4, тогда как в развитых странах оно в среднем равняется 1:3. Необходимо также отметить неоптимальное распределение медицинских кадров: в сельской местности обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом значительно ниже, чем в среднем по РФ, соответственно, в 4 и 2 раза.

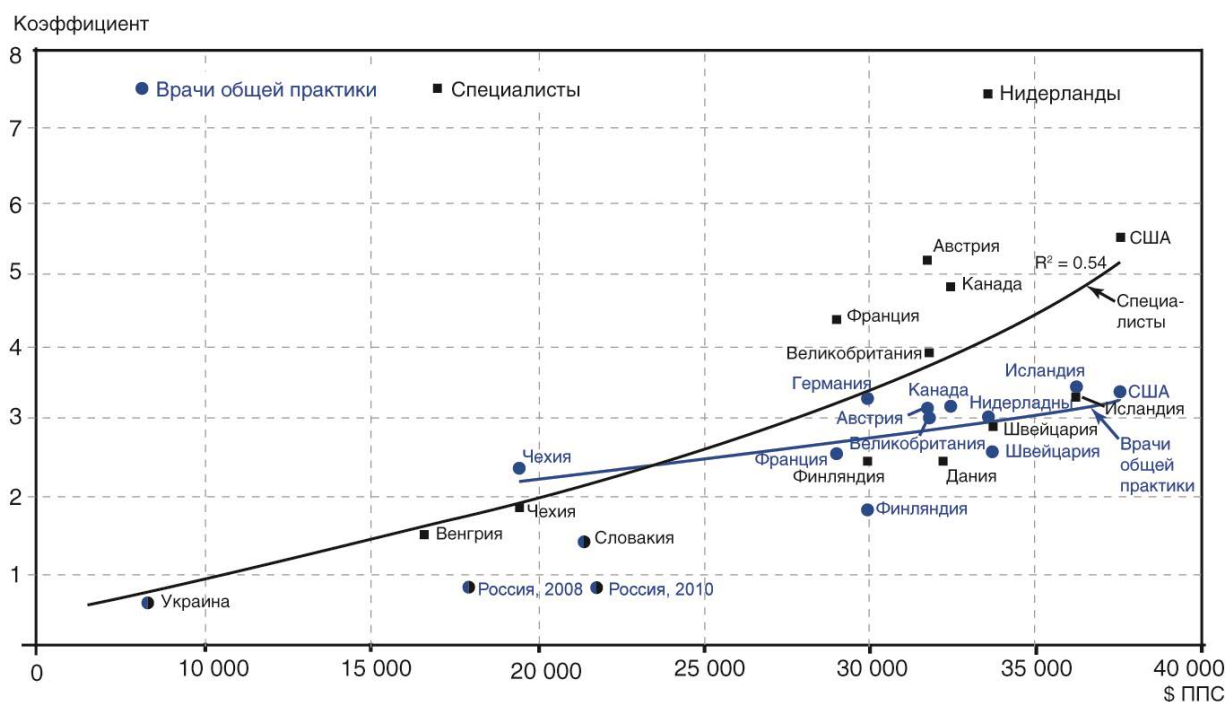


Рис. 36. Зависимость отношения заработной платы врачей (ВОП и специалисты) к средней зарплате по стране от ВВП на душу населения в год.

3. Третья проблема – недостаточная квалификация медицинских кадров.

И, как следствие, неудовлетворительное качество медицинской помощи. Нет врача – плохо, но нет квалифицированного врача – еще хуже. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, смертность больных с бронхиальной астмой и другие показатели в 2 – 3 раза хуже, чем в странах ОЭСР.

4. Четвертая проблема: несоответствие объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи реальным потребностям населения РФ.

Например, с 1999 по 2008гг. нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились, вместе с тем заболеваемость населения в период с 1990 по 2008гг. увеличилась на 46%, а доля пожилого населения возросла на 4%. Одновременно изменились и технологии оказания медицинской помощи: появились лекарственные средства, позволяющие провести лечение многих заболеваний амбулаторно (антигипертензивные, противоязвенные и др.). В ПГГ имеет место также крайне недостаточное (в 3-4 раза) обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях. Так, подушевые расходы на лекарственные средства из государственных источников в амбулаторных условиях (без учета расходов на лекарственные средства в стационарах) в РФ в 2009 г. составили 45\$ППС, в странах ОЭСР – 230 \$ППС, что в 5,5 раза больше. В относительных показателях (доля ВВП) государственные расходы на ЛС в РФ составляют 0,25%, в развитых странах в 3,9 раза больше – 0,9%. Как следствие – рост числа запущенных случаев заболеваний и нерациональное использование более дорогостоящих видов лечения (стационарной и скорой помощи).

Сегодня преимущественно инвалиды (около 13 млн.) и ряд других немногочисленных категорий граждан имеют право на бесплатные лекарства в РФ, причем воспользовались этим правом в 2010г. только 4,2 млн. человек. Так, например, средняя стоимость набора ЛС

для лечения артериальной гипертонии составляет сегодня в РФ около 700 – 1000 руб. в месяц. Но для большинства населения, проживающего на доходы ниже 15 тыс. руб. в мес. (а их сегодня в РФ – 80 млн. чел., т.е. 55% от всего населения), в случае возникновения заболевания эта сумма неподъемная.

Справедливости ради следует отметить, что вступивший в силу с сентября 2010г. закон № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и Постановлении правительства № 865 от 29 октября 2010г. «О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших препаратов (ЖНВЛП)» совершенно правильно вводят систему регулирования цен на лекарства из списка ЖНВЛП. А одобренная в этом году ФЦП «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу» будет способствовать увеличению доступности отечественных ЛС на фармацевтическом рынке. Но это меры долгосрочного действия, а необходимо уже сегодня сделать ЛС реально доступным для большинства населения. Для этого они должны быть полностью бесплатными для малоимущих категорий населения, а для всех остальных категорий населения должно компенсироваться не менее 50% их стоимости.

5. Пятая проблема – низкая доступность производственной медицины.

Существенной проблемой Российского здравоохранения является высокая заболеваемость и смертность лиц трудоспособного возраста. Это связано с низкой доступностью производственной медицины. По данным Роспотребнадзора, в 2008г. условия труда на 77% предприятий в России были отнесены к опасным и неблагоприятным для здоровья работающих. Наиболее высокие показатели численности работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, наблюдались в Кемеровской (51,1%), Архангельской (42%), Магаданской (41,4%), Мурманской (40,15%) областях и Еврейской автономной области (41,1%). При этом анализ, проведенный Институтом медицины и труда в 2002г., показал, что это обусловлено несовершенством технологических процессов, износом основных фондов и крайним невниманием к охране труда со стороны работодателей. На производствах практически свернуты программы по охране и улучшению условий труда, формированию здорового образа жизни; закрылись медико-санитарные подразделения и отделы охраны труда на промышленных предприятиях с вредными условиями труда; снизилась обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты. Все это вкуче с недостаточной эффективностью лечения профессиональных заболеваний приводит к росту профессиональной заболеваемости и травматизма, в том числе и к росту числа запущенных случаев профессиональной патологии. Так, анализ причин заболеваемости в РФ, показывает, что до 40% заболеваний трудоспособного населения прямо или косвенно связаны с неудовлетворительными условиями труда.

Следует отметить, что Минздравсоцразвития России с 2010 г. введен в действие новый порядок аккредитации организаций, занимающихся оказанием услуг в сфере охраны труда, а также разрабатывается новый порядок аттестации рабочих мест, но действие этих норм направлено только на улучшение условий труда. А нам необходимо комплексное решение проблемы: надо срочно обеспечить доступность профилактики и первичной медико-санитарной помощи для большинства работников предприятий непосредственно вблизи от рабочего места.

6. Шестая проблема – неэффективное управление системой здравоохранения.

Еще одной проблемой здравоохранения в России является неэффективное управление системой здравоохранения. Она проявляется в отсутствии стратегического планирования и ответственности руководителей всех уровней (в том числе ежегодные отчеты) по показателям, принятым в развитых странах, например, по показателям качества и безопасности медицинской помощи, эффективности деятельности и др. (таблица 5). Имеющиеся отчеты Минрегионразвития РФ об эффективности деятельности органов исполнительной власти (в части здравоохранения) не отражают реальной картины

в регионах, так как сравнение идет по устаревшим (времен Советского Союза) и не дифференцированным нормативам, например, без разделения коек по уровню интенсивности и врачей на врачей первичного контакта и специалистов. Во-вторых, неэффективное управление проявляется в нерациональном распределении государственных средств. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, имеющие высокие риски коррупционных платежей инвестиционные расходы (строительство и закупку дорогостоящего оборудования) вместо развития профилактики и кадрового потенциала. В-третьих, в ряде случаев имеет место низкая научная обоснованность принимаемых решений в здравоохранении и недостаточно используется мнение профессиональной медицинской общественности. Например, утверждением порядков и стандартов медицинской помощи занимается комиссия, в состав которой вошли практически только одни чиновники, кроме одного – руководителя академического клинического учреждения. В-четвертых, недостаточно используются экономически эффективные инструменты управления, такие как конкуренция по критерию качества при закупке медицинской помощи у поставщиков медицинских услуг, составление рейтингов ЛПУ, применение экономических стимулов для запланированных результатов. Все это приводит к неэффективному расходованию дефицитных государственных ресурсов.

Выводы. Мероприятия, которые надо выполнить, показатели, установленные в «Концепции долгосрочного социально- экономического развития Российской Федерации до 2020г.».

1. Увеличить государственное финансирование здравоохранения в 1,6 раза по отношению к 2009 г., для чего необходимо установить дополнительные источники финансирования государственной системы здравоохранения: прогрессивная шкала налогообложения и страховых взносов, увеличение в 3 – 4 раза акцизов на алкоголь и табак, нормирование отчислений на здравоохранение регионов в доле ВВП (последнее уже справедливо предусмотрено законом «Об обязательном медицинском страховании»).

2. Обеспечить доступность медицинской помощи путем повышения заработной платы медицинских работников в 2 раза и создания системы экономических стимулов для привлечения врачей на наиболее дефицитные специальности.

3. Повысить уровень квалификации медицинских работников путем развития базового, обязательного послевузовского и непрерывного медицинского образования в соответствии с международными стандартами (в том числе с применением дистанционных форм обучения), а также путем обеспечения медицинских работников современными информационно-образовательными материалами на рабочих местах. Для решения этой задачи потребуется повысить заработную плату профессорско-преподавательского состава в 2,5 – 3 раза.

4. Обеспечить качество и безопасность медицинской помощи путем создания системы обязательной аккредитации МО (на базе системы лицензирования МО) и внедрения оценки системы качества медицинской помощи по международным показателям.

5. Адаптировать существующую (советскую) систему организации медицинской помощи к современным условиям путем обеспечения доступности

первичной медико-санитарной помощи; развития территориального принципа прикрепления населения; развития производственной медицины (совместно с работодателями).

6. Увеличить в 3 – 4 раза лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях за счет общественных средств за счет включения данных средств в ПГГ.

7. Повысить эффективность управления путем разработки долгосрочной Стратегии развития здравоохранения и усиления ответственности и публичной отчетности руководителей здравоохранения за реализацию целей и задач этой Стратегии (ежегодное опубликование доклада об эффективности и результативности деятельности системы здравоохранения на всех уровнях по международным показателям), путем внедрения рыночных инструментов управления (конкуренция между поставщиками медицинских услуг по критерию качества, дифференцированная система оплаты труда по единым критериям, утвержденным на федеральном уровне); расширения автономии государственных и муниципальных ЛПУ (при условии сохранения субсидиарной ответственности собственника и удвоения финансирования, а также при условии организации специальной подготовки и переподготовки руководителей МО).

8. Инициировать и координировать массовые межведомственные программы по повышению приверженности населения, здоровому образу жизни.

В заключение еще один аргумент в пользу необходимости решения вышеперечисленных задач. Сегодня в ситуации серьезного расслоения населения по уровню доходов и роста бедности населения, в условиях последствий экономического кризиса (замедление темпов роста ВВП и, как следствие, сокращение бюджетных средств) возможно нарастание социальной напряженности в обществе. И как раз повышение доступности бесплатной медицинской помощи для большинства населения могло бы сыграть стабилизирующую роль в этом вопросе.

Раздел 4. Общие положения Стратегии.

4.1. Принципы формирования Стратегии.

Главными принципами реализации Стратегии должны стать:

- **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;
- **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.

4.2. Цели Стратегии.

Главными целями системы здравоохранения, по определению ВОЗ (2000), являются: улучшение здоровья населения, ориентированность 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 до 73 лет.
- Снижение общего коэффициента смертности до 11,0.

Согласно рекомендациям ВОЗ, дополнительно необходимо поставить следующие цели:

- Снижение коэффициента младенческой смертности до 5,0.
- Повышение удовлетворенности населения медицинской помощью до 80%.
- Увеличение доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение до 80%.

Всех этих целей невозможно достичь без удвоения государственного финансирования здравоохранения в сроки до 2014 г.

4.3. Основные направления реализации Стратегии

4.3.1. Сводный перечень задач

Совершенствование системы финансирования здравоохранения (задачи 1—7)

Задача 1. Увеличить объемы финансирования государственной системы здравоохранения минимум в 2 раза к 2014 году.

Задача 2. Создать условия для справедливого распределения бремени расходов на медицинскую помощь между бедными и богатыми слоями населения.

Задача 3. Перейти на систему преимущественно одного плательщика и одного распорядителя средств по оплате медицинской помощи по ПГГ.

Задача 4. Создать условия для выравнивания финансового обеспечения ПГГ в субъектах РФ.

Задача 5. Повысить эффективность закупки медицинских услуг у поставщиков медицинских услуг.

Задача 6. Актуализировать ПГГ бесплатной медицинской помощи населению РФ.

Задача 7. Ликвидировать практику неофициальных платежей в медицинских учреждениях.

Обеспечение системы здравоохранения необходимыми кадровыми и материально-техническими ресурсами (задачи 8—13)

Задача 8. Повысить квалификацию медицинских кадров.

Задача 9. Повысить мотивацию медицинских кадров к качественному труду.

Задача 10. Обеспечить оптимальное соотношение медицинских кадров, их численность, структуру и распределение.

Задача 11. Разработать долгосрочную программу развития инфраструктуры и переоснащения медицинских учреждений до 2020 г. в соответствии со стандартами оснащения и потребностями регионов. В том числе актуализировать нормативы обеспеченности населения коечным фондом (по профилю).

Задача 12. Повысить инновационность и качество научных разработок в медицине и здравоохранении.

Задача 13. Разработать совместный план сотрудничества системы здравоохранения с фармацевтической и медицинской промышленностью до 2020 г. в целях повышения доли отечественного производителя в государственных закупках.

Совершенствование системы организации медицинской помощи населению (задачи 14—22)

Задача 14. Восстановить и адаптировать к современным условиям систему организации медицинской помощи, существовавшую в Советском Союзе.

Задача 15. Обеспечить доступность и качество ЛС населению РФ.

Задача 16. Обеспечить доступность медицинской помощи сельскому населению.

Задача 17. Продолжить укрепление службы скорой медицинской помощи.

Задача 18. Реформировать стационарную медицинскую помощь.

Задача 19. Расширить и модернизировать медико-социальную службу (службу долговременного ухода за пациентами).

Задача 20. Улучшить систему организации медицинской помощи больным с социально обусловленными заболеваниями (СПИД, туберкулез и др.).

Задача 21. Создать систему управления качеством медицинской помощи.

Задача 22. Продолжить реализацию имеющихся целевых долгосрочных программ и разработать новые программы по приоритетным направлениям здравоохранения, в том

числе существенно расширить целевые программы, направленные на охрану материнства и детства.

Повышение эффективности управления здравоохранением (задачи 23—30)

Задача 23. Обеспечить стратегический подход в реализации государственной политики.

Задача 24. Частично восстановить вертикаль управления здравоохранением.

Задача 25. Усилить государственное регулирование в части установления тарифов и контроля КМП.

Задача 26. Расширить автономию государственных и муниципальных ЛПУ и организовать конкуренцию между поставщиками медицинских услуг всех форм собственности.

Задача 27. Внедрить экономически эффективные (рыночные) методы управления в здравоохранении.

Задача 28. Повысить квалификацию управленческих кадров.

Задача 29. Снизить риски коррупции и повысить прозрачность и обоснованность принимаемых решений.

Задача 30. Актуализировать нормативно-правовую базу здравоохранения.

Реализация программ по охране здоровья населения (задачи 31—39)

Задача 31. Сформировать мотивацию к ведению здорового образа жизни у населения РФ.

Задача 32. Повысить ответственность населения и работодателей за сохранение и укрепление здоровья.

Задача 33. Создать условия для ведения здорового образа жизни граждан в РФ.

Задача 34. Реализовать программу по борьбе с табакокурением.

Задача 35. Реализовать программу по борьбе с избыточным потреблением алкоголя.

Задача 36. Реализовать программу по борьбе с наркоманией.

Задача 37. Усилить медицинскую профилактику заболеваний.

Задача 38. Совершенствовать систему санитарно-эпидемиологического надзора в РФ.

Задача 39. Обеспечить интеграцию и координацию управления программами по охране здоровья населения.

4.4. Порядок реализации Стратегии

4.4.1. Особенности реализации Стратегии в период экономического кризиса

В период кризиса возрастает потребление медицинской помощи. Причин тому несколько. Одна из них — увеличение числа оставшихся без работы, а также пациентов с психологическими проблемами (стресс, депрессия) и обострением хронических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.). Также следует ожидать увеличения числа пациентов с алкогольной зависимостью, алкогольными отравлениями и травмами, полученными в состоянии алкогольного опьянения. Система здравоохранения должна быть готова к ожидаемому увеличению нагрузки.

В период кризиса возможность населения оплачивать медицинские услуги из личных средств, а предприятий — делать взносы в систему ДМС значительно уменьшается. Это означает, что для большинства населения доступность медицинской

помощи существенно снизится. В этих условиях особенно актуально увеличение государственного финансирования здравоохранения.

Состояние и настрой медицинских работников определяют и настрой многочисленных пациентов — всего к медицинским работникам обращаются свыше 220 млн заболевших граждан в год. Во многих административных районах страны больницы являются единственными крупными работодателями и бюджетообразующими учреждениями. Это также необходимо иметь в виду при формировании политики здравоохранения, т.е. заработная плата врачей не должна уменьшаться, более того, должно произойти ее увеличение.

Самое главное — политика здравоохранения, начатая Президентом РФ и Правительством РФ и направленная на увеличение финансирования и повышения эффективности деятельности системы здравоохранения, не должна быть отложена ни на день! Любое промедление с преобразованиями в здравоохранении грозит ухудшением здоровья населения, снижением темпов развития экономики и возникновением политической и социальной нестабильности в стране. **Действовать надо смело, компетентно и системно.**

4.4.2. Направления реализации Стратегии в период экономического кризиса

В этот период необходимо:

1) вкладывать средства только в экономически эффективные меры, например в повышение квалификации медицинских кадров и обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях, а не в закупку дорогостоящего оборудования и капитальное строительство;

2) способствовать занятости населения РФ; например, из числа безработных можно было бы подготовить работников медико-социальной службы и помощников-секретарей врачей;

3) установить контроль над издержками, например над наличием тепло- и энергосберегающих мер в ЛПУ;

4) принять Стратегию развития здравоохранения.

4.4.3. Порядок обсуждения Стратегии

При обсуждении с заинтересованными ведомствами и другими сторонами необходимо предвидеть их доводы и иметь аргументированные ответы на них. Ниже представлен анализ возможных доводов оппонентов Стратегии и аргументы в защиту основных ее положений.

Минфин России

Доводы оппонентов: в бюджете недостаточно финансовых средств для увеличения финансирования здравоохранения.

Аргументы: здравоохранение было недофинансировано в течение 20 лет, что привело к резкому ухудшению показателей здоровья населения. Экономический рост невозможен без улучшения здоровья населения. Эффективность вложений в здравоохранение составляет 200% (подробно см. раздел 10).

Минэкономразвития России, РСПП, работодатели

Доводы оппонентов: увеличение финансирования здравоохранения потребует повышения налогов и страховых взносов, что затормозит развитие экономики.

Аргументы: во-первых, улучшение здоровья населения (реализуемое через увеличение вложений и повышение эффективности деятельности государственной

системы здравоохранения) является мощным фактором развития экономики. Более того, без улучшения здоровья населения в России добиться экономического роста будет невозможно (см. раздел 10). Во-вторых, за рубежом (Франция, Германия, Нидерланды, Австрия и др.) работник и работодатель отчисляют в систему солидарного обязательного страхования совместно не менее 13–15% ФОТ (в РФ — 3,1% ФОТ, с 2011 г. — 5,1%), при этом государственная система здравоохранения еще дополнительно финансируется из налогов. В-третьих, пополнение государственных расходов на здравоохранение можно обеспечить не только путем увеличения ставки налогов и взносов, но и за счет установления прогрессивной шкалы налогов и взносов, а также за счет расширения базы для их отчислений — не только с заработной платы, но и других доходов (дивидендов, наследства и др.).

С работодателями также необходимо провести массовую разъяснительную работу о пользе улучшения здоровья их работников. Необходимо пояснить им, что непроизводительный труд, преждевременный выход работника на пенсию или его смерть — это потери их прибыли, поскольку в преобладающем большинстве случаев сверхсмертность приходится на уже обученный, квалифицированный персонал в возрасте 40–60 лет. Необходимо привести примеры развитых стран, где работодатели активно развивают производственную медицину — организуют центры профилактики, приближают первичную медицинскую помощь к работникам за счет организации врачебных кабинетов на производстве, создают условия для ведения здорового образа жизни.

4.5. Ожидаемые от реализации Стратегии эффекты

4.5.1. Влияние здравоохранения на экономическое развитие

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

Методика расчета⁵². Можно посчитать этот дополнительный вклад по формуле: (средний ежегодный прирост сохраненных жизней за 13 лет — 160 тыс. человек) 3 (средняя стоимость жизни трудоспособного человека в год, оцененная по среднему значению ВВП за этот период — 500 тыс. руб.) 3 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.

⁵² Приведенная здесь и далее методика расчета позволяет сделать оценки с точностью ± 10 –15%.

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.

4.5.2. Методика расчета.

На рисунке 37 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%.

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.

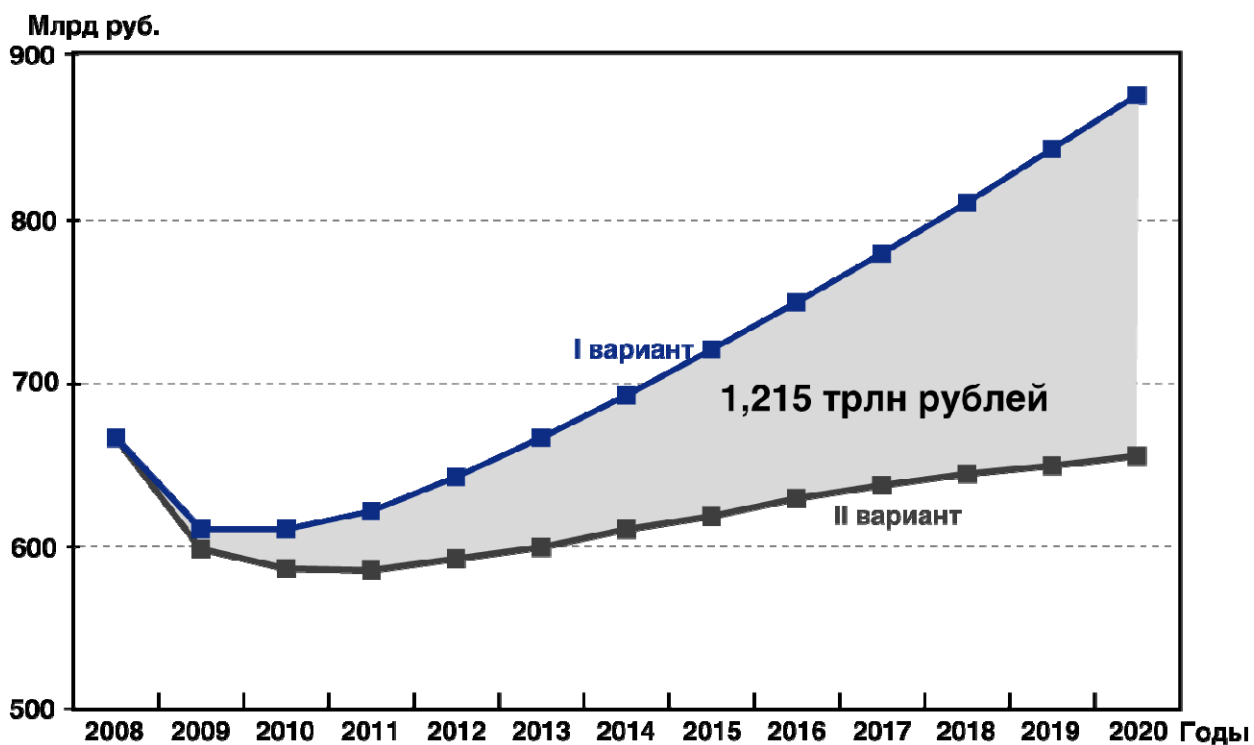


Рис. 37. Динамика потерь ВВП при 2-х вариантах расчета числа дней нетрудоспособности в год.

4.5.3. Методика расчета.

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. 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 удлиниться 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 \times 2,5 года = 65 млн человеколет (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 человеколет \times 500 тыс. руб. = 32,5 трлн руб.

Таким образом, **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, у 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.

4.5.4. Оценка рентабельности вложений в здравоохранение

Для улучшения здоровья населения потребуется увеличение финансирования здравоохранения как минимум до 6% ВВП, или до 1200 \$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. 38): I вариант — поэтапный рост финансирования здравоохранения до 6% ВВП к 2012 году с последующим сохранением этого уровня финансирования; II вариант — финансирование на уровне 3,5% ВВП (динамика роста ВВП представлена на стр. 88).

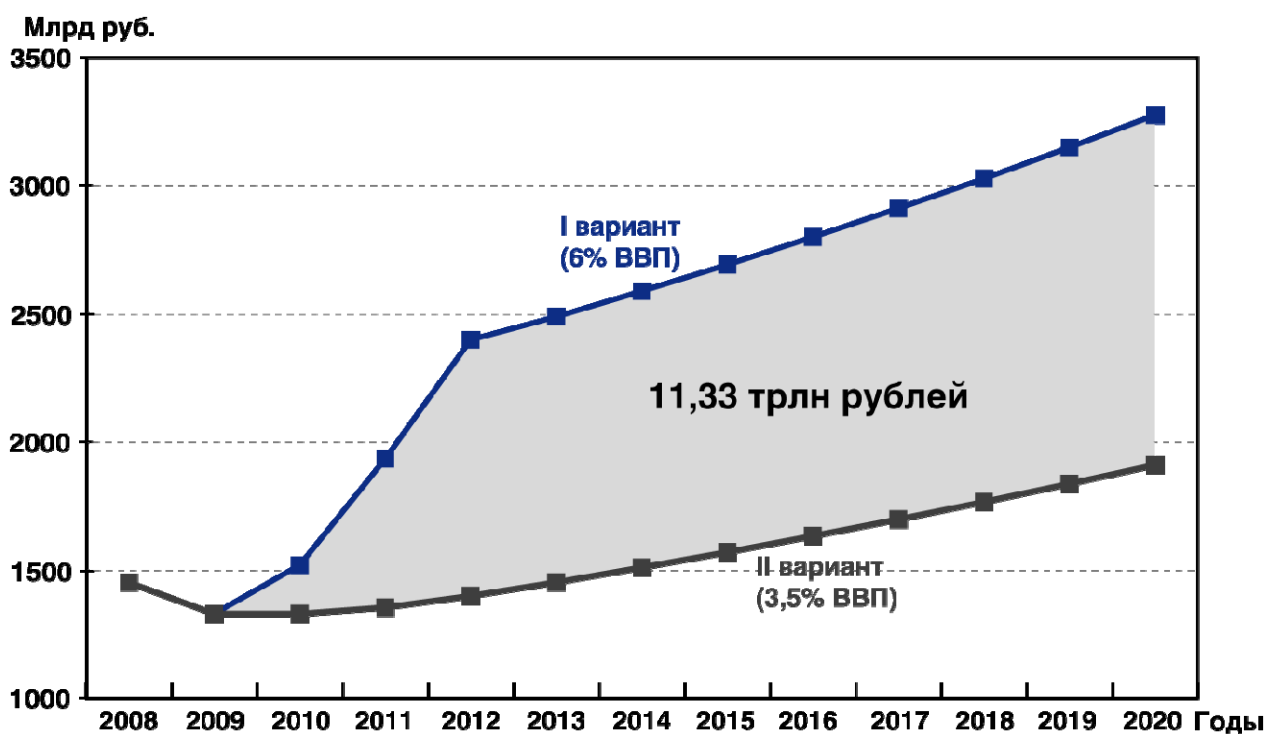


Рис. 38. Динамика расходов на здравоохранение по 2 вариантам.

Можно рассчитать рентабельность (окупаемость издержек), которая является показателем экономической эффективности производства и рассчитывается путем отношения прибыли к сумме произведенных затрат. Рентабельность вложений в здравоохранение России будет равняться $200\% [(34,8 - 11,33) / 11,33 \cdot 100\% = 207\%$, где 34,8 трлн руб. — доходы от вложений в здравоохранение].

4.5.5. Выгоды от реализации Стратегии для заинтересованных сторон

В таблице 8 приводится краткое описание этих выгод для основных участников системы здравоохранения.

Таблица 7. Ожидаемые от реализации Стратегии эффекты.

Группа участников	Ожидаемые выгоды
Население	Получит доступ к качественным медицинским услугам и в более благожелательной к пациенту среде, чем ранее. Уменьшит свои личные расходы на медицинскую помощь. Получит возможность предупредить развитие заболеваний,

	тем самым избежать хронических заболеваний, преждевременной смертности, а значит, и сохранить более высокие доходы
Государство	Сохранит жизни и улучшит здоровье своих граждан. Получит мощный импульс для развития экономики и дополнительный вклад в ВВП, причем рентабельность вложений составит 200%. Сохранит социальную и политическую стабильность в стране. Создаст условия для национальной безопасности на долгосрочный период
Медицинские работники	Получат более высокую заработную плату и большее уважение общества, свободный доступ к современным источникам информации на рабочих местах, смогут ежегодно повышать свою квалификацию путем посещения конференций, выставок и дистанционных форм обучения
Поставщики медицинских услуг	Получат от государства большие объемы заказов на оказание медицинской помощи и по более высоким тарифам, а также возможность для открытой конкуренции за получение государственного заказа (в обмен на улучшение качества). Государственные и муниципальные учреждения смогут свободнее управлять ресурсами учреждений и повышать эффективность своей деятельности
Производители медицинской техники и ЛС	Получат большие заказы на свою продукцию, прозрачность рынка закупок и соответственно равные условия для конкуренции, а также возможность планировать объемы выпуска продукции под государственные заказы (в обмен на государственное регулирование цен и централизованное планирование закупок оборудования)

Выводы.

«Общие положения Стратегии развития здравоохранения до 2020 г.».

1. Основные причины ухудшения здоровья населения России (произошедшего в период с 1990 по 2006 г.) связаны с низкой приверженностью здоровому образу жизни (высокой распространенностью алкоголизма и табакокурения); низкой доступностью медицинской и профилактической помощи населению; неудовлетворительными условиями труда на производстве; а также отсутствием государственных межведомственных программ, направленных на охрану здоровья населения.

2. Основные причины существенного неравенства в показателях здоровья между населением, проживающим в различных субъектах РФ, и между жителями города и села обусловлены меньшей доступностью медицинской помощи в относительно бедных субъектах РФ и на селе. Больше половины населения РФ (54 % населения, получающего подушевые доходы менее 15 тыс. руб. в месяц) имеют существенные ограничения в получении медицинской помощи из-за недостатка личных средств на ее оплату.

3. Главная проблема российского здравоохранения — недофинансирование из государственных источников как минимум в 1,6 раза в ценах 2010 г. и несправедливое распределение государственных средств на медицинскую помощь между регионами, городом и сельской местностью.

4. Кроме того, существуют следующие ключевые проблемы здравоохранения РФ:

- Несоответствие предоставляемых объемов медицинской помощи населению возросшим потребностям в ней – уровень общей заболеваемости населения, коррелирующий со смертностью, с 1990 по 2010 г. возрос на 50 %, а нормативы объемов медицинской помощи по программе госгарантий не увеличились.

- Неэффективное управление финансированием: наличие множества плательщиков и распорядителей средств по программе госгарантий. Отсутствие единых способов оплаты за медицинскую помощь, а также предельных тарифов на медицинские услуги, лекарственные средства и

медицинское оборудование, приобретаемые за государственный счет. Все это приводит к размыванию ответственности за программу госгарантий и к неэффективному расходованию государственных средств.

- Неэффективное кадровое и материально-техническое обеспечение системы здравоохранения. В РФ нет переизбытка медицинских кадров, а имеет место их неоптимальная структура — избыток врачей узких специалистов и недостаток врачей первичного звена (как минимум в 1,7 раза). Низкая заработная плата медицинских работников (на 30% ниже, чем средняя заработная плата по РФ) определяет низкую мотивацию к качественному труду и отток кадров из отрасли. В РФ нет переизбытка коечного фонда, а имеет место его неоптимальная структура — переизбыток коек интенсивного лечения (в 2 раза) и недостаток коек долечивания и длительного ухода (в 2 раза), а также неудовлетворительное материально-техническое оснащение учреждений здравоохранения.

- Неэффективная организация медицинской помощи: низкая доступность первичной медико-санитарной помощи, особенно для работающих категорий населения и школьников, а также недостаточное бесплатное обеспечение населения лекарственными средствами в амбулаторных условиях. Как следствие — рост запущенных случаев заболеваний и нерациональное использование более дорогостоящих видов лечения. Акцент в государственных программах направлен на плохо контролируемые, коррупционноемкие инвестиционные расходы (строительство и закупку дорогостоящего оборудования) вместо развития кадрового потенциала и государственных закупок лекарственных средств.

- Неэффективное управление системой здравоохранения, которое проявляется в отсутствии стратегического планирования и ответственности руководителей всех уровней за достижение результатов, а также в недостаточном использовании экономически эффективных инструментов управления и низкой научной обоснованности принимаемых решений. Все это приводит к неэффективному расходованию государственных ресурсов и снижению авторитета государственной власти.

5. 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 2,6 года и повысить

рождаемость на 16%. Это показывает эффективность увеличения государственного финансирования здравоохранения при условии жесткого контроля со стороны первых лиц государства.

Что надо делать

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 1,6 раза по отношению к 2010 году.

2. Для обеспечения доступности медицинской помощи для большинства населения РФ доля государственных (солидарных) расходов должна составлять не менее 80% от общих расходов на здравоохранение.

3. 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.

4. Главными направлениями Стратегии развития здравоохранения должны стать:

- эффективное и справедливое распределение ресурсов здравоохранения между субъектами РФ путем установления одного плательщика в лице системы 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.

5. Увеличение финансирования и повышение эффективности здравоохранения позволят к 2020 г. дополнительно сохранить 2,5 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. Сегодня в РФ до 65 лет доживают только 48% мужчин и 84% женщин — до 60 лет. Увеличение пенсионного возраста является главным резервом трудовых ресурсов в РФ, который может обеспечить ежегодный рост ВВП на 6% до 2020 г.

6. 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.

7. В условиях экономического кризиса увеличение финансирования здравоохранения будет способствовать поддержанию социальной и политической ста

