


Коренное улучшение здоровья населения — важнейшее условие модернизации российского общества и экономики

Олег Богомолов

Основные задачи круглого стола «Коренное улучшение здоровья населения — важнейшее условие модернизации российского общества и экономики» — глубже понять воздействие систем здравоохранения на состояние здоровья населения и провести критический анализ новейших фактических данных по эффективным стратегиям улучшения деятельности систем здравоохранения с учетом растущих требований к обеспечению их устойчивости и соблюдению принципа солидарности.

Экспертный круглый стол прошел в рамках интерактивной дискуссионной площадки клуба академика О.Т. Богомолова.



Материал подготовлен в соответствии с проектом «Социально-коммуникативные технологии в формировании здорового образа жизни», осуществляемым Институтом экономических стратегий. При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 29 марта 2013 г. № 115-рп «Об обеспечении в 2013 году государственной поддержки некоммерческих неправительственных организаций, реализующих социально значимые проекты и участвующих в развитии институтов гражданского общества» и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации».

Должна ли быть в социальном государстве бесплатная медицина?

Академик **О.Т. Богомолов** во вступительном слове к дискуссии отметил, что модернизация России невозможна без коренного улучшения здоровья населения. Скажем прямо, мысль о такой «увязке» прозвучала впервые.

— Тема сегодняшнего обсуждения, — сказал академик, — неблагоприятное состояние здоровья населения России и связанные с ним тревожные демографические тенденции и другие опасные последствия. Коренная причина ухудшения здоровья населения заключена в бедности значительной части российских граждан (до 40–50%), а также в проводимой социально-экономической политике. Несмотря на ряд мер по улучшению системы здравоохранения, принятых государством, курс на прогрессирующую коммерциализацию медицинской помощи и образования не позволяет достичь качественного сдвига к лучшему. Две трети опрошиваемого социологами населения констатируют ухудшение системы здравоохранения по сравнению с советским временем.

По уровню здоровья, согласно данным ВОЗ, Россия сегодня занимает 127-е место, а по эффективности системы здравоохранения — 130-е место. По ожидаемой продолжительности жизни мы отстаем от развитых стран Европы на 11 лет. Этот показатель ныне такой же, как и 40 лет назад. Причины такого отката — рост заболеваемости, смертности, снижение рождаемости; они коренятся в кризисном состоянии общества, его экономики, спровоцированном ультралиберальной политикой рыночных преобразований. Чтобы исправить

положение, необходимо придерживаться социальной ориентации общественно-экономического развития при ведущей роли государства. Реформы общественно-экономического устройства оправданы тогда, когда они улучшают жизнь народа и обеспечивают социальную справедливость и консолидацию общества. Если реформы ведут к социальному расслоению, углублению пропасти между богатыми и бедными, ограничению доступа бедных и слоев населения с низкими доходами к общественным благам — образованию, здравоохранению, культуре, искусству, их ждет провал.



Модернизация России невозможна без коренного улучшения здоровья населения. Мысль о такой «увязке» прозвучала впервые.

Приведу в подтверждение лишь несколько примеров того, каковы последствия внедрения рыночного (коммерческого) подхода в нашей системе здравоохранения. Сегодня граждане РФ оплачивают из своего кармана 50% расходов на лечение в больницах, 30% расходов на лечение в поликлиниках, 60% стоимости стоматологических услуг. Во многих странах Запаदा медицина помощь и лекарства населению предоставляются полностью или в преобладающей части бесплатно. Выход из создавшегося положения со здоровьем населения нужно искать в увеличении бюджетного финансирования системы здравоохранения, рационализации ее структуры, ликвидации произвола и необоснованно низкой оплаты труда сотрудников не только системы здравоохранения, но и многих других отрас-

лей экономики. Частный бизнес и государственные компании не склонны раскошелиться на медицинское страхование своих сотрудников в необходимом с точки зрения достижений современной медицины объеме. Высокотехнологичное лечение доступно состоятельному классу, но не всем представителям среднего класса, тем более бедноте. Сельские жители только в 40% случаев обращаются за медицинской помощью по болезни. Это вдвое ниже, чем в городах.

По мнению авторитетных представителей российской медицины, существует целый ряд изъянов в медицинском обслуживании населения и в существующей системе охраны здоровья. Это и дефицит врачей, и недостаточная квалификация многих из них, паде-

ние качества обучения врачей и других работников, нехватка медсестер и вспомогательного персонала, низкая оплата труда медиков (на 20% ниже средней оплаты труда работников в стране). Отсюда отток врачей и медработников из отрасли. Нерациональны пропорции между стационарным лечением и лечением в поликлиниках. Расширение закупок за рубежом современной медицинской техники не сопровождается соответствующей подготовкой обслуживающих ее специалистов.

Всплеск алкоголизма и наркомагии происходит под влиянием ухудшения общего социально-го и морального климата в стране, ее криминализации. Но система охраны здоровья не делает все необходимое для противодействия этой напасти.

Реформы 1990-х годов, разрушившие советскую систему здравоохранения, нуждаются в переосмыслении, так как они привели к негативным результатам в медицинском обслуживании населения и снижению эффективности затрачиваемых на

эти цели средств. Все больше накапливается аргументов в пользу стратегии государственной медицины, финансируемой из бюджета, как более эффективной и социально справедливой.

Словом, предметов для дискуссии у нас достаточно. Должна ли быть в социальном государстве — таким государством Россия объявлена по Конституции — бесплатная медицина, как это имеет место во многих государствах Европейского союза? Ответ на данный вопрос назрел.

России нужна новая модель организации и финансирования здравоохранения



— В России до сих пор не принята стратегическая концепция развития отрасли, поэтому остается открытым вопрос о модели развития системы здравоохранения, — так начала свое выступление кандидат экономических наук **Татьяна Владимировна Чубарова** (Институт экономики РАН). — Нам все еще неясно, насколько существующее обязательное медицинское страхование соответствует ис-

тинным потребностям сохранения здоровья населения.

Особенность этой отрасли в том, что медицинские услуги нельзя рассматривать как товар, который можно свободно покупать и продавать на рынке.

Потребитель медицинской услуги не обладает полной информацией, необходимой ему для того, чтобы сделать рациональный выбор, и часто просто не в состоянии его сделать. Асимметрия информации означает, что врачи имеют явное преимущество на рынке медицинских услуг, причем как на стороне спроса, так и на стороне

ко медицинских услуг ему необходимо. Более того, нередко потребитель не способен оценить медицинскую услугу даже после ее получения.

Реформы здравоохранения в 1990-е годы были направлены на разрушение существовавшей государственной модели здравоохранения, суть которой заключалась в бесплатном оказании медицинских услуг. Основной мотив — недостаток государственных средств и необходимость мобилизации ресурсов из других источников. Хотя бюджетной медицине нет равных в эффективности расходов на здравоохранение, россиянам

Дело не только в том, сколько средств выделяется, но и в том, как эти средства потрачены.

предложения. Они, оказывая медицинские услуги, сами определяют, сколько их нужно пациенту, принимают решения о необходимости того или иного вида лечения, лекарств и т.д. В результате пациент выбирает не медицинскую услугу как таковую, а врача, но сам не решает, сколь-

навязывают изначально затратный вариант, ведущий к тому же к ухудшению качества медицинской помощи и снижению ее доступности.

Преимущества государственного финансирования хорошо известны: контроль над средства-

ми и обеспечение реализации общенациональных приоритетов, главный из которых — доступ населения к медицинской помощи. Бюджетная система здравоохранения имеет как достоинства, так и недостатки. При централизованной государственной системе и наличии профессионального управления легче экономить на расходах на медицинское обслуживание, не жертвуя его качеством. Государственное производство и распределение медицинских услуг может быть оправдано не только с точки зрения экономической эффективности, но и по соображениям социальной справедливости. Поэтому стратегия государственной медицины оправдана с точки зрения достижения баланса между экономической эффективностью и социальной справедливостью.

Ныне расходы на здравоохранение складываются из средств государственного бюджета, выплат обязательного социального страхования и личных платежей граждан, включая добровольное медицинское страхование. В странах ОЭСР доля бюджетных и страховых расходов составляет в среднем более 70% общих расходов на здравоохранение. Наше государство, похоже, не волнуется, сколько гражданин тратит на получение медицинской помощи из своих личных средств и каково ее качество и эффективность.

С учетом мирового опыта нам необходима такая система финансирования, которая позволит использовать выделяемые средства на здравоохранение с наибольшей отдачей с точки зрения доступности и качества медицинской помощи. Дело не только в наращивании расходов на здравоохранение, но и в том, как обеспечить справедливый доступ людей к лечению и лекарствам, как постоянно повышать качество медицинской помощи. США расходуют на здравоохранение почти 18% ВВП. Вме-

сте с тем по ряду показателей, например по продолжительности жизни, достижения США гораздо скромнее, чем в ряде развитых стран с преобладанием государственного финансирования, где доля здравоохранения в ВВП ниже, а эффект от затрат выше или сравним с аналогичным показателем в США. Значит, дело не только в том, сколько средств выделяется, но и в том, как эти средства потрачены.

До тех пор, пока модернизация отрасли будет осуществляться преимущественно за счет повышения страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования, рассчитывать на качественный прорыв не приходится.

России нужна не просто модернизация этой отрасли, насыщение ее высокотехнологичным оборудованием, а новая модель организации и финансирования здравоохранения. Следует предусмотреть, на мой взгляд, следующие необходимые условия.

1. Приоритет здравоохранения должен стать реальным фактором, а не декларируемым тезисом. До тех пор, пока модернизация отрасли будет осуществляться преимущественно за счет повышения страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования, рассчитывать на качественный прорыв не приходится.

2. Необходимо не только сохранение, но и расширение финансирования бюджетной системы, строгий контроль государства за эффективным расходованием выделяемых средств с учетом поддержания социального равенства в обществе.

3. Необходим баланс в развитии первичной и высокотехнологичной медицинской помощи. Нужно, чтобы человек получал необходимую первичную

помощь на поликлиническом уровне (обследование, диагноз). В России есть реальные возможности улучшения обслуживания и расширения оказания высокотехнологичной помощи в уже существующих медицинских учреждениях. При внедрении новых технологий важно соотносить медицинский и экономический эффект, оценивать реальную пользу, которую получает общество от применения

новых технологий. Обслуживание должно быть оптимизировано с учетом данных доказательной медицины.

4. Необходимо обеспечить получение пациентом медицинской помощи независимо от того, в каком регионе он проживает. Соответствующие стандарты должны быть едины для всех граждан. Модернизация отрасли предполагает мобилизацию управленческих резервов. Часто небольшие организационные изменения могут дать хороший эффект.

5. В процессе отработки оптимальной модели важно учитывать мнение независимого экспертного сообщества, причем не только медицинского, но и специалистов из других областей знания — экономистов, управленцев, социологов. Охрана здоровья требует междисциплинарного подхода: если медицина обеспечивает лечение каждого отдельного пациента, то здравоохранительные мероприятия должны быть направлены на пропаганду здорового поведения и образа жизни населения, защиту его здоровья и предотвращение болезней.

Здравоохранение должно решать проблемы пациентов путем профилактики и раннего выявления заболеваний



Доктор медицинских наук, член исполкома Пироговского движения врачей **Юрий Михайлович Комаров** представил стратегию, разработанную группой экспертов, и остановился на нескольких предложениях, обоснованных в ней с учетом мирового опыта.

Во-первых, необходимо развивать программы улучшения здоровья, а не просто оказания медицинской помощи. Это проблемы бедности, состояния окружающей среды, питания, условий труда, то есть все то, что формирует здоровье. Во-вторых, необходим полный разворот системы здравоохранения к массовому пациенту. В-третьих, вектор развития здравоохранения должен быть направлен в противоположную сторону, а именно оно должно решать проблемы пациентов на ранних стадиях путем профилактики и раннего выявления заболеваний а не делать акцент на дорогостоящих высоких технологиях. В-четвертых, следует отказаться от программы государственных

гарантий, она ничего не гарантирует, потому что государство не знает, на что и зачем оно тратит деньги и что оно за это получает. Причем ее финансовое покрытие в большей части регионов составляет только 70%. В-пятых, отказаться от платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях и потому, что это противоречит Конституции, и потому, что 70% наших граждан являются неплатежеспособными. При этом в настоящее время достаточно легко перевести любой вид помощи из бесплатной в платную. Если общество считает, что врач — это человек, который восстанавливает

болезней. А это противоречит интересам государства и общества.

С самого начала была выбрана модель, которая не подходит нашим территориальным, демографическим, экономическим, политическим и культурным условиям — Россия не располагает объективными условиями развития, необходимыми для эффективности страховой модели. Поэтому предлагается перейти на менее затратную государственную бюджетную модель как в Великобритании, Испании, Канаде, Швеции и во многих других странах, дополненную развитой системой до-

Все участники процесса страхования заинтересованы в увеличении числа больных, в росте числа медицинских услуг, но не заинтересованы в результатах. Отсюда невыгодность профилактики и раннего выявления болезней.

здоровье нации, то его труд должен достойно оплачиваться.

20 лет внедрения обязательного медицинского страхования привели к формированию гибридной бюджетно-страховой модели, не только не понятной ни пациентам, ни врачам, но и затратной, требующей постоянного роста расходов на здравоохранение. Страховые компании выполняют лишь функцию финансовых посредников, и все участники процесса страхования заинтересованы в увеличении числа больных, в росте числа медицинских услуг, но не заинтересованы в результатах. Отсюда невыгодность профилактики и раннего выявления

бровольного медицинского страхования, что дает возможность выбора при одинаковых стандартах и протоколах оказания медицинской помощи.

Необходимо также использовать отечественный опыт. Хотя советская модель финансировалась по остаточному принципу, но сам принцип ее организации, прежде всего этапность медицинской помощи, был потрясающим. Восстановить советскую систему невозможно, но нужно создать аналогичную систему, подходящую для стран с рыночной экономикой, где определенные рыночные отношения внедрены в здравоохранение.

Необходимо срочно отказываться от медицинского страхования

Заведующий кафедрой гематологии и гериатрии Первого медицинского института, член исполкома Пироговского движения **Павел Андреевич Воробьев** в целом поддержал идеи, высказанные профессором Комаровым.

Он подчеркнул, что необходимо срочно отказываться от медицинского страхования, потому что

80% прививок от гриппа выливается в унитаз! Нет ни одного доказательства того, что они кому-то помогают.

14% денег просто оседает в карманах страховых компаний, 4% — это жизнеобеспечение и 10% — это штрафные санкции. Сегодня штрафы налагаются за плохой почерк, за неправильно выписанный бюллетень. Эти деньги идут не на улучшение системы здравоохранения, а на обогащение небольшого слоя людей, занимающихся страхованием. Кроме того, система обязательного медицинского страхования не решила основную задачу, которая была перед ней поставлена, — это управление качеством медицинской помощи.

— Я считаю, — сказал П.А. Воробьев, — что нам нужно возвращаться к системе Семашко и развитию первичного звена здравоохранения. Второй важный момент — самодиагностика и самоконтроль. Теперь, в эпоху информатизации, Интернета, мобильной связи и разного рода смартфонов с небольшими недорогими девайсами, подобное вполне достижимо. Необходимо также создать институт парамедиков, которые должны взять на себя решение ряда проблем. Если в поселке, где живет 20–40 человек, нет ни фельдшера, ни врача, ни медицинской сестры, значит, там нет вообще никакой медицинской помощи. Вот тут и понадобятся парамедики.

Нужны также модульные системы оказания помощи (например, модульные роддома).

Создаются медицинские учреждения, располагающие высочайшими технологиями, например перинатальные центры, а ранняя диагностика полностью отсутствует. Нужно превращать поликлиники в семейные центры, как это сдела-

ли в Германии, где семейные врачи работают вместе. Кроме того, существует диагностический центр, где они проводят дополнительные исследования.

Выступающий привел пример Израиля, где больных сахарным диабетом передали от специалистов-эндокринологов в руки парамедиков и врачей общей практики. В течение 10 лет за счет усиления первичного звена в 2 раза увеличили выявляемость больных сахарным диабетом, потому что раньше больные с начальной стадией диабета отсеивались до эндокринолога. До 85 лет повысился средний возраст ампутации, у нас он составляет 60 лет. Таким образом, дело было не в деньгах.

— Плохо понимаю, как можно проводить профилактику при нашей инфраструктуре, — отметил профессор Воробьев, — у нас во многих медицинских учреждениях проблемы даже с водопроводом и канализацией.

Речь шла и о проблеме вакцинации, в частности о том, что нужно определять эффективность той или иной вакцинации. 80% прививок от гриппа выливается в унитаз! Нет ни одного доказательства того, что они кому-то помогают.



Мы имеем самую высокую заболеваемость туберкулезом, и в то же время Россия — одна из немногих стран в мире, где вакцинируют от туберкулеза, хотя в мире этого не делают. Надо хотя бы рассмотреть эти вопросы, обсудить их с участием общественности, ведь речь идет о миллиардах рублей.

Бесплатное лекарственное обеспечение основными лекарствами (а их всего 400, максимум 500 наименований) — принципиальнейший вопрос. Они должны быть бесплатными не только для льготных групп населения, а для всех — так будет дешевле. Есть много простых схем разделения расходов: схема разделения рисков, схема ценообразования, схема оценки медицинских технологий. Иначе говоря, лекарства, выходящие на рынок, проходят специальный отбор, прежде чем поступают в систему реимбурсента¹. Покупать вы можете всё, но государство оплачивает только то, в эффективности чего оно уверено. Нигде в мире нет 200 диклофенаков или сотни азитромицинов, два-три препарата — и всё!

Должна ли система здравоохранения быть солидарной или коммерческой?



Следующий выступающий — политический деятель и публицист **Юрий Юрьевич Болдырев**

рев — поставил вопрос о том, должна ли система здравоохранения быть солидарной или коммерческой. Основная проблема, на его взгляд, состоит в том, что страна живет в условиях чрезвычайно агрессивного финансово-ростовщического капитализма. В России сложился ростовщическо-страховой сектор, единственная цель которого — сконцентрировать ресурсы в своих руках и управлять всем в своих интересах. Банковская система называется кровеносной системой экономики, но кому нужна кровеносная система, если она паразитирует, а не питает ни мозг, ни мышцы, ни что другое?

Это политическая проблема, так как финансовый сектор имеет самые большие лоббистские

возможности. И общество, даже зная, что власть в здравоохранении и социальной сфере захватывают откровенные лоббисты финансовых институтов, никак этому не противостоит. Необходимы институциональные механизмы, которые исключили бы из системы управления отрасль паразита, поедающего 14% средств, и это без учета того, что они еще и просто «крутят» деньги.

Есть честная политика, где разные специалисты, исходя из интересов дела, пытаются решать проблемы, а есть чистый паразитизм. Я абсолютно уверен, что, если исключить этого финансового монстра и создать адекватные механизмы мотивации, врачи сами найдут решение.

Сегодня происходит коммерциализация мышления врачей



Доктор медицинских наук, профессор **Зиновий Соломонович Вайнберг** отметил, что

проблемы здравоохранения во многом определяются политической страной в этой области.

— Мы потеряли бесценное здравоохранение, которое было в Советском Союзе, — сказал он. — Имелись недостатки, многие вещи не устраивали, но это была *система* здравоохранения. Сейчас системы здравоохранения в России нет. Никто из руководителей здравоохранения не оканчивал институт организации здравоохранения, кафедры организации здравоохранения.

Была создана посредническая система добровольного и обязательного медицинского страхования, через которую идут все бюджетные деньги. В каждом лечебном учреждении сегодня присутствует представи-

тель страховой компании, изданы инструкции о том, сколько дней в стационаре могут находиться пациенты с различными заболеваниями. Каждый день в зависимости от профиля стоит определенных денег. Если сроки превышены, то страховые агенты просматривают и отбирают истории болезни: этот больной провел в стационаре лишние пять дней, а этот — десять дней. Их не интересуют причины, по которым это произошло. Поэтому стали досрочно выписывать больных недолеченными.

Между обязательным и добровольным страхованием нет ничего общего. По обязательному медицинскому страхованию пациент может ждать госпитализации не два дня, а десять дней, не получать необходимые ле-

карства, не подвергаться «дорогостоящим» методам обследования. Иначе говоря, качество оказания медицинской помощи в том и в другом случае совершенно разное. Происходит коммерциализация мышления врачей; морально-нравственный уровень медицинского персонала в целом очень далек от того, что был ранее. Как это восстановить и возможно ли, я не знаю. Кулыг мамоны — страшная вещь. Не только нравственные качества стали другими, хуже того, утрачен профессионализм. Да, закуплено много дорогостоящей аппаратуры, но на ней некому работать, нет квалифицированных и высококвалифицированных специалистов.

Сейчас в губерниях не завгородском или завоблздравом, а *министр* здравоохранения, имеющий заместителя, а тот в свою очередь имеет секретарей, то есть налицо целый аппарат. И все это люди, не получившие профессионального медицинского образования.

Непрофессионализм привел к тому, что в России распространились заболевания, которые в Советском Союзе практически не встречались — малярия, тиф, таежный энцефалит, туберкулез. У нас нет системы медицинского обслуживания, и в этих условиях ни о какой диспансеризации речи быть не может. Недопустимо, когда ру-

ководители здравоохранения дезинформируют руководство страны. Выступает министр здравоохранения и говорит о резком снижении в России сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Это неправда! С радостью докладывают о повышении рождаемости в России. И опять неправда! Поскольку рост рождаемости имеет место за счет того, что мигранты приезжают сюда рожать. Так почему об этом не сказать руководству страны? О достижениях говорят, когда речь идет о перинатальных и кардиохирургических центрах. Такие центры необходимы для десятков тысяч, а здравоохранение — это 130 миллионов человек.

Здравоохранение невозможно без кадров, которые нужно уважать и мотивировать

Доктор медицинских наук **Дмитрий Дмитриевич Венедиктов** отметил важность системного и междисциплинарного подхода в здравоохранении.

Есть медицина, которая имеет тысячелетнюю историю, и здравоохранение, появившееся только в XX веке. И первая система здравоохранения была создана именно в Советском Союзе в необычайно тяжелых условиях. Разница между ними состоит в том, что медицина — это сфера профессиональной деятельности врачей, сфера взаимоотношения врача и пациента, а здравоохранение — это система обеспечения жизни и здоровья всего населения и каждого человека в отдельности. В здравоохранении очень важна профилактика, но оно невозможно и без этапной эшелонированной помощи населению, без кадров, которые нужно уважать и мотивировать. Назначение министром здравоохранения М. Зурабова — это была попытка правительства понять: а может быть, рыночная эконо-

мика действительно исправит нашу медицину?

На девяти пироговских съездах социально обеспокоенные врачи поднимали вопрос о том, что нужно искать выход из сложившегося положения, осознать угрозу дальнейшей деградации населения, проявить общенациональную политическую волю, найти адекватные силы и ресурсы, выработать системную стратегию. Эти вопросы не могут быть решены только врачами без равноправного участия ученых всех специальностей.

У нас до сих пор не идет речь о создании *системы* здравоохранения, которая была бы эффективной, опиралась бы на достижения мировой медицинской и медико-социальной науки, на современные технологии. А делать нужно следующее:

- принципиально изменить в общественном сознании и в сознании каждого человека представление о том, что такое индивидуальное и общественное здоровье;



- выработать алгоритм преодоления имеющегося кризиса;
- заключить трехсторонний общественный договор между врачами, учеными и населением в целом — тремя основными силами, без которых невозможно развитие здравоохранения. Начинать нужно с создания государственной межведомственной комиссии по вопросам охраны здоровья народа.

Самое плохое, что есть в России, — это смертность трудоспособного населения



2013 г., умерло на 400 тыс. меньше. В 2005 г. умерло 720 тыс. человек в трудоспособном возрасте, а сейчас — чуть менее 500 тыс., то есть на 220 тыс. меньше. Продолжительность жизни тогда была 65 лет, сейчас превысила 70.

Эти показатели, однако, не нужно идеализировать, потому что положение действительно катастрофическое даже с учетом упомянутых улучшений. Смертность очень высокая по сравнению с развитыми странами, особенно детская: в 2013 г. — 8,2 против 3,5 в Западной Европе, то есть разница в 2,5 раза. Самое плохое, что есть в России, — это смертность трудоспособного населения. Она в 3,5 раза выше, чем в Западной Европе.

Проблема нехватки трудовых ресурсов должна решаться не за счет миграции, а за счет снижения смертности. Если этим заниматься всерьез, то можно достичь очень хороших результатов. Академик привел пример разработки и реализации под его руководством стратегии снижения детской смертности

в Кызылординской области Казахстана. За год она сократилась с 19 до 10,9, и область поднялась на 3-е место с последнего 16-го. Самый лучший метод решения этой проблемы — программно-целевой подход. Нужно сформулировать программу снижения смертности от ишемической болезни — это главный убийца, инфаркты — второй убийца, онкология — третий. Назначить научных руководителей, ведущую организацию, обеспечить куратора на высоком управительственном уровне, выделить на это целевые средства. Ничего не стоит снизить смертность от инфарктов: для этого надо, во-первых, снабдить всех тромболитиками; во-вторых, организовать специальную помощь в специализированных больницах, в том числе обеспечить возможность приема неотложных больных в федеральные больницы.

В здравоохранении не очень эффективно используются средства, и средств этих очень мало. Россия на последнем месте по доле расходов на здравоохранение в ВВП.

Академик РАН **Абел Гезевич Аганбегян** говорил о том, что нужно объективно оценивать перемены в области здоровья населения в последнее время. После того, как в 2005 г. начала действовать национальная программа «Здоровье», стали довольно значительно снижаться смертность и расти рождаемость. Если в 2005 г. умерло 2 300 000 человек, то, по данным

* * *

Доктор медицинских наук, профессор **Ирина Петровна Каткова** (Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН), доктор экономических наук, профессор **Ирина Викторовна Соболева** (Институт экономики РАН), доктор политических наук, профессор **Наталья Сергеевна Григорьева** (факультет государственного управления МГУ им. М.В. Ломоносова), доктор исторических наук, профессор **Карен Нерсесович Брутенц** (Институт экономики РАН), доктор экономических наук **Людмила Ивановна Кондрашова**, **Вячеслав Иванович Дашичев** (Институт экономики РАН) согласились с необходимостью объединить усилия специалистов из самых различных областей знания для выработки социально-экономической политики в сфере здраво-

охранения. В связи с этим каждый из выступивших внес конкретные предложения.

Подводя итоги дискуссии, О.Т. Богомолов отметил необходимость продолжить обсуждение вопросов улучшения здоровья населения. Для того чтобы успешно воздействовать на политические процессы, необходимо четко формулировать предложения и доводить их до широкой аудитории через средства массовой информации. **ES**

ПЭС 14015/20.02.2014

Примечание

1. Reimbursement — готовность системы здравоохранения обеспечить финансирование или возмещение затрат.