

# ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ И СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## 9.1. Медико-демографическая ситуация в стране

Происходящие и ожидаемые в ближайшие десятилетия социально-демографические изменения предъявляют требования к российской системе здравоохранения, на которые в настоящее время она отвечает далеко не в полной мере.

Долговременное массовое накопление неблагоприятных изменений в общественном здоровье населения, неудовлетворительное развитие социальной сферы и состояние сети лечебно-профилактических учреждений, недоступность высокоэффективных средств лечения для подавляющего большинства населения страны не способствуют снижению заболеваемости и инвалидизации. Налицо тенденция роста заболеваемости, при этом прогрессируют, в частности, социально зависимые и профессионально обусловленные дефекты здоровья, увеличивается доля тяжелых запущенных заболеваний. Несмотря на некоторый рост рождаемости, сохраняют остроту проблемы репродуктивного здоровья женщин и здоровья новорожденных. В 2004 г. около 78% женщин, закончивших беременность, имели различные патологические состояния, предшествовавшие или возникшие во время беременности: анемию, поздний токсикоз, болезни почек, болезни системы кровообращения и т.д. Каждая из них страдала 1–2 заболеваниями. Растет гинекологическая заболеваемость. На репродуктивный потенциал и уровень репродуктивного здоровья женщин существенное влияние оказывает распространенность абортов и низкая культура контрацепции.

Наблюдаемые и прогнозируемые демографические изменения, в частности, старение населения, миграционные процессы еще больше усложняют и без того непростое положение. Требуется углубленный анализ взаимосвязи распространенности социальных болезней с социально-экономической дифференциацией населения и особенностями социально-экономического развития отдельных регионов, с продолжающимся территориальным перераспределением населения России.

Так, заболеваемость туберкулезом (по впервые выявленным случаям) снижается в относительно «благополучных по туберкулезу» федеральных округах, но растет там, где уровень заболеваемости и до этого был выше, прежде всего, в Дальневосточном и Сибирском округе. В этих регионах, характеризующихся, как правило, неблагоприятными климатическими условиями, маргинализацией населения, активными миграционными процессами, предъявляются повышенные требования и к системе здравоохранения, чьи возможности влиять на улучшение показателей пока еще весьма ограничены.

Региональная картина инфицированности ВИЧ/СПИД показывает обратную зависимость от уровня экономического развития: вирус иммунодефицита наиболее распространен в богатых регионах, особенно на ресурсодобывающих территориях без развитой социальной среды. С одной стороны, это связано с уровнем наркомании, а с другой, все большее развитие получает половой путь распространения инфекции.

Сложившаяся ситуация должна была найти свое отражение в осуществляемых в стране социально-экономических реформах, в том числе относящихся к сохранению и укреплению здоровья населения.

## 9.2. Соответствуют ли реформы российского здравоохранения демографическим вызовам?

Осуществляемые на всем протяжении истории современной России реформы в области здравоохранения были связаны в основном с решением задач его ресурсного обеспечения, касающихся как общего объема средств, так и более рационального их использования. Объем финансирования должен быть достаточен, как минимум, для возмещения общественно-необходимых затрат, связанных с оказанием медицинской помощи населению. А по замыслу осуществляемой в нашей стране административной реформы, рост эффективности использования имеющихся ресурсов должен обеспечиваться за счет перехода от управления расходами к управлению результатами. Соответственно, формирование и расходование финансовых средств предполагает четко обозначенные цели и результаты деятельности.

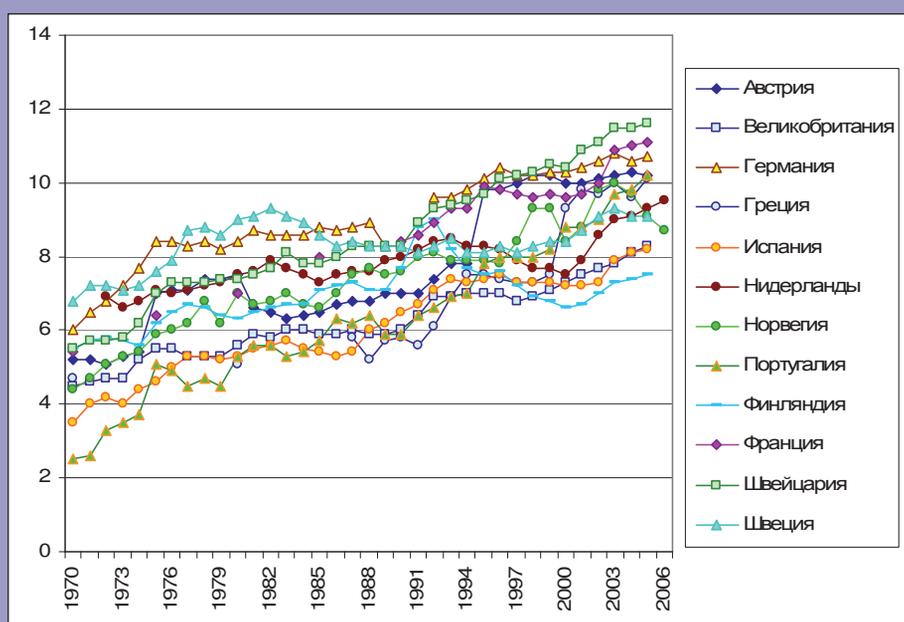
В «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», одобренной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 года,

целью здравоохранения было провозглашено сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. Однако достижение этой цели существенно тормозится ограниченностью направляемых на охрану здоровья ресурсов.

Как отмечалось в гл. 3 (раздел 3.5.3), существует очевидная зависимость между душевыми затратами на охрану здоровья и достигнутой в стране продолжительностью жизни. Успехи тех стран, где в последние десятилетия смертность быстро снижалась, а продолжительность жизни увеличивалась, опирались на значительный рост как государственных (public), так и частных, а, соответственно, и совокупных расходов на охрану и восстановление здоровья.

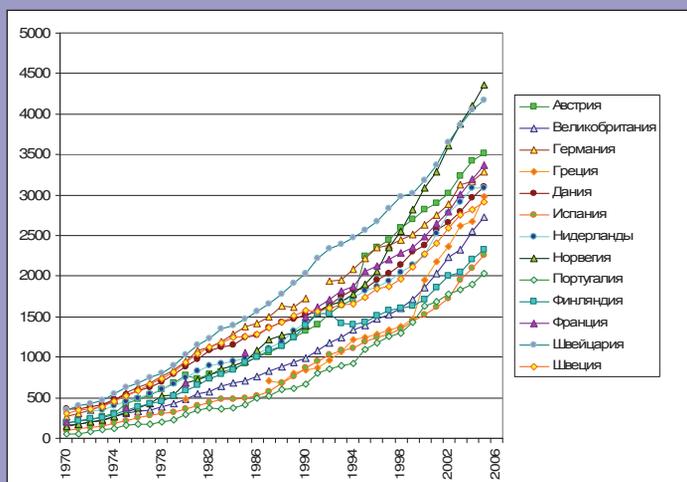
В США доля затрат на охрану здоровья в ВВП выросла с 5% в 1960 г. до 15,3% в 2004 г.<sup>1</sup>, при значительном росте самого ВВП. 8-10% ВВП, расходуемые на охрану здоровья (большей частью, из государственных средств) - уровень, типичный сегодня для богатых европейских стран (рис. 9.1).

Но даже в тех странах, где доля расходов на здравоохранение не растет столь быстро и не слишком отличается от российской, абсолютная величина этих затрат на душу населения заметно выше, чем в России, из-за более высокого душевого ВВП.



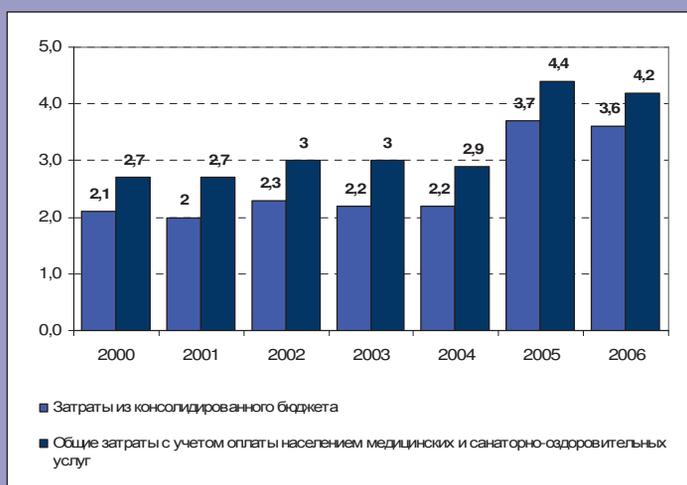
Источник: База данных ВОЗ Health for all (HFA), обновление июля 2008 г.

Рисунок 9.1. Изменение общих затрат на здравоохранение в некоторых европейских странах в % к ВВП, 1970-2005 гг.



Источник: База данных ВОЗ Health for all (HFA), обновление июля 2008 г.

**Рисунок 9.2. Общие затраты на здравоохранение в некоторых европейских странах в расчете на душу населения, в долларах США по паритету покупательной способности**



Источник: Источник: Здравоохранение в России 2005. Статистический сборник. М., Росстат, 2006; Здравоохранение в России 2007. Статистический сборник. М., Росстат, 2007.

**Рисунок 9.3. Доля в ВВП затрат на здравоохранение в России, %**

Только с 1970 г. душевые затраты на здравоохранение в абсолютном выражении в западноевропейских странах (рис. 9.2), в США, в Японии стремительно выросли. Рост был тем большим, чем меньшим был исходный уровень – в Швеции, Дании, Нидерландах он был девяти-десятикратным, в Португалии душевые расходы выросли в 40 раз.

В России такого роста не было. В 2006 г. государственные расходы на здравоохранение и

физическую культуру в России составили 3,6% ВВП – это уровень США 1980 г., но в США в то время еще 5,2% ВВП тратилось на те же цели частными плательщиками, так что общие расходы на здравоохранение достигали 8,8%. В России же оплата населением медицинских и санаторно-оздоровительных услуг в 2006 г., по официальным данным, добавила только 0,7% ВВП, что довело общие затраты до 4,2% ВВП<sup>2</sup>. Сейчас доля затрат на здравоохранение в ВВП в России постепенно увеличивается, особенно заметным этот рост стал после 2004 г. (рис.9.3).

Все же, пока абсолютные затраты на здравоохранение, по сравнению с другими развитыми странами, невелики. По оценке ВОЗ, в 2005 г. они составили 561 доллар ППС. Это, примерно, уровень европейских стран середины 70-х годов, но сейчас в этих странах душевые затраты на здравоохранение в 4-6 раз выше.

На рис. 9.4 представлены средства, которые выделяются в России в рамках программы государственных гарантий, утверждаемой ежегодно уже около 10 лет. Если учесть инфляционные процессы и пересчитать эти цифры с учетом индексов-дефляторов, то можно отметить не только явно недостаточный общий уровень, но и практически отсутствие существенной позитивной динамики.

Общий уровень недофинансирования здравоохранения в сочетании со стремлением сохранить определенный уровень оказания медицинской помощи нередко заставляет компенсировать имеющийся дефицит за счет пациентов, что способствует развитию теневой экономики в здравоохранении, снижает уровень качества медицинской помощи и, в конечном итоге, негативно влияет на показатели состояния здоровья населения.

В основе реформирования экономической модели отечественного здравоохранения после введения системы обязательного медицинского страхования (ОМС) лежит переход от преимущественно централизованной одноканальной системы финансирования к децентрализованной многоканальной.

Принятая в рамках системы ОМС территориальная модель финансирования, когда средства аккумулируются в территориальных фон-

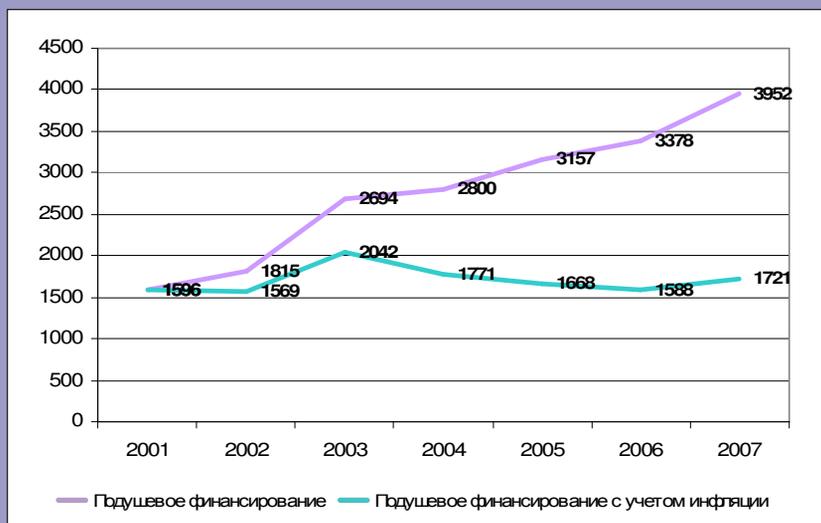


Рисунок 9.4. Финансирование здравоохранения по программе государственных гарантий, 2001 – 2007 гг., в рублях

дах, привела, по существу, к дискриминации населения в зависимости от места проживания. Так, финансовое обеспечение Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (ПГГ) на душу населения в различных федеральных округах колеблется в 2,5 раза, не говоря уже об отдельных субъектах Федерации, разница между которыми достигает 10-15 раз. Такая разница обусловлена отнюдь не различиями в страховых рисках, то есть в заболеваемости населения и его обращаемости за медицинской помощью, а экономическим положением той или иной территории и налогооблагаемой базой на ней.

Об отсутствии основного страхового принципа свидетельствует и рис. 9.5, на котором показаны по 10 наиболее и наименее финансово обеспеченных территорий. Никакой связи с показателями заболеваемости не наблюдается.

Сложившееся положение усугубляется и существующим способом оплаты медицинских услуг в

системе ОМС, при котором объем средств, получаемых лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ), зависит от количества оказанных услуг и размера тарифа на них. В результате складывается парадоксальная ситуация, когда в условиях ограниченных ресурсов стимулируется затратный тип функционирования отрасли, а задачи сохранения и укрепления здоровья населения становятся для медицинских учреждений экономически невыгодными.

В этих условиях несомненного внимания заслуживала утвержденная в 2000 г. Правительством РФ Концепция охраны здоровья населения

РФ на период до 2005 г., целью которой провозглашалась стабилизация показателей здоровья населения путем реализации первоочередных мер, направленных на изменение образа жизни людей, формирование у них приоритетного отношения к проблеме здоровья, ориентиро-

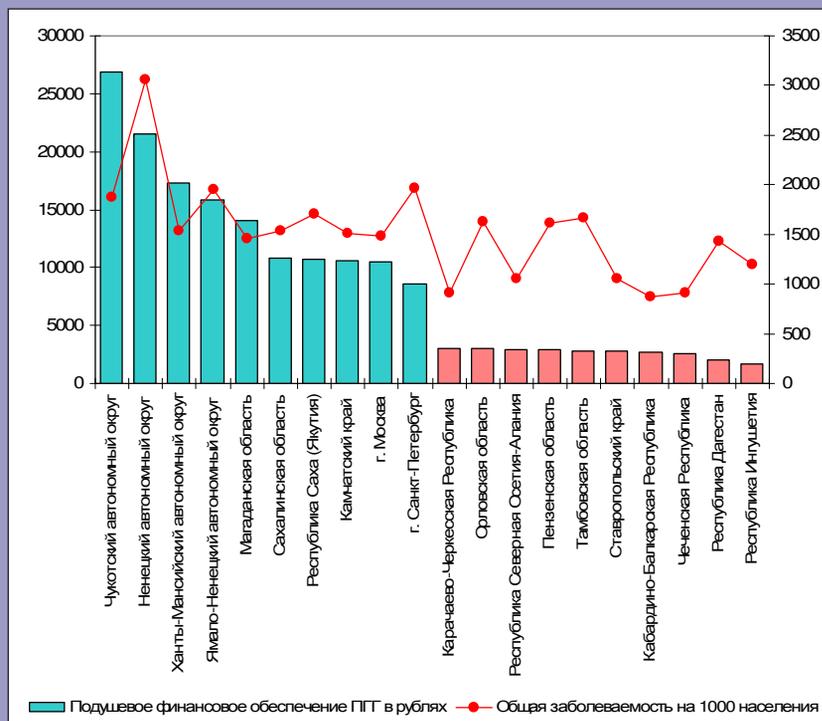


Рисунок 9.5. Финансовое обеспечение населения по программе государственных гарантий (левая шкала) и уровень общей заболеваемости (правая шкала) по ряду субъектов РФ



ванного на минимизацию факторов, негативно влияющих на здоровье. Формирование навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры не требует значительных финансовых затрат, но может дать ощутимый социально-экономический эффект. К сожалению, существенного влияния на процессы реформирования системы здравоохранения указанная Концепция не оказала.



Достаточно явно выражена направленность на улучшение состояния здоровья населения в приоритетном Национальном проекте «Здоровье». В нем сделан акцент на профилактике как средстве предупреждения болезней и высоких технологиях, которые должны способствовать снижению смертности.

Правда, в отношении профилактики приоритет во многом оказался отданным инфекционным и наследственным заболеваниям, а не наиболее значимым на данном этапе болезням системы кровообращения, новообразованиям, алкоголизму, наркоманиям и др. Дополнительная же диспансеризация, имеющая определенные ограничения, направлена в основном на раннее выявление заболеваний, а не их предупреждение или снижение заболеваемости. Ничем не подкреплены и привычные лозунги о формировании у населения культуры здоровья и повышения мотивации к его сохранению, комплексе мер по снижению масштабов алкоголизма и наркомании, укреплению здорового образа жизни, развитию физической культуры и спорта.

Среди новых мероприятий, направленных на исправление демографической ситуации, следует отметить и введение родового сертификата, на основании которого производится оплата медицинской помощи женщинам в период беременности и родов. Подразумевается, что дополнительные средства, следующие за женщиной, имеющей возможность выбрать медицинское учреждение, должны повысить конкуренцию, а, следовательно, и качество услуг женщинам в период беременности и родов. Теоретически в перспективе это должно привести к сокращению заболеваемости матерей и новорожденных, материнской и младенческой смертности.

В целом, несмотря на некоторые положительные сдвиги, нельзя не видеть, что проводимые реформы системы здравоохранения далеко не всегда соответствуют имеющимся демографическим вызовам, нередко декларативны и в большинстве случаев игнорируют существующее противоречие между экономическими интересами различных субъектов, имеющих отношение к охране здоровья населения.

### 9.3. Основные проблемы здравоохранения в свете развития медико-демографической ситуации

Всемирная организация здравоохранения, формируя стратегию на глобальном уровне, отмечает, что при разработке национальной политики здравоохранения необходимо учитывать демографические изменения, которые могут оказывать серьезное влияние не только на экономику, но и на состояние здоровья населения, на проблемы организации и финансирования здравоохранения. Демографические изменения могут, в частности, сказаться на характере патологии и на формировании приоритетов в области борьбы с болезнями и их профилактики. Все это в полной мере относится и к России.

Одним из главных демографических вызовов, на которые придется давать ответ российской системе здравоохранения, становится вызов старения населения (см. раздел 1.3.4 настоящего доклада).

Рост доли в населении старших возрастных групп ведет к росту специфических потребностей в их медицинском обслуживании, обусловленных сдвигом структуры заболеваемости населения в сторону увеличения доли хронических неинфекционных болезней. Соответственно, требуется не только привлечение дополнительных средств для оказания необходимых объемов медицинской помощи, но и изменения структуры усилий системы здравоохранения.

Так, например, за последнее десятилетие заболеваемость злокачественными новообразованиями, которые в подавляющем большинстве случаев являются уделом людей старших возрастных групп, и смертность от них выросли во всем мире более чем на 20%. Аналогичная тенденция прослеживается и в России.

Особую проблему составляет рост числа престарелых людей, одиноких и не способных по состоянию здоровья обслуживать себя, а потому нуждающихся в долговременных услугах по уходу за ними. Такой уход может оказываться как на дому, так и в специальных учреждениях, но в любом случае он требует существенных затрат – как со стороны государства, так и со сто-

роны населения. Как показывает международный опыт, во многих странах эти затраты уже сейчас превышают 1% и даже 2% ВВП (рис. 9.6).

Учитывая имеющиеся прогнозы изменения возрастно-половой структуры населения страны с учетом его расселения, а также коэффициенты потребления медицинской помощи в различных группах населения, можно ожидать определенных изменений объемов основных видов медицинской помощи, предусмотренных Программой государственных гарантий. Расчеты показывают, например, что к 2025 году объемы амбулаторно-поликлинической помощи могут возрасти у мужчин примерно на 9%, а у женщин – на 11%, стационарной помощи соответственно на 11% и 14%, стационарозамещающих видов помощи – на 21% и 20%, скорой медицинской помощи – на 16% и 33%. Это увеличение примерно в равной степени коснется как городского, так и сельского населения. Определенные особенности могут иметь и изменения объемов отдельных специализированных видов помощи.

Старение населения – основная долговременная тенденция изменения возрастного состава населения России, но это не исключает и других подвижек, которые также надо иметь в виду. В частности, наблюдающийся сейчас рост числа рождений, а значит, и числа детей, а через некоторое время и подростков может потребовать дополнительных вложений в развитие педиатрии. Их рост должен будет происходить одновременно с неизбежным ростом затрат на развитие геронтологии, кардиологии, онкологии, медико-социальной помощи. Платежеспособность же потребителей медицинских услуг из-за преоб-

ладания среди них пенсионеров с относительно низкими доходами, будет достаточно ограниченной, так что меняющаяся ситуация будет требовать роста социальных расходов. С другой стороны, ожидаемое сокращение женского населения репродуктивного возраста даже с учетом некоторого роста рождаемости позволяет прогнозировать снижение объемов медицинской помощи в отделениях для беременных и рожениц и патологии беременности.

Говоря о вызовах, перед которыми ставят российское здравоохранение предстоящие демографические изменения, не следует забывать и о его нынешних нерешенных задачах – чрезвычайно высокой смертности, низкой продолжительности общей и здоровой жизни, о чем говорилось в гл. 3.

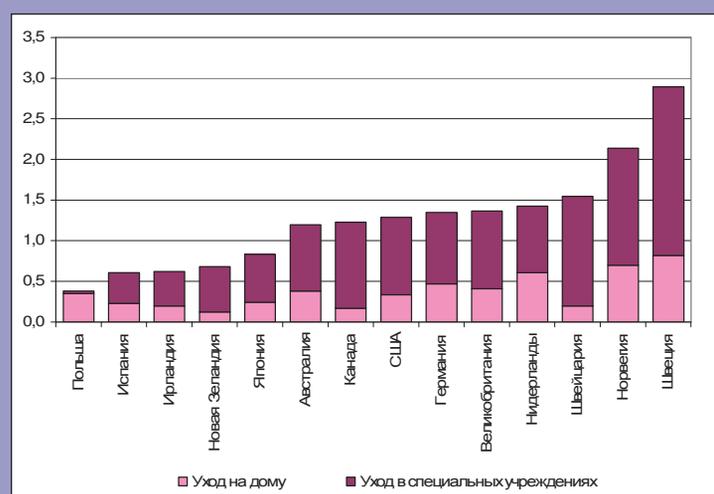
В основу формирования стратегии преодоления нынешнего кризиса смертности должен быть положен анализ всей структуры причин смерти во всех возрастных группах. Но, прежде всего, необходимо добиться снижения предотвратимой смертности, особенно в трудоспособных возрастах. В Российской Федерации в этих возрастах умирает каждый третий, что в три раза выше, чем в развитых странах. Ежегодные потери от предотвратимой, преждевременной смертности составляют около 22 млн. человеко-лет потенциальной жизни.

Анализ структуры смертности по возрасту и по причинам смерти во многом определяет приоритетность действий системы здравоохранения. В частности, сочетание высокой вероятности и низкого возраста смерти от болезней системы кровообращения и от внешних причин приводит к тому, что вот уже 40 лет именно эти два класса причин

в решающей степени определяют неблагоприятное положение со смертностью в стране. Следовательно, на устранение этой неблагоприятной особенности и должны быть направлены в первую очередь основные усилия здравоохранения.

Важен при этом и экономический аспект. Сердечно-сосудистые заболевания и травматические последствия внешних причин входят в число четырех групп заболеваний (к ним относятся также болезни органов дыхания и системы пищеварения), которые стоят на первых местах по стоимости лечения и на долю которых приходится более 50% всех расходов системы здравоохранения в стране.

Значительный ущерб здоровью населения наносят и факторы внешней среды (Вставка 9.1).



Источник: Long-term care for older people. OECD, 2005, p. 26.

Рисунок 9.6. Затраты на уход за престарелыми в некоторых странах в 2000 г., в % от ВВП

### Вставка 9.1. Стоимостная оценка ущерба здоровью населения от загрязнения окружающей среды в отдельных российских регионах (вклад заболеваемости и смертности)

Субъект Российской Федерации	Всего (млн. евро)	На душу населения (евро)	Доля ущерба в ВРП
Республика Башкортостан	1477	360,9	7%
Республика Татарстан	1076	285,5	4%
Нижегородская область	1133	315,0	6%
Пермская область	731	249,9	4%
Самарская область	955	293,2	4%
Свердловская область	1743	383,6	8%
Челябинская область	1405	387,2	8%
Новосибирская область	648	238,2	5%
Томская область	241	227,3	3%

Б.А.Ревич, В.Н.Сидоренко. Экономические последствия воздействия загрязнений окружающей среды на здоровье населения. М., 2007.

Говоря о демографических вызовах, нельзя забывать и о миграционных процессах, которые требуют усиления эпидемического контроля, решения проблем взаимной адаптации мигрантов и российского здравоохранения, влияния неучтенной миграции на различия в планируемых и фактических объемах медицинской помощи и др.

## 9.4. Необходимые условия и механизмы обеспечения эффективной деятельности здравоохранения

### 9.4.1. Ресурсное обеспечение здравоохранения

Необходимость решения стоящих перед здравоохранением сложных задач: по улучшению здоровья россиян, снижению уровня их инвалидизации и смертности, по увеличению объемов медицинской помощи в ответ на повышение доли лиц пожилого возраста, дальнейшему развитию высокотехнологичных видов медицинской помощи - требует со-

ответствующего ресурсного обеспечения отрасли. Необходимо увеличение объемов финансирования, как минимум, в два раза и обеспечение более рационального использования выделяемых средств.

Решать эти задачи следует, прежде всего, в рамках государственной системы здравоохранения, которая должна сохранить ведущую роль, несмотря на ожидаемое повышение участия частного сектора в оказании медицинской помощи и ее финансировании.

В соответствии с этим необходимо законодательное закрепление Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи с четким определением видов, объемов, порядка и условий ее предоставления, обеспеченных финансово. Кроме того, следует предусмотреть механизмы для обеспечения реализации гражданами своих прав в случае невыполнения обязательств, установленных программой государственных гарантий.

Существует точка зрения, согласно которой необходимо предусматривать и непосредственное долевое участие пациента в оплате медицинской помощи, что, наряду с бюджетным финансированием и системой ОМС, приведет к сочетанию принципов общественной солидарности и личной ответственности населения за сохранение своего здоровья. В любом случае следует помнить, что вопрос об участии пациентов в оплате медицинской

помощи требует не только определения размера оплаты и ее способа, но и соответствующего правового обеспечения, включая введение льгот для тех категорий населения, которые не смогут произвести соответствующие выплаты.

Основой же системы финансирования здравоохранения должен оставаться принцип общественной солидарности (богатый за бедного, здоровый – за больного), в рамках которого на государство возлагаются задачи по первоочередному обеспечению гарантий медицинской помощи гражданам с наиболее сложными заболеваниями и наименьшими возможностями нести расходы на лечение.

Помимо потребности в росте ассигнований, выделяемых на здравоохранение, приоритетными на данном этапе становятся задачи упрощения механизмов финансирования с сокращением количества финансовых потоков в отрасли и максимального использования экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы.

В решении этой проблемы определенную роль может сыграть совершенствование механизмов оплаты медицинских услуг и способов оплаты труда медицинских работников, направленных на создание стимулов к осуществлению структурных преобразований, повышению качества услуг, усилению профилактической работы и др.

#### **9.4.2. Совершенствование управления здравоохранением и определение приоритетов**

Необходимость разработки и реализации соответствующих реформ системы здравоохранения требует значительных управленческих ресурсов на всех уровнях, обеспечивающих общее управление ресурсами и принятие решений на разных уровнях (национальном, региональном, местном и на уровне поставщика услуг), направленных на повышение эффективности деятельности отрасли и усиление вклада в улучшение медико-демографической ситуации.

Осуществление указанных преобразований должно строиться на основе стратегического планирования с учетом региональных различий медико-демографических показателей, которые в России значительно варьируются в зависимости от уровней социально-экономического развития и состояния здоровья населения отдельных регионов. Поскольку цель системы здравоохра-

нения любого уровня – улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности, на уровне каждого региона, муниципального образования, медицинского учреждения необходимо владеть достоверной информацией по данным показателям, чтобы на основе их анализа принимать адекватные управленческие решения.

Крайне важно, чтобы реформы в системе здравоохранения в Российской Федерации сочетались с проведением соответствующей межсекторальной политики, поскольку высокие показатели заболеваемости и смертности населения во многом связаны с действием целого ряда факторов, которые выходят за рамки компетенции отрасли. В качестве наиболее значимых направлений, способствующих улучшению состояния здоровья, реализация которых требует межсекторального подхода, можно выделить меры по борьбе со злоупотреблением алкоголем и с курением, пропаганду здорового питания и физической активности, повышение безопасности дорожного движения.

Важную роль для осуществления оздоровительных и профилактических программ может сыграть и государственно-частное партнерство, о чем свидетельствует опыт целого ряда крупных российских предприятий.

Эффективность управления системой здравоохранения во многом зависит от правильности выбора приоритетов ее деятельности.

В Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года выделены три группы задач (см. Вкладку 9.2):

- задачи по сокращению уровня смертности населения, прежде всего граждан трудоспособного возраста;
- задачи по сокращению уровня материнской и младенческой смертности, укреплению репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;
- задачи по укреплению здоровья населения, существенному снижению уровня социально значимых заболеваний, созданию условий и формированию мотивации для ведения здорового образа жизни.

Эти группы задач отчасти взаимно пересекаются, они очень широки, и даже их более подробная расшифровка не позволяет выбрать ограниченное число направлений, на которых следует сконцентрировать главные усилия.

В докладе Всемирного банка под названием «Рано умирать» приводятся аргументы в пользу концентрации усилий на борьбе, на-

## Вставка 9.2. Государственная Концепция демографической политики о задачах здравоохранения

### **Решение задачи по сокращению уровня смертности населения, прежде всего граждан трудоспособного возраста, включает в себя:**

- сокращение уровня смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы за счет создания комплексной системы профилактики факторов риска, ранней диагностики с применением передовых технологий, внедрения образовательных программ, направленных на предупреждение развития указанных заболеваний;
- улучшение материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих помощь, в том числе экстренную, больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, оснащение и кадровое обеспечение учреждений здравоохранения в соответствии со стандартами, создание необходимых служб в муниципальных и региональных учреждениях здравоохранения, повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи указанным больным, а также развитие системы восстановительного лечения и реабилитации этих больных;
- сокращение уровня смертности и травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий за счет повышения качества дорожной инфраструктуры, дисциплины на дорогах, организации дорожного движения, а также за счет повышения оперативности, качества оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на всех ее этапах;
- сокращение уровня смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за счет перехода в сфере охраны труда к системе управления профессиональными рисками (включая информирование работников о соответствующих рисках, создание системы выявления, оценки и контроля таких рисков), а также за счет экономической мотивации для улучшения работодателем условий труда;
- сокращение уровня смертности от самоубийств за счет повышения эффективности профилактической работы с гражданами из групп риска, направленной на предупреждение суицидов;
- сокращение уровня смертности от онкологических заболеваний за счет внедрения программ профилактики, а также за счет скрининговых программ раннего выявления онкологических заболеваний;
- сокращение уровня смертности от ВИЧ/СПИДа и туберкулеза за счет совершенствования программ профилактики и лечения этих заболеваний, а также за счет применения новых инновационных технологий лечения;
- внедрение специальных программ для населения старших возрастных групп;
- повышение доступности медицинской помощи для жителей сельской местности и отдаленных районов.

### **Решение задач по сокращению уровня материнской и младенческой смертности, укреплению репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков включает в себя:**

- повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, их новорожденным детям за счет развития семейно ориентированных перинатальных технологий, снижающих риск неблагоприятного исхода беременности и родов, укрепления материально-технического и кадрового обеспечения службы материнства и детства в соответствии со стандартами оснащения родовспомогательных учреждений, развития высокотехнологичной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным детям;
- обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи по восстановлению репродуктивного здоровья, в том числе вспомогательных репродуктивных технологий, снижение доли рабочих мест с тяжелыми, вредными и опасными условиями труда в целях сохранения репродуктивного здоровья;
- проведение профилактических мероприятий в целях раннего выявления нарушений состояния здоровья детей и подростков, обеспечение доступности первичной медико-санитарной, специ-

ализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям, совершенствование системы оказания реабилитационной помощи детям и подросткам, восстановительной медицины, усиление профилактической работы по предупреждению алкоголизма, наркомании, табакокурения, нежелательной беременности;

- развитие системы оказания медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях, организация качественного горячего питания школьников и учащихся учреждений начального профессионального образования, в том числе бесплатного питания для детей из малообеспеченных семей, обязательность занятий физической культурой во всех типах образовательных учреждений.

**Решение задач по укреплению здоровья населения, существенному снижению уровня социально значимых заболеваний, созданию условий и формированию мотивации для ведения здорового образа жизни включает в себя:**

- формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан через средства массовой информации о влиянии на здоровье негативных факторов и возможности их предупреждения, привлечения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, организации отдыха и досуга независимо от места жительства, а также разработку механизмов поддержки общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения;
- разработку мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции, осуществление в образовательных учреждениях профилактических программ, направленных на недопущение потребления алкоголя и табачных изделий детьми и подростками;
- создание эффективной системы профилактики социально значимых заболеваний, предупреждения факторов их развития;
- обеспечение безбарьерной среды обитания для лиц с ограниченными возможностями, развитие реабилитационной индустрии, направленной на обеспечение максимальной социализации инвалидов;
- внедрение комплексных оздоровительных и реабилитационных программ по сокращению сроков восстановления здоровья после перенесенных заболеваний и травм, развитие услуг, предоставляемых санаторно-курортными организациями и оздоровительными учреждениями;
- разработку мер, направленных на сохранение здоровья и продление трудоспособного периода жизни пожилых людей, развитие геронтологической помощи.

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351

ряду с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, с неинфекционными заболеваниями, особенно сердечно-сосудистыми, онкологическими, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, сахарным диабетом. Вероятно, могут быть и другие подходы к выбору приоритетных направлений для российского здравоохранения, требующих особого внимания и предпочтительного обеспечения ресурсами. Но, как показано, в частности, в разделе 3.4.5 применительно к смертности, положение на разных участках общей картины российского неблагополучия в области охраны здоровья неодинаково,

и если такой выбор не сделан, наиболее острые сегодняшние проблемы так и останутся нерешенными.

### 9.4.3. Принцип социальной справедливости

Поиск путей решения задач сохранения здоровья населения России должен учитывать социальное расслоение общества. Существуют различия в структуре и распространенности заболеваний в разных группах населения в зависимости от характера их занятости. От социально-экономического положения за-

висит здоровье не только взрослых, но и их детей. С падением жизненного уровня семьи появляются предпосылки для хронизации болезни ребенка.

Принадлежность к различным социально-экономическим группам влияет также и на возможность обращаться за медицинской помощью в различные структуры, в том числе и коммерческие, приобретать эффективные лекарственные препараты и др.

Таким образом, экономическое неравенство людей обуславливает их неравенство в возможности поддержания своего здоровья, которому следует противопоставить принцип социальной справедливости, устраняющий или, по крайней мере, сокращающий это неравенство (вставка 9.3).

### 9.4.4. Участие населения

Мировой опыт убедительно свидетельствует о значимости при реализации программ здравоохранения

привлечения пациентов, населения в качестве активных партнеров, заинтересованных в собственном здоровье.

Решение задач по укреплению здоровья населения, существенному снижению уровня социально значимых заболеваний, созданию условий и формированию мотивации для ведения здорового образа жизни включает в себя: формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан о влиянии на здоровье негативных факторов и возможностях их предупреждения, привлечения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, организации отдыха и досуга независимо от места жительства, а также разработку механизмов поддержки общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения.

В этом плане важно развертывание широкой общественной кампании по пропаганде здорового образа

## Вставка 9.3. Равенство в отношении здоровья

Равенство в отношении здоровья оценивается как отсутствие систематических различий в состоянии здоровья (или в основных социальных детерминантах здоровья) между группами населения с разным социальным статусом, а равенство по отношению к системе здравоохранения характеризуется такими параметрами, как охват населения, доступ к медицинским услугам и их доступность.

Принципы «справедливой системы финансирования» и «финансовой защиты» лежат в основе распределения вкладов домохозяйств в финансирование здравоохранения. Стоимость медицинской помощи может быть чрезвычайно высокой, а потребности в ней часто возникают неожиданно, поэтому граждане должны быть обеспечены соответствующей защитой. Справедливая система финансирования здравоохранения должна обеспечивать финансовую защиту для всех. При такой системе риски, с которыми сталкивается каждое домохозяйство в связи с необходимостью оплаты расходов здравоохранения, распределяются в соответствии с платежеспособностью граждан, а не со степенью тяжести или видом заболевания, и поэтому высокая стоимость медицинских услуг не может быть причиной обеднения граждан/семей или отказа им в лечении.

Обращаемость за медицинской помощью имеет позитивную корреляцию с уровнем доходов. Как показывает таблица, разница между долей респондентов из самой богатой и самой бедной доходных групп, обратившихся за медицинскими услугами, достигает 1,5 раз. Это говорит о том, что доступность услуг здравоохранения меняется в зависимости от уровня дохода, но возможно также и вследствие разного отношения к собственному здоровью, свойственного представителям разных социально-экономических групп.

Доля респондентов, обратившихся за медицинской помощью

В среднем	34,4
10% – самых бедных	23,5
10% – самых богатых	35,9

Б.А.Ревич, В.Н.Сидоренко. Экономические последствия воздействия загрязнений окружающей среды на здоровье населения. М., 2007.

жизни, обучение навыкам самоконтроля и самолечения пациентов, страдающих распространенными хроническими заболеваниями. Формирование потребности в здоровье и самосохранительного поведения должно стать одной из важнейших задач сотрудничества органов исполнительной власти, средств массовой информации, молодежных и других организаций, медицинских работников и населения.

Особое внимание должно быть уделено разработке мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции, осуществление в образовательных учреждениях профилактических программ, направленных на недопущение потребления алкоголя и табачных изделий детьми и подростками.

Необходимо разрабатывать и внедрять механизмы экономической мотивации здорового образа жизни населения и профилактики заболеваний, хотя сейчас на этом пути существуют значительные трудности. Низкий уровень благосостояния, общая санитарная культура и целый ряд других социально-экономических факторов приводят к тому, что население не только не заботится о сохранении и укреплении своего здоровья, но часто и не обращается за медицинской помощью даже в случае заболевания.

\* \* \* \* \*

Сложившаяся в России неблагоприятная медико-демографическая ситуация, высокая смертность, рост заболеваемости, в частности, нарастание социально зависимых и профессионально обусловленных дефектов здоровья, увеличение доли тяжелых запущенных заболеваний требуют адекватных ответов со стороны системы здравоохранения. Необходимо повысить доступность и качество медицинской помощи, обеспечить развитие профилактики, активизировать предупреждение основных факторов риска заболеваемости и смертности. В основу выработки стратегии преодоления кризиса смертности в России должны быть положены анализ структуры причин смерти, разработка комплексных целевых программ с соответствующим их ресурсным обеспечением и максимальным привлечением пациентов, населения в качестве активных партнеров, заинтересованных в собственном здоровье.

Осуществляемые на всем протяжении истории современной России реформы в области здравоохранения были связаны в основном с решением проблемы улучшения его финансирования и далеко не всегда

соответствовали имеющимся демографическим вызовам, в большинстве случаев игнорируя существующее противоречие между макро- и микроэкономическими интересами различных субъектов, имеющих отношение к охране здоровья населения. Разработанная территориальная бюджетно-страховая модель не только не позволила решить поставленные задачи, но и привела к развитию затратного типа деятельности медицинских организаций, усилению теневой экономики в здравоохранении, резкой дифференциации ресурсного обеспечения отрасли в различных регионах, снижению качества медицинской помощи и, в конечном итоге, к негативному влиянию на показатели состояния здоровья населения.

Решение стоящих перед системой здравоохранения задач невозможно без увеличения объемов финансирования оказания медицинской помощи, исходя из потребностей в ней всего населения и предоставления равных прав различным его группам, не допуская дальнейшего социального расслоения и какой-либо дискриминации в зависимости от занятости, возраста, характера заболевания, места жительства или работы и т.д. Но оно требует также и более рационального использования имеющихся средств на основе:

- совершенствования планирования здравоохранения с учетом медико-демографической ситуации;
- оптимизации финансовых потоков в отрасли;
- широкого внедрения экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы за счет совершенствования механизмов оплаты медицинских услуг и труда медицинских работников;
- механизмов повышения заинтересованности граждан в сохранении и укреплении своего здоровья с обеспечением гарантий медицинской помощи лицам с наименьшими возможностями нести расходы на лечение.

Необходимо также создание правовой базы, которая позволила бы оптимизировать инфраструктуру всей системы здравоохранения и ОМС, в частности, сочетающей федеральную основу с принципом регионализации, позволяющим повысить ответственность регионов за собственное социальное развитие, углубленный анализ его взаимосвязи с показателями состояния здоровья населения, в частности, с распространенностью социальных болезней, и разработку мер по улучшению медико-демографической ситуации.

<sup>1</sup> Statistical Abstract of the United States 1996. Washington, 1996, p. 111; Statistical Abstract of the United States 2008. Table 1311.

<sup>2</sup> Здравоохранение в России. 2007. Статистический сборник. М., Росстат, 2007, с. 311, 315.