

Окончание. Начало см. в № 2/2013

О перспективах демографического развития России

На основе материалов переписи населения 2010 г. Роскомстат провел перспективные расчеты демографического развития России на период до 2030 г., которые будут использоваться в наших разработках.

Перспективы рождаемости населения. Перспективы рождаемости населения России зависят от двух факторов. Во-первых, от численности женщин в фертильном возрасте. Во-вторых, от динамики суммарного коэффициента рождаемости.

Численность женщин в наиболее важном фертильном возрасте от 20 до 35 лет в перспективе до

2030 г. постепенно будет сокращаться. Если посмотреть возрастную численность женщин в 2012 г., по данным Роскомстата, в каждом из возрастов от 20 до 35 лет численность женщин будет превышать 100 тыс. человек. И суммарное их число в возрасте 20-35 лет составляет более 17 млн человек. В то же время численность женщин в возрасте от 5 до 19 лет, которые со следующего года постепенно будут занимать место наиболее фертильных женщин начиная с 20 лет, то их погодовая численность в среднем составляет 80 тыс. в год, а всего за 15-летний период их число составляет менее 12 млн. Так что к 2030 г.. когда сегодняшний многочисленный контингент фертильных женщин будет полностью замещен женщинами, которые сегодня имеют возраст от 5 до 19 лет, общее число фертильных женщин в 2030 г. составит около 70%

от сегодняшнего их числа. Это обстоятельство тянет вниз уровень рождаемости в России в последующие годы.

Если суммарный коэффициент рождаемости условно принять постоянным на достигнутом в 2012 г. уровне, то рождаемость женщин снизится с 13,3 до 9,3% к 2030 г. Это сокращение рождаемости будет идти постепенно, так как возрастные коэффициенты рождаемости весьма различны. На 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет рождалось живыми 30,3 ребенка. С 25-29 лет число детей на 1 тыс. женщин — 93,7, а в возрасте 30-34 лет — 63,8 (данные 2009 г.).

С 2013 г. малочисленный контингент фертильных женщин начнет вступать в активный возраст женщин с 20 до 24 лет, где на тысячу женщин в год рождается 122 ребенка (данные 2009 г.). И за счет этого каждый год число рождаемых детей будет значительно снижаться - примерно по

Аганбегян Абел Гезевич — заведующий кафедрой Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, академик РАН.

30 тыс. человек (по 1,6%) ежегодно нарастающим итогом вплоть до 2024 г. В 2018 г., например, по этой причине рождаемость будет на 150 тыс. детей меньше (на 8%) в сравнении с 2012 г., а в 2024 г. — более чем на 300 тыс. детей меньше (на 16%). И только затем темп ежегодного сокращения рождаемости начнет снижаться.

Начиная с 2019 г. убыль рождаемости будет прибавляться по 33 тыс. Так что в 2019 г. мы недосчитаемся 208 тыс. новорожденных по сравнению с 2012 г., а в 2022 г. – 340 тыс. Затем с 2023 г. средняя ежегодная убыль числа рождаемых сократится до 20 тыс. И поэтому в 2023 г. в сравнении с 2012 г. мы недосчитаемся 360 тыс.новорожденных. В 2028 г. из-за сокращения числа женщин в фертильном возрасте Россия недосчитается более 400 тыс. новорожденных (на 21%). Это весьма грубый расчет, не учитывающий конкретных возрастных цифр за каждый год, а оперирующий средними цифрами по пятилеткам.

С другой стороны, надо учесть, что мы принимали в расчет данные фертильности женщин 2009 г., а к 2012 г. возрастные коэффициенты рождаемости увеличились, поскольку рождаемость выросла с 12,4 в 2009 г. до 13,3.

Это значительное, почти в 1,5 раза, сокращение контингента фертильных женщин за 15-летний период, с 2012 по 2027 г., вряд ли сможет быть полностью перекрыто повышением суммарного коэффициента рождаемости. Но в значительной мере суммарный коэффициент рождаемости поправит положение. Этот коэффициент рождаемости в 2005 г. достиг 1,287, а в 2012 г. — 1,62, то есть увеличился за семь лет на 26%.

Вряд ли можно просто экстраполировать столь интенсивное повышение суммарного коэффициента рождаемости. По мере его увеличения он начнет увели-

чиваться менее интенсивно, чем раньше, а может быть, даже остановится на определенной высокой отметке. Роскомстат в своем лучшем прогнозе («высокий вариант») определил суммарный коэффициент рождаемости для 2012 г. — 1,686, а для 2027 г. — 1,823, то есть увеличил его всего на 8%. При этих условиях коэффициент рождаемости, снизившийся до 9,3 на 1000 жителей, сможет приподняться только до 10.

По «высокому варианту» прогноза Роскомстата, коэффициент рождаемости снижается с 2012 г. с 13,1 (фактически он достиг 13,3) до 9,6.

смертности, по улучшению качества обслуживания в роддомах и созданию перинатальных центров, увеличению пособий на детей и выплате материнского капитала — все это, безусловно, оказало позитивное влияние на повышение уровня рождаемости. Но вряд ли это влияние было определяющим.

Гораздо большее влияние, на наш взгляд, оказало общее повышение уровня жизни и прежде всего реальных доходов населения, которое с 2000 г. возросло болеечем в два раза, притом не только у зажиточных, но и у бедных слоев населения. При этом чис-

Реальную стоимость жизни человека в России можно оценить в 300–400 тыс. долл.

Поскольку Роскомстат за два года не досчитал 0,2% рождаемости, ибо она составила 13,3 в 2012 г. вместо 13,1 по «самому высокому» прогнозу Роскомстата, то предположение о том, что в 2027 г. этот показатель достигнет 10, возможно, даже превзойдет эту величину, что является весьма правдоподобным.

Следует заметить, что прогноз Роскомстата по суммарному коэффициенту рождаемости является весьма впечатляющим. Россия вплотную подойдет к лучшим странам Западной Европы по уровню рождаемости — Франции и Великобритании, где суммарный коэффициент рождаемости около 2, и намного превзойдет другие страны Европы, особенно Германию и Италию.

Заметим, что повлиять за счет мер государства на коэффициент рождаемости, как показывает мировой опыт, весьма трудно. Было бы неправильно приписывать повышение суммарного коэффициента рождаемости специальным мерам государства по повышению рождаемости. Конечно, меры по снижению младенческой

ленность бедных, как известно, существенно сократилась. На повышении рождаемости сказалась также стабильность социально-экономического развития России, которая происходила даже в период глубокого кризиса 2008–2009 гг.

Определенное значение имел и приток в Россию мигрантов из стран Закавказья и Средней Азии, где рождаемость традиционно в 1,5-2 раза выше, чем в России. Если считать прибывших в Россию 10 млн мигрантов, то их ежегодный вклад в рождаемость России может измеряться 200, а может быть и более новорожденных ежегодно, что составит 10-15% от общей рождаемости в России. Без учета мигрантов коэффициент рождаемости в России был бы не 13,3, а около 12. Соответственно, и суммарный коэффициент рождаемости вряд ли в перспективе достиг бы уровня 1,7, по-видимому, держался бы на уровне 1,5.

Как показывает мировой опыт, чтобы реально серьезно воздействовать на рождаемость и добиться эффективности государ-

ственных мер по ее повышению, на эти цели надо выделять не десятые доли процента ВВП, как это происходит в нашей стране, а минимум 1-1,5%, как это происходило во время борьбы за повышение рождаемости, например, во Франции и ряде других европейских стран. Речь идет о сокращении младенческой смертности в два и более раз, наличии детских учреждений и школ продленного дня при организации полноценного питания детей. Речь идет о целевой программе здоровья женщин и прежде всего заботе о материнстве, более внимательном отношении со стороны лечебных организаций к протеканию беременности у женщин. Эти меры включают в себя кратное сокращение абортов в Росстрана станет богаче, это станет возможным.

Сокращение смертности в России. В отличие от предшествующего демографического развития, когда на ²/₃ преодоление депопуляции пришлось на счет повышения рождаемости, наступает принципиально другое время, время постепенного сокращения уровня рождаемости и необходимости для поддержания популяции перекрыть это снижение рождаемости снижением общей смертности.

Как говорилось, рождаемость к 2030 г. может быть снижена до 10–11 в расчете на 1 тыс. человек населения. Чтобы перекрыть это снижение рождаемости, нужно

мужчин в трудоспособном возрасте, которую надо сократить втрое, чтобы хотя бы приблизиться к показателям смертности этой категории в развитых странах.

Сокращение младенческой смертности сразу повысит социальный уровень жизни, даст счастье многим семьям, увеличит коэффициент рождаемости. Не все принимают во внимание, что величина младенческой смертности от 0 до 1 года превосходит суммарную смертность населения в возрасте от 1 года до 18 лет. По данным 2009 г., от 1 года до 4 лет на 1 тыс. человек населения соответствующего возраста умирает в год 0,5, от 5 до 9 лет — 0,3, от 10 до 14 лет — 0,3, от 15 до 19 лет — 1,0. А от 0 до 1 года, как известно, в 2012 г. умерло при таком исчислении 8,7 человека.

Что касается сохранения жизни людям в трудоспособном возрасте, а это на 80% мужчины, то сохранение их жизни — огромный вклад в доход государства, поскольку эти люди своим трудом приумножат валовой внутренний продукт.

Какова стоимость сохраненной жизни человека? В большинстве стран такая стоимость исчисляется, на нее ориентируются при осуществлении страхования жизни, лечении, выплате семье в случае потери кормильца и т.д. В США несколько лет тому назад стоимость жизни одного трудоспособного оценивалась в 1,2 млн долл. В самой отсталой стране, какой, по-видимому, является прежде всего Индия (уровень экономического развития немногим более 3 тыс. долл. в год в сравнении с 20 тыс. долл. в России и 30-35 тыс. долл. в развитых странах), стоимость жизни, повидимому, оценивается не ниже 150 тыс. долл. Поскольку именно такая нижняя минимальная планка установлена для возмещения смерти пассажира самолета международных рейсов — 150 тыс. долл. По нашей оценке,

Было бы неправильно приписывать повышение суммарного коэффициента рождаемости специальным мерам государства по повышению рождаемости.

сии, лишающих многих женщин возможности иметь детей. Речь также идет о всемерном развитии новых технологий ЭКО для искусственного материнства. Нужно резко повысить пособия на детей, предотвратив положение, когда значительная часть многодетных семей оказывается в группе бедности, хотя родители получают вполне приличные заработки.

Речь идет о разработке и осуществлении крупной народнохозяйственной программы на этот счет, которая при выделении ежегодно на эти цели 0,6–1 трлн руб. могла бы дать ощутимое увеличение рождаемости.

Понятно, что при сегодняшнем экономическом положении нашей страны и крайне низких темпах социально-экономического развития выделить такие средства вряд ли возможно. Может быть, в перспективе 2020 г. и последующих лет, когда

сократить смертность с 13,3 до 10–10,5 на 1000 жителей. Ориентиром здесь является уровень смертности развитых стран, которая при сопоставимой возрастной структуре равна примерно 9–9,5.

Это сокращение смертности крайне важно не только для того, чтобы избежать депопуляции в перспективе и сохранить с таким трудом завоеванные здесь на сегодня позиции. Речь идет об огромном вкладе в экономику страны и социальную жизнь, которая даст столь радикальное сокращение смертности.

В России эффект от сокращения смертности неизмеримо выше, чем в любой другой стране, поскольку в России высока смертность самых важных категорий: крайне высока младенческая смертность, которую нужно сократить вдвое. И еще более высокая, просто катастрофическая смертность

ВЕКТОР ПЕРЕМЕН



реальную стоимость жизни человека в России можно оценить в 300–400 тыс, долл.

Как известно, Дума приняла решение об уплате 2 млн руб. на погибших при внутренних авиакатастрофах, и на эту цифру все стараются сейчас ориентироваться. Это немногим менее 70 тыс. долл. Проводились опросы населения и разные оценки стоимости жизни, в том числе и трудоспособных. Эти оценки обычно останавливались на цифре 6 млн руб., или около 200 тыс. долларов. Какую бы оценку мы ни взяли, видно, что сохранение жизни одного трудоспособного стоит миллионы и миллионы рублей.

В год в России умирает около 530 тыс. трудоспособных. Как уже говорилось, если бы в России смертность была на уровне западноевропейской, то у нас бы в год умирали бы 130 тыс. трудоспособных, ажизнь 400 тыс. трудоспособных каждый год удавалось бы сохранить. Таких показателей, по нашим расчетам, мы смогли бы достигнуть к 2030—2035 гг., продвигаясь по этому пути шаг за шагом.

К 2015 г. можно было бы снизить смертность на 50 тыс. человек, до-

стичь смертности трудоспособных в 480 тыс. человек, к 2020 г. — до 400 тыс., к 2025 г. — до 300 тыс., к 2030 г. — до 220 тыс. и к 2035 г. — до 130 тыс.

Подавляющее число смертей трудоспособных мужчин проистекает от сердечно-сосудистых заболеваний, где на первом месте ишемическая болезнь сердца, а на втором месте инсульты — это 60% смертности. Злокачественные новообразования — 15% смертности. И внешние причины смертности — 20% (гибель в автокатастрофах, отравление алкоголем, убийства, самоубийства, гибель от пожаров и т.п.).

На 100 тыс. населения показатели смертности по сердечно-сосудистым заболеваниям и от внешних причин в 4–6 раз выше, чем в развитых странах. И не просто больше, а люди умирают здесь, в России, на 5–10 лет раньше от этих причин, чем за рубежом. Смертность от рака в России не намного выше, чем в западноевропейских странах. Но и здесь, в России, люди умирают примерно на 8 лет раньше.

Что касается женской смертности, то в трудоспособном возрасте на первый план выдвигается

смертность от злокачественных новообразований прежде всего груди, матки, яичников, легкого, толстой кишки, желудка и кожи. Раннее обнаружение рака гарантирует сохранение жизни. Но для этого нужно регулярное обследование. Поскольку женщины более внимательно относятся к своему здоровью, наладить с ними контакты и организовывать для них периодические обследования с помощью онкологических маркеров и современной высокопроизводительной техники вполне возможно.

Сохранение жизни 100 тыс. трудоспособных как минимум будет давать государственный эффект от 200 до 600 млрд руб. ежегодно. В отличие от воздействия на рождаемость смертность напрямую зависит от усилий государства и прежде всего системы здравоохранения и распространения здорового образа жизни.

Как показал опыт осуществления национальной программы здравоохранения, при всех его упущениях и неиспользованных возможностях, недостаточной нацеленности на сокращение смертности, тем не менее общий огромный эффект налицо — процесс повышения смертности в России сменился процессом заметного сокращения смертности, которое набирает темпы. С 2005 г. со смертности 16,1 она снизилась к 2012 г. до 13,3, или на 17,5% за семь лет. К 2020 г. при таких темпах смертность снизится до 11,0, а к 2027 г. — до 9,1.

Как видно, темп сокращения смертности набран достаточно высокий. В то же время очевидно, что каждый новый процент сокращения смертности будет даваться со все большим трудом по мере продвижения вперед. Вряд ли удастся сохранить этот темп, если не предпринять новых крупных шагов по сокращению смертности. На наш взгляд, для этого требуется три условия.

Первое — переход к программноцелевому управлению и финансированию сокращения смертности.

Второе — выделение дополнительных средств на сокращение смертности, ставя в зависимость объем выделяемых средств от эффективности мер, сверяя полученный эффект с показателями стоимости жизни.

Третье — обучение, подбор и использование кадров при их сильной мотивации на качество при достижении высоких результатов.

Эти мероприятия в той или иной мере зависят от проводимых мер по реформированию здравоохранения. Сегодня во многом они проводятся в рамках устоявшихся представлений о бесплатности медицины с вынужденной ориентапией на существующие калры врачей, не отвечающих во многом новым требованиям. Попонятным причинам в ходе этих мероприятий стараются оградить население от внесения дополнительных средств на развитие здравоохранения, от существующих неквалифицированных медицинских работников, ужесточения требований к ним, учреждения и организации от коренной реорганизации, от нужных во многих случаях слияниях и поглошениях. На наш взгляд, необходимы более кардинальные и коренные меры для того, чтобы радикально улучшить положение и не забуксовать в ближайшее время на этом сложном пути реформирования.

Соглашаясь в целом с направленностью осуществляемых мероприятий по развитию здравоохранения, я в то же время хочу предложить ряд принципиально новых подходов, которые при последовательном осуществлении могли бы поддержать дальнейшее снижение смертности, которая все еще находится, как было показано, на катастрофически высоком уровне.

Первое. Перейти на программноцелевое управление финансированием по сокращению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний с подпрограммами борьбы с ишемической болезнью сердца и инсультами. Другая важнейшая программа связана с радикальным сокращением смертности от рака. Отдельные программы должны быть приняты по важнейшим направлениям внешних причин смертности. Нужно также сформировать программы, целевое управление и финансирование по таким направлениям, как борьба с алкоголизмом, борьба с курением, охрана материнства и снижение детской смертности и, возможно, ряд других направлений.

Для каждой программы нужно выбрать головную научно-клиническую организацию, научного руководителя, главного администратора, ввести кураторство за наиболее важными программами со стороны правительственных руководителей.

Существующее положение во многом нетерпимо. Мы проходим мимо многих эффективных направлений сокращения смертности, для которых в стране есть все условия. Например, около 30 тыс. больных в России живут с опухолью в мозге, значительная часть из них может быть излечена полностью или на время за счет радиологических методов, с помощью установок гамма-нож и сайбер-нож. Такие установки есть, в том числе в Санкт-Петербурге, обеспеченные кадрами, которые могли бы увеличить в год излечение дополнительно до тысячи больных. Но такая операция для многих слоев населения стоит достаточно дорого — порядка 120 тыс. руб. И годами государство не решает вопрос помощи таким людям. Каждый год отсрочки таких решений приводит к гибели более 5 тыс. человек, не получивших соответствующую помощь. Что для государства важно: 100 тыс. руб. или жизнь человека? Более дешевый способ сохранить жизнь человека трудно найти.



ВЕКТОР ПЕРЕМЕН

У страны есть также возможность существенно увеличить число операций на сердце для предотвращения смерти от ишемической болезни в части операции шунтирования. В ряде кардиологических клиник, где есть все оборудование, кадры, можно было бы проводить на 20-30% больше таких операций, но нет денег на лекарства, фильтры, дополнительную оплату врачей и т.д. Для спасения одной жизни здесь нужно 10-15 тыс. долл., а жизнь человека стоит сотни тысяч долларов. Россия нуждается, по крайней мере, в 200 тыс. операций на сердце. А проводится втрое меньществление мер, которые спасают жизнь людей.

Можно привести массу примеров, когда за счет относительно небольших средств, в том числе проводя диагностику, можно предотвратить большие последующие затраты. Особенно это относится к борьбе с раком. Взять одну из форм распространенного рака — рак желудка. В Японии, где борьба с раком является государственной задачей, рак желудка определяется в 65% случаев на первой стадии, когда он полностью излечим относительно небольшими средствами. В Америке, где эта работа

шее количество мужчин в трудоспособном возрасте.

Разработаны довольно простые методы контроля за возникновением рака простаты, груди и других опаснейших болезней, от которых ежегодно умирают десятки тысяч людей. Нужно потратить несколько часов, ежегодно или раз в несколько лет, чтобы не умереть. Но не существует ни расписания обследования людей, ни их стимулирования, ни серьезной пропаганды заботы о своем здоровье. Если будут целевые программы, то эти программы будут учитывать прежде всего мероприятия, где с минимальными средствами можно добиться максимального эффекта, мимо которого мы каждый день проходим.

Труднее решить вопрос с выделением средств. Я здесь предлагаю кардинальную меру: ввести обязательный взнос работающих граждан для оплаты половины своей страховки, что потребует вычета из зарплаты людей в размере 6–7%, как это принято в большинстве стран мира. Чтобы люди не потеряли в реальном заработке, такую меру можно ввести одновременно с повышением уровня зарплаты людей, скажем, на 8%, что по народному хозяйству осуществить, на наш взгляд, вполне возможно.

Если же повысить зарплату при этом процентов на 10-11, то можно кроме того ввести, скажем, 10- или 20-процентную оплату за покупаемые лекарства и медицинское обслуживание, как это принято в ряде стран мира и дает хороший эффект, потому что люди тогда не ходят зря за медицинской услугой, не покупают излишнее количество лекарств и т.д. При этом подавляющая часть, 80–90%, оплаты медицинских услуг будет осуществлять страховка, которая резко расширится, ибо сейчас она не дает возможности осуществить эффективную бесплатную помощь и вряд ли когда-нибудь она будет способна это сделать,

В год в России умирает около 530 тыс. трудоспособных.

ше. С одной стороны, погибают люди, лишенные соответствующей помощи. А с другой — простаивают оборудование, мощности, недостаточно интенсивно используются высококвалифицированные специалисты и поэтому недостаточно оплачиваются.

Нужно навести порядок в крупных городах со скорой помощью, которая, например, больных с инсультом зачастую везет в такие больницы, где нет соответствующих специалистов, соответствующего оборудования, опыта борьбы с инсультом. А те организации, которые специализированно занимаются инсультом с высокими показателями, маломощны, не укрепляются, не пользуются привилегиями и т.д. За счет относительно небольших средств, перераспределения в том числе коечного фонда, других материальных ресурсов в медицине можно было бы резко расширить наиболее эффективную помощь по спасению людей от смерти. Но система крайне забюрократизирована. Федеральные больницы имеют годовой план, который они могут в ряде случаев выполнять к сентябрю, а с сентября им почти не выделяется дополнительное финансирование на осу-

поставлена, по общему мнению, крайне плохо, на первой стадии определяется 15-20% рака желудка. В Америке идеология простая: это дело человека. Если он хочет, он придет к врачу, не хочет — не придет. Многие не ходят, и поэтому смертность там довольно высокая, продолжительность жизни ниже, чем в других странах, среди тех категорий, которые не заботятся о своей жизни. В России рак желудка на первой стадии определяется в 1% случаев, как утверждают специалисты, а обнаруживается уже на стадии, где требуются огромные средства, чтобы его лечить без какой-то гарантии вылечить. Между тем, при современной технике, наличии многочисленных онкомаркеров, современных КТ, МРТ, за счет организационных мер можно кардинально увеличить выявление рака на первой стадии.

Нужны законы, обязательные к исполнению, серьезные стимулы для людей. Постепенно людей надо приучить, для этого вначале надо требовать обследования в критическом возрасте. А сколько людей не мерят давление, не сдают общий анализ крови, не следят за холестерином, гипертонией, от чего погибает наиболь-

потому что требования к медицинским услугам тоже ежегодно растут. Появляются новые, более эффективные, более дорогие лекарства, новое, более эффективное, но и более дорогое оборудование, нуждаются все время в повышении зарплаты врачи и медперсонал, и страховке не успеть.

Кроме того, если все люди будут платить по 6-7% от своего дохода в качестве обязательного взноса на медицинскую страховку, то деньги более богатых и более здоровых людей, особенно если они в молодом возрасте, могут быть использованы и, естественно, используются во всех странах для лечения людей с более низкими доходами и более низким страховым взносом. Иначе говоря, эта мера привлечения средств населения имеет многогранное значение, о котором, конечно, здесь не место более подробно говорить.

Решающее значение для эффективного лечения, в том числе и при острых заболеваниях, имеет квалификация врача. Удостоверить эту квалификацию могут только специалисты в этой области и никто другой. Эти специалисты должны поручиться за человека и нести определенную ответственность, допуская его, например, к определенному типу операций, достаточно сложных, возможно. Нужно иметь книжку врача, где фиксировать, к каким технологиям этот врач допущен, что он может лечить, какими технологиями лечения он вооружен. В зависимости от этого мог бы быть определен уровень зарплаты врачей. А удостоверять эти технологии должна профессиональная коллегия врачей в этой области, которые, как это принято на Западе, расписываются в дипломе специалиста на допуск его к лечению тех или иных болезней, осуществлению тех или иных операций и т.д.

Министерством здравоохранения правомерно взят курс на повышение роли профессиональных со-

обществ врачей. Это очень правильно и своевременно. Но нужно сделать дальнейшие шаги, привлечь это сообщество к определению квалификации, контролю за повышением этой квалификации врачей, сделав их ответственными, а не просто участвующими в этом процессе. Сейчас профессиональное сообщество, как нам сообщают, привлечено к переаттестации преподавателей вузов, к разработке новых программ для обучения. Это крайне важно. Но кроме этого нужно просто менять систему обучения, ориентируясь на западные аналоги. Врач — это особая профессия, и она должна готовиться совсем иначе, чем готовят инженера или экономиста. Не случайно на Западе, прежде но такую задачу, на наш взгляд, нало ставить.

Поэтому подлежит полной реорганизации система аккредитации, аттестации и лицензирования на всех уровнях, касается это конкретных людей или организаций. Требования здесь должны быть ужесточены.

При ужесточении требований и повышении оплаты врачи должны нести конкретную ответственность за свои действия перед сообществом врачей и пациентами. Последние должны иметь широкие права обратиться к специалистам, провести необходимую экспертную проверку в случае, если нанесен ущерб здоровью

Врач — это особая профессия, и она должна готовиться совсем иначе, чем готовят инженера или экономиста.

чем выбрать профессию врача, нужно пройти серьезную общую научную подготовку, получить бакалавра по биологии, например, проучившись четыре года, и только после этого можно начать специализироваться по врачебному делу. Вряд ли правильно, что в России в медицинские институты идут люди после одиннадцатого класса, имея весьма смутное представление о том, что им предстоит делать, будучи врачом.

Нужно более серьезное воспитание и более длительное пребывание врачей в ординатуре, интернатуре, нужны их обязательная стажировка и дополнительное обучение в ведущих научно-медицинских организациях, в головных клиниках. Естественно, повышение требований к врачам нужно сочетать и с увеличением оплаты их труда. Зарплата врачей, как известно, постепенно повышается по разным линиям — непропорционально, но хотя бы так. Однако она пока еще далека от достойного уровня для врача, подготовленного на уровне мировых стандартов. А именпациента. Людям нужно материально возмещать ущерб, который время от времени приносят им медицинские учреждения из-за ненадлежащего качества лечения, плохой организации, как это принято в других странах.

Следует резко расширить права и установить автономию медицинских учреждений. Руководители этих учреждений должны назначаться из числа людей, выдвинутых профессиональным сообществом. Ни губернатор, ни мэр, ни кто-либо другой не должны иметь ни малейшего отношения к тому, чтобы менять профессионалов, назначать неизвестно кого вместо них, как это часто бывает. Не чиновничье это дело — подбирать и расставлять кадры, от которых зависит жизнь. Не может чиновник назначать летчика, чтобы он управлял самолетом, для этого есть очень жесткие ограничения: и налет часов, и прохождение стажировок, и работа на тренажере, без этого нельзя. Точно так же нужно отнестись к врачу, может быть, даже более строго, поскольку это

ВЕКТОР ПЕРЕМЕН

одна из немногих специальностей, от квалификации которой зависит жизнь люлей.

С этих позиций следовало бы вернуться к вопросу об общем уровне финансирования здравоохранения. Мы являемся страной с самыми низкими расходами на здравоохранение в составе валового продукта. Госрасходы составляют менее 4% ВВП на цели здравоохранения, а с учетом средств населения в целом получается менее 5%. Надо в ближайшие годы увеличить это финансирование хотя бы до 8% ВВП не столько, может быть, за счет государства, хотя и это надо делать, сколько за счет частно-государственного партнерства и привлечения средств населения в виде оплаты страховки и относительно небольшой, как говорилось, оплаты лекарств и услуг здравоохранения.

Среди бизнес-сообщества надо шире распространять добровольное медицинское страхование с более высокими ставками и более высоким уровнем обслуживания. На здравоохранение нужно смотреть не как на отрасль, куда вкладываются деньги, а как на отрасль, дающую наибольший социально-экономический эффект для развития государства. Шутка ли сказать, еще недавно, в 2005 г., в России при меньшей численности населения умирало более 2,3 млн человек, а спустя семь лет при большей численности населения умирает 1900 тыс. человек, на 400 тыс. человек меньше. Сохранить жизнь 400 тыс. человек трудно себе представить эффективность этой меры.

К сожалению, на местах не вполне понимают высочайшую эффективность этой сферы. Годами не вводят в строй даже почти готовые, давно уже построенные здания больниц, диагностических центров и т.д. С 2005 г., например, стоит в Костроме недостроенное замечательное здание онкологической клиники — клиники, которой область не имеет, размещая онкологических больных в неприспособленных помещениях. И уже восемь лет не могут изыскать средства, чтобы закончить строительство застекленного готового здания, оснастить его оборудованием, эксплуатация которого быстро себя окупит.

На наш взгляд, среди приоритетов социальной сферы нет более важной задачи, чем сохранение жизни людей и повышение продолжительности жизни. Только недавно средняя продолжительность жизни в России перевалила за 70 лет. Это то, что развитые страны мира достигли в 1964 г., почти 50 лет назад.

Нам надо пробежать это расстояние в 50 лет хотя бы за 15–20 лет, используя передовой зарубежный опыт. А для этого к сфере здравоохранения должно быть привлечено всеобщее внимание и забота.

ПЭС 13026/08.02.2013



- 1. Аганбегян А.Г., Варшавский Ю.В., Жуковский В.Д. О программно-целевом управлении в здравоохранении // СПЭРО. 2007. № 7.
- 2. Аганбегян А.Г. Достижение высшего уровня продолжительности жизни // Экономическая политика. 2012. № 2.
- 3. Аганбегян А.Г. Как долго жить и оставаться здоровым. М.: Клиника кибернетической медицины, 2011.
- 4. Демографический ежегодник России. 2010. М.: Росстат, 2010.
- 5. Здравоохранение в России. 2011. М.: Росстат, 2011.
- 6. Российский статистический ежегодник. 2012. М.: Росстат, 2012.
- 7. http://www.gks.ru/wps/wcm/ connect/rosstat_main/rosstat/ru/ statistics/population/demography/#

