

Социальные вызовы России

АБЕЛ АГАНБЕГЯН,
академик РАН

Хотелось бы привлечь ваше внимание к проблемам здравоохранения. Семь лет назад при кафедре экономической теории и политики в нашей академии была создана лаборатория экономики и менеджмента в здравоохранении, в состав которой входят специалисты в области экономики и медицины. Результатом нашей деятельности стала разработка некоторых предложений по модернизации и реформированию здравоохранения, о которых я хотел бы далее коротко рассказать.

В 1997 г. была принята 10-летняя программа улучшения здравоохранения. Ни один пункт этой программы ни полностью, ни частично выполнен не был. Главный показатель – уровень смертности – за это время не только не сократился, а даже увеличился с 15 тыс. до 16,1 тыс. на 1000 человек населения. За это время сменилось 7 премьер-министров и 9 министров здравоохранения, поэтому спросить не с кого.

Мы пытались серьезно проанализировать, почему это случилось. Программа хорошая, было сделано много очень разумных предложений. Как мне кажется, есть две причины произошедшего:

1) нецелевой характер программы – не были четко сформулированы цели, не на что было ориентироваться;

2) не было механизма осуществления этой программы.

9 октября 2007 г. президент Российской Федерации утвердил Концепцию демографической политики России до 2025 г., которая в отличие от упомянутой Программы имеет жесткую целевую ориентацию. Из *табл. 1* видно, какие поставлены в ней конкретные и высокие цели.

Таблица 1

**Концепция демографической политики РФ на период до 2025 г.
(утверждена Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г.)**

	Целевые задачи концепции	
	до 2016 г.	к 2025 г.
Население РФ	Стабилизируется на уровне 142–143 млн чел.	Увеличивается до 145 млн чел.
Ожидается продолжительность жизни	70 лет	75 лет
Увеличить суммарный коэффициент рождаемости к уровню 2006 г.	в 1,3 раза	в 1,5 раза
Снизить уровень смертности	в 1,3 раза	в 1,6 раза
Сократить уровень материнской и детской смертности	...	не менее чем в 2 раза
Обеспечить миграционный прирост в год не менее	200 тыс. чел.	300 тыс. чел.

Но это только концепция, а не сама программа. И механизма ее осуществления там нет. Правда, есть поручение правительства разработать конкретные мероприятия, а главное – регионы тоже должны принять свои программы. Кстати, мы готовы обучать представителей регионов, как разработать такую программу.

Мы попытались сформулировать наши предложения по реформе здравоохранения в такой форме, чтобы основное внимание уделить

именно механизму по ее реализации. Мы внесли следующие предложения:

- перейти на программно-целевое управление по сокращению смертности, инвалидности и болезней;
- перейти в планировании, оценке, управлении финансированием здравоохранения на общепринятую в большинстве стран мира систему диагностически связанных групп болезней – а это ориентация на конечный результат;
- ввести новое нормативно-правовое регулирование в сфере охраны здоровья;
- реорганизовать систему подготовки и переподготовки кадров;
- ввести новую систему оплаты медицинских работников;
- дать большую самостоятельность медицинским учреждениям, провести их интеграцию и перейти к самофинансированию этих учреждений при развитии системы социального страхования как главного источника финансирования здравоохранения.

Разрешите вначале остановиться на количественных показателях (рис. 1).

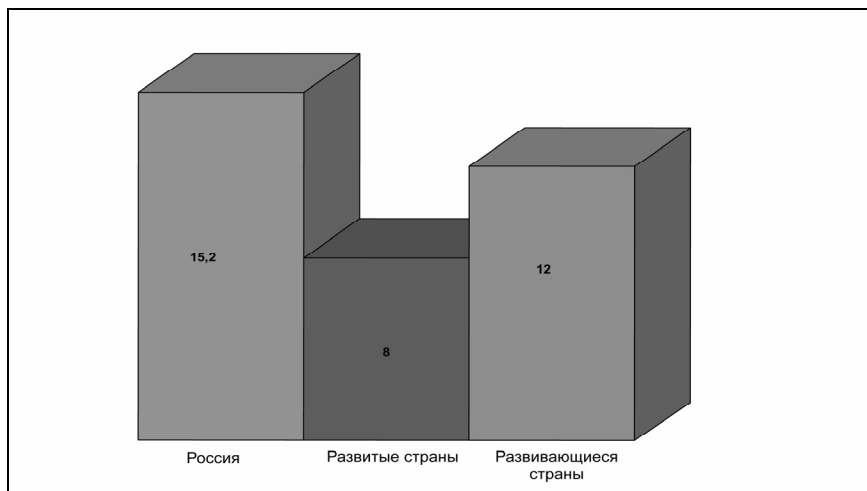


Рис. 1. Смертность населения, на 1 тыс. человек

В 2006 г. в России умерло 2 млн 166 тыс. человек, или 15,2 на 1 тыс. человек. По сравнению с тем, сколько людей умирает в развитых странах по соответствующим возрастным категориям, у нас умирает на 1 млн больше. Если бы у нас был уровень смертности, как в Западной Европе, то у нас бы умерло 1 млн 100 тыс. человек, а не 2 млн 166 тыс. В развивающихся странах со сходным уровнем экономического развития – таких как Бразилия, Польша, Латвия и т.д. – умирает 12 человек на 100 тыс., т.е. у нас умирает на 500 тыс. больше.

Значит, принимаемые меры должны способствовать сокращению такого уровня смертности, и для этого есть абсолютно реальные возможности.

Хуже всего то, что у нас 1/3 умерших – это люди трудоспособного возраста. И здесь мы имеем показатели в 3 раза выше, чем в развитых странах, и в 2 раза выше, чем в указанных выше развивающихся странах. То есть нам нужно не просто сократить уровень смертности, а в первую очередь сократить именно смертность населения трудоспособного возраста. Причем мужчины умирают у нас в основном в трудоспособном возрасте и в 4 раза больше, чем женщины.

Что касается детской смертности, то это единственная, пожалуй, тенденция, где мы достигли успехов. От показателя смертности 18 детей на 1 тыс. родившихся (это уровень смертности самых «плохих» стран мира) мы в 2007 г. дойдем до 9,2 на 1 тыс. родившихся. Но и это примерно вдвое выше, чем в развитых странах, особенно с учетом того, что наша статистика не вполне сопоставима (табл. 2).

Таблица 2

Продолжительность жизни

	Средняя продолжительность жизни
В России	66,7 года (мужчины – 60,6 и женщины – 73,1 года)
В развитых странах	78 лет
В развивающихся странах	71 год

Какова у нас продолжительность жизни, вы и сами знаете. Мы не входим в первые 100 стран мира по показателю средней продолжительности жизни, в то время как по уровню экономического развития у нас 50-е место, по уровню реальных доходов – 55-е, а по продолжительности жизни мужчин – 130-е место. То есть мы уступаем

всем развитым и практически всем развивающимся странам и находимся близко к уровню беднейших стран, а именно Индии. Наши мужчины живут даже на год меньше, чем индийские, хотя уровень реальных доходов на душу населения там в 3,5–4 раза ниже, чем в России.

Кроме смертности, есть проблема численности инвалидов. Хотя наших инвалидов не видно, в отличие от американских: у нас ни улицы, ни транспорт, ни учреждения и предприятия не приспособлены к нуждам инвалидов, но их 16 млн человек! И каждый год 1 млн 500 тыс. человек (вдумайтесь в эту цифру!) получают инвалидность. Этот показатель в 5 раз превышает аналогичный в развитых странах мира. Причем 31% из числа инвалидов – люди трудоспособного возраста.

Если мы осуществим целевую программу сокращения уровня смертности и инвалидности, то в год сохраним 1 млн трудоспособных человек. И никакая миграция не даст такого эффекта, тем более с точки зрения уровня образования.

Вообще, наша страна находится на стадии догоняющего развития, и мы можем широко использовать опыт других стран, что облегчает нам решение наших задач. Мы можем обратиться к зарубежному опыту, но и в нашей стране есть бесценный опыт. Об этом свидетельствуют данные по регионам об уровне смертности, в том числе детской смертности, и т.д. (табл. 3).

Таблица 3

**Число детей, умерших в возрасте до 1 года,
на 1 тыс. родившихся**

Районы с низкой смертностью		Районы с высокой смертностью	
г. Санкт-Петербург	5,2	Республика Хакасия	18,3
Республика Мордовия	6,3	Амурская область	17,4
Тульская область	7,1	Костромская область	16,4
Липецкая область	7,3	Республика Тыва	16,3
Краснодарский край	7,9	Кабардино-Балкарская Республика	15,5
Ярославская область	7,9	Республика Калмыкия	15,5
Москва	7,9	Республика Дагестан	15,1
Калининградская область	11,9	Краснодарский край	14,0

Средний показатель смертности среди детей до 1 года в России – 10,4 на 1 тыс. человек. Но ситуация с детской смертностью весьма неоднозначна. В целом по Санкт-Петербургу у нас показатели примерно такие же, как в Западной Европе. Но если взять Ленинградскую область – там показатели ужасные. В Москве уровень смертности процентов на 30 выше, чем в Санкт-Петербурге. Не хотите сравнивать показатели по Москве и Санкт-Петербургу – посмотрите, какая ситуация в Республике Мордовия, где смертность значительно ниже, чем в Москве.

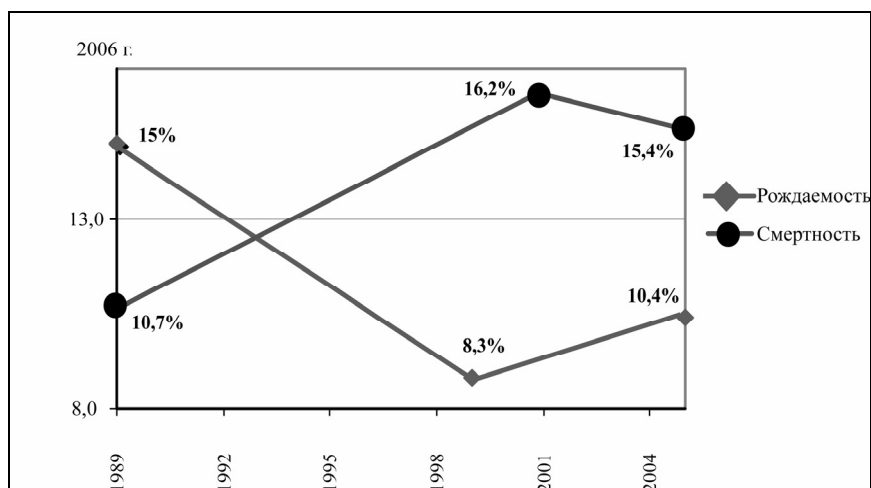


Рис. 2. Депопуляция населения России: «русский крест»

Как вы знаете, у нас была страшная ситуация, которая получила название «русский крест», когда рождаемость резко снизилась, а смертность при этом выросла. Но с 2006 г. у нас начал сокращаться уровень смертности, и эта тенденция продолжается в 2007 г. довольно интенсивно. В то же время у нас в стране растет рождаемость, хотя и очень медленно. Коэффициент рождаемости в 2007 г. достигает 11 человек на 1 тыс.

Целевое управление предусматривает, что по каждой наиболее распространенной причине смертности будут разработаны целевая

программа и целевое управление этой программой. То есть согласно проекту будут определены научный руководитель, головной институт-клиника, коллеги, административный орган в рамках Министерства здравоохранения, которое за это отвечает, целевое финансирование, а также конкретные показатели, по которым и будет вестись работа.

Для начала мы предлагаем сформировать 6 целевых программ борьбы за сокращение смертности, инвалидности и заболеваемости по следующим основным направлениям:

1. Заболевания кровеносной системы:

- подпрограмма 1: борьба с ишемической болезнью сердца – инфарктами;
- подпрограмма 2: борьба с заболеваниями сосудов головного мозга – инсультами.

2. Онкологические заболевания.

3. Травмы, прежде всего травмы костно-мышечной системы.

4. Автоаварии.

5. Алкоголизм.

6. Болезни материнства и детства.

По системе кровообращения – у нас в среднем в 3,5 раза смертность выше, чем в развитых странах, особенно из-за инсультов (в 5 раз выше). Что делать? С одной стороны, совершенно ясно, что надо проводить профилактические меры. Это – борьба с гипертонией и с высоким содержанием «плохого холестерина».

По данным Всемирной организации здравоохранения, в России 23% смертей происходит из-за высокого содержания холестерина, плохого лечения, 35% смертей – из-за высокого кровяного давления. Значит, необходима диспансеризация людей определенного возраста, следует выделять группы риска, конкретно работать с каждой из этих групп. И только это приведет к кардинальному сдвигу.

С другой стороны, нужно наладить помощь, когда уже случился инфаркт или инсульт. В России из-за инсультов смертность в 5 раз выше, чем за рубежом. Большинство людей не знает, что если попасть с инсультом в Городскую клиническую больницу № 31 (в квартале отсюда), то там будут самые лучшие результаты лечения.

Ни в США, ни в Европе нет ни одной клиники, где бы вылечили от инсульта такой процент больных, как в этой больнице. На базе ГКБ № 31 и клиники фундаментальной и клинической неврологии работает Федеральный сосудистый центр под руководством доктора медицинских наук, профессора, член-корр. РАМН В.И. Скворцовой. И в этом Центре добились того, что смертность от инсульта у них в среднем в 3 раза ниже, чем в других клиниках в Москве, и в 6 раз ниже, чем в России.

Но главное – 40% больных после инсульта становятся практически здоровыми и трудоспособными. В этом Центре применяются совершенно оригинальные технологии и конечно же замечательно выхаживают больных. Почему бы этот опыт не распространить повсеместно?

Та же ситуация складывается и с инфарктами.

Рассмотрим следующую программу – *по онкологии*. Главный специалист в этой области – президент Российской академии медицинских наук, академик М.И. Давыдов. Он считает, что можно в 2 раза снизить смертность главным образом за счет ранней диагностики рака. После того, как поставлен такой диагноз, у нас в России живут в среднем 2 года, а за рубежом – 8 лет. А все потому, что мы ставим диагноз рак слишком поздно.

Как я уже говорил, у нас очень высокий уровень смертности, особенно *от внешних причин, от отравления алкоголем и т.д.* Чтобы эту смертность сократить, нужны специальные программы и очень жесткие меры.

Главное новшество, которое мы здесь предлагаем, – целевое управление. Но оно должно быть дополнено, с тем чтобы сами клиники были заинтересованы в сокращении уровня смертности, в лучшем использовании ресурсов. А для этого нужно перейти на новую систему управления, финансирования в зависимости от достигнутых результатов в лечении, на что и направлена система диагностически связанных болезней.

К чему такая система приведет в России, мы более-менее знаем, так как в Иркутской области уже был проведен эксперимент по ее внедрению в ряде клиник. Она приводит к уменьшению в 1,5 раза

сроков пребывания пациентов в больнице, к сокращению в 1,5 раза коечного фонда острых заболеваний, прежде всего хирургических, наиболее дорогих. В целом медицинская обстановка резко улучшается.

Самое главное, что надо сделать (это самое узкое место во всех делах, но в медицине особенно), – решить *проблему кадров*. Это проблема тех людей, от которых зависит жизнь и смерть, это проблема врача.

В этом направлении мы предлагаем очень серьезные меры, связанные с изменением образования, аттестацией, аккредитацией и др.

К чему мы, в конце концов, придем, если пойдем по этому пути и у нас улучшатся суммарные показатели?

Я долго думал над проблемой стратегии социально-экономического развития страны. Какова наша цель? Пытаясь проанализировать высказывания президента В.В. Путина о том, каким он видит будущее России, я пришел к выводу, что ключевая мысль президента заключается в том, что Россия должна войти в число самых развитых стран мира.

Таблица 4

Уровень экономического развития в странах G-7 и в России по долгосрочному прогнозу

Валовой внутренний продукт на душу населения, тыс. долл.
по паритету покупательной способности

Страны	Исходный уровень	Через 10 лет	Через 20 лет	Через 30 лет
G-7	30–40	40–50	50–60	65–75
Россия	12	22	40	70

Прирост ВВП на душу населения принят по странам G-7 по 2,5%, по России – 6% в среднем в год. При таких темпах роста через 30 лет Россия войдет в число самых развитых стран мира.

Таблица 5

**Место России в международных рейтингах
среди 210 стран мира**

Показатели	Исходный уровень	Через 10 лет	Через 20 лет	Через 30 лет
Уровень экономического развития	50	40	30	10
Индекс социального развития	65	50	35	10
Реальные доходы на душу населения	50	40	30	10
Средняя продолжительность жизни	100	60	40	10
Жилищная обеспеченность	80	60	40	10
Здравоохранение	130	70	40	10
Образование	30	20	10	5
Депопуляция населения (разница между рождаемостью и смертностью населения), тыс. чел.	-500	0	+200	+300

Но наша задача заключается в том, что мы должны развиваться с уклоном в социальную сферу. А из-за низкой средней продолжительности жизни мы занимаем лишь 65-е место по главному социальному показателю – индексу социального развития. Поэтому мы должны быстрее подтягивать средний уровень продолжительности жизни, улучшать обеспеченность жильем, качество здравоохранения.