

«Почему растет смертность в РФ?»

Аналитическая записка о причинах повышенной смертности российского населения и первоочередных мерах ее снижения.

Комаров Юрий Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Бюро Исполкома Пироговского движения врачей, член Комитета гражданских инициатив

Ермаков Сергей Петрович, профессор, доктор экономических наук, главный научный сотрудник ИСЭПН РАН

Президент РФ В.В.Путин поставил задачу «в ближайшей перспективе увеличить среднюю продолжительность жизни до 74 лет, добиться новой, качественной динамики в снижении смертности», а в июне 2015 г. поставил новую задачу разобраться в причинах роста смертности в 1 квартале 2015 г. Рассмотрим эту проблему подробнее.

1. Настоящее.

Сегодняшнее беспокойство руководства страны «необъяснимым» ростом смертности вполне понятно. Однако для того, чтобы выяснить причины намечающейся новой неблагоприятной демографической тенденции необходимо обратиться к **недавней истории новой России**. Следует признать, что на протяжении последних двух десятилетий Россия несет значительные демографические и социально-экономические потери, обусловленные высокой смертностью и болезненностью населения в трудоспособном возрасте, оказывающей значительное влияние не только на продолжительность жизни населения, но и на обеспеченность общества рабочей силой, демографическую нагрузку, производство и благосостояние населения.

Сравнение ситуации в России и в мире по величине стандартизованного по возрасту показателя смертности, к сожалению, оказывается далеко не в нашу пользу: если в 1990 году российский показатель стандартизованной смертности от всех причин был ниже, чем общемировой (соответственно, 953,3 и 999,1 на 100 тыс. населения), то уже в во все остальные рассматриваемые годы ситуация кардинально переменялась (в 1995 г. 1220,6 в России против 987,1 в мире, в 2000 г. – 1197,1 против 932,9, в 2005 г. – 1192,4 против 855,5, в 2010 г. – 951,7 против 784,5 на 100 тыс. населения). Нам понятно, почему до 2005 года ситуация в РФ была хуже общемировой, но почему и в 2010 году она осталась хуже? Ответить на этот вопрос попробуем, сравнивая нашу страну с несколькими группами стран-соседей: со странами СНГ, с бывшими социалистическими странами Европы, а также с остальными европейскими странами.

Рассмотрим значения стандартизованного коэффициента смертности **по России и странам СНГ**. Оказывается, что если в 1990 г. Россия занимала 4 место из 11 стран по этому показателю, то к 2000 г. Россия скатилась на 10 место, а к 2010 г. с трудом «выкарабкалась» на 9 место. Смертность в России в 2010 была в 1,4 выше, чем в государстве-лидере – Армении. Сравнение с бывшими социалистическими странами для нашей страны будет еще более неблагоприятным. Из 18 бывших социалистических стран (не стран СНГ) Россия в 1990 г. занимала 17 место, а с 2000 и в 2010 гг. оказалась и вовсе на последнем 18 месте. Смертность в России в 2010 г. была в 2 раза выше, чем в Словении, государстве – лидере по этому показателю.

Если сравнить Россию с остальными европейскими странами, за все рассматриваемые годы Россия занимала последнее 23 место в этом списке стран.

Но, может быть, рассмотрение такого длительного периода не очень корректно? По мнению одного высокопоставленного ученого-чиновника, отвечающего в стране за внедрение современных технологий профилактики заболеваемости и смертности населения, снижение смертности в стране началось с 2003 года. Мы решили для проверки этого утверждения взять еще более короткий период – последние 4 года и рассчитали среднегодовой рост показателя ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) по России и всем Европейским странам. Оказалось, что по величине этого прироста Россия занимает почетное 3 место среди 57 стран Европы (0,74%) опережая, в том числе все развитые европейские страны. Однако, насколько велики темпы такого прироста? Для ответа на этот вопрос нетрудно рассчитать, через какой промежуток времени мы догоним по величине ОПЖ эти страны. Вывод оказывается весьма печальным. Так, Португалию мы догоним только через 71 год и то, если ОПЖ там не будет расти, Словению – через 67 лет, европейского уровня (среднего по 57 странам) достигнем только через 32 года, даже с Белоруссией сравняемся только через 5 лет. А ведь уже в этом году начался «необъяснимый» рост смертности.

2. Будущее.

Чтобы оценить наши перспективы более детально, сравним реальные успехи России в процессе снижения смертности по возрастам и укрупненным группам причин. Поскольку всего в государственной и международной статистике смертности присутствует несколько сотен причин смерти и их групп, для анализа основных особенностей смертности выделяются три укрупненные группы таких причин: «Инфекционные заболевания, болезни беременных и новорожденных, а также расстройства питания» (далее – группа 1), «Неинфекционные заболевания» (группа 2), «Травмы, отравления и другие внешние причины» (группа 3).

Сравнение также будем проводить с 1990 г., так как смертность в России в 1990 г. была ниже сегодняшней. Если рассматривать все возраста в целом, то в 2010 г. количество умерших от всех причин по сравнению с 1990 г. увеличилось на 20%, количество умерших от причин из группы 3 повысилось на 7%, количество умерших от причин из группы 2 увеличилось

на 18%, а количество умерших от причин из группа 1 – увеличилось даже на 64%. Это свидетельствует о весьма неблагоприятных переменах за указанный период. Эти величины и аналогичные им представлены в прилагаемой таблице.

Таблица

Коэффициенты наглядности изменения количества умерших в РФ по основным возрастным группам и укрупненным причинам смерти в 2010 г. по сравнению с 1990 г.

Возрастная группа	Все причины	Группа причин 1	Группа причин 2	Группа причин 3
Все возраста	1,20	1,64	1,18	1,07
0-6 дней	0,40	0,40	0,40	0,50
7-27 дней	0,50	0,50	0,50	0,70
28-364 дня	0,40	0,30	0,60	0,70
1-4 лет	0,40	0,20	0,50	0,40
5-9 лет	0,30	0,30	0,30	0,30
10-14 лет	0,40	0,40	0,40	0,40
15-19 лет	0,70	0,70	0,70	0,60
20-24 лет	1,30	2,50	1,50	1,17
25-29 лет	1,50	5,10	1,70	1,13
30-34 лет	1,20	4,50	1,20	0,80
35-39 лет	1,10	4,30	0,90	0,70
40-44 лет	1,20	3,90	1,00	0,90
45-49 лет	2,10	5,40	1,90	1,80
50-54 лет	1,20	2,70	1,20	1,20
55-59 лет	1,40	2,50	1,30	1,40
60-64 лет	0,80	1,40	0,80	0,90
65-69 лет	0,80	1,40	0,80	1,10
70-74 лет	1,80	2,30	1,70	2,30
75-79 лет	1,04	1,20	1,03	1,30
80+	1,30	1,60	1,30	1,80

- Коэффициент наглядности представляет из себя отношение целевого показателя (в данном случае, это количество умерших по возрастным группам и укрупненным причинам смерти за конечный год рассматриваемого периода к величине этого показателя за первый год этого периода)

Анализ представленной таблицы позволяет сделать несколько выводов:

1. Ситуация со смертностью населения РФ в 2010 г. в сравнении с 1990 г. значительно ухудшилась. Наибольший рост количества умерших по причинам смерти оказался в группе 1. В настоящее время Всемирная организация здравоохранения рассматривает снижение смертности в этой группе как показатель позитивных изменений в социально-экономическом развитии страны и как индикатор повышения эффективности в системе охраны здоровья

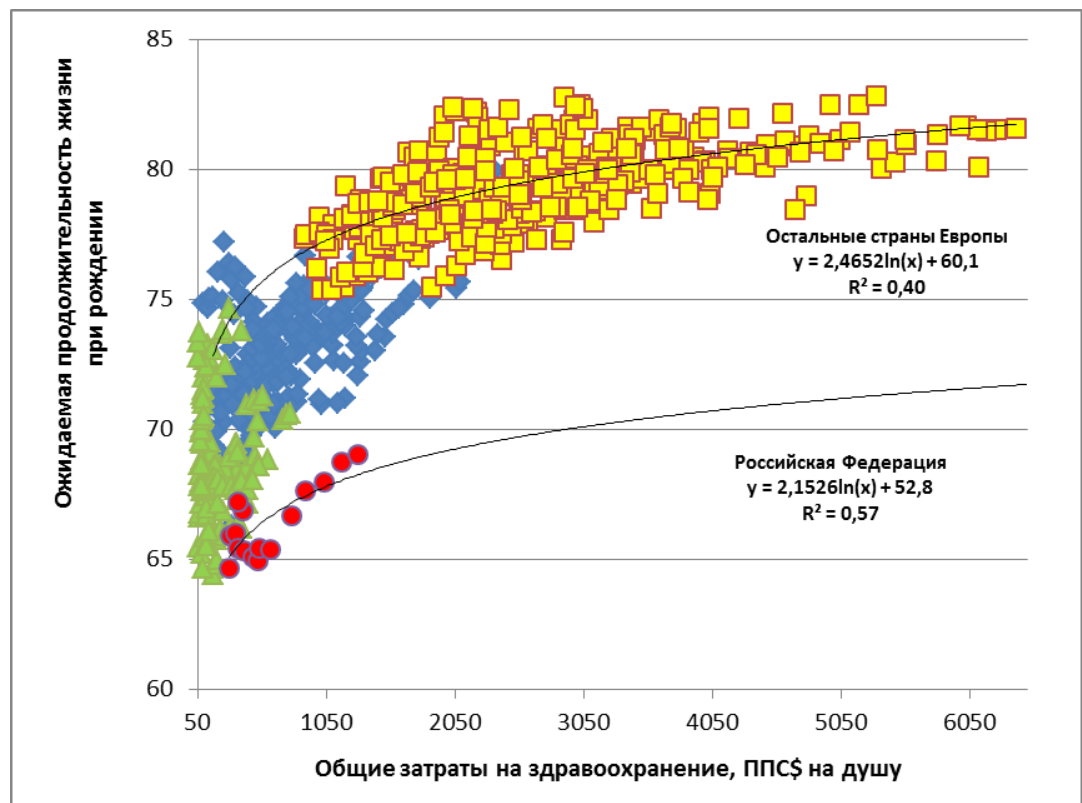
населения. К сожалению, в нашей стране фиксируется обратная тенденция.

2. В детских, подростковых и юношеских возрастах (0-19 лет) ситуация выглядит вполне благополучной количество умерших по отдельным возрастам и укрупненным причинам снизилось за рассматриваемый период на величины от 40% до 2-5 раз. Этот вывод является предварительным и может быть подтвержден дальнейшим анализом.
3. Исключительно неблагоприятная ситуация сложилась в наиболее активных возрастах 20-59 лет. Во всех возрастных группах количество умерших увеличилось, причем для наиболее активного возраста 45-49 лет количество умерших увеличилось в 2,1 раза. Однако наибольший рост количества умерших в возрастах 25-49 лет (в 4-5 раз) произошел именно по причинам смерти, входящим в группу 1, т.е. не от сердечнососудистых заболеваний и новообразования, не от травм и других внешних причин, а от заболеваний, которые рассматриваются ВОЗ как характерные преимущественно для слаборазвитых и развивающихся стран. Отметим, что ни российские статистики, которые занимаются анализом уровней и тенденций смертности, ни врачи-эпидемиологи, ни средства массовой информации не обратили внимания на этот обоснованный вывод.
4. Еще в одной возрастной группе (70-74 лет) произошел почти двукратный рост количества умерших не только от всех причин, но и от причин, входящих в каждую укрупненную группу причин смерти. Этот факт требует также более детального анализа.

В заключение данного раздела приведем рисунок, в котором показана имеющая место умеренная зависимость показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении от общих затрат на здравоохранение в паритетных долларах по всем европейским странам. Умеренная, а не очень высокая и тесная, т.к. на ОЖЖ влияет целый ряд факторов и условий. Для Российской Федерации и остальных европейских стран (включая страны СНГ и бывшие социалистические страны) приведены соответствующие трендовые линии, из которых видно, что РФ и остальные европейские страны развивают здравоохранение по совершенно различным законам. В этом сравнении прослеживается низкая эффективность нашей системы охраны здоровья, тенденция показывает, что даже при увеличении расходов на здравоохранение в РФ в 3-5 раз, наше

отставание от Европы по величине показателя ожидаемой продолжительности жизни не сократится и всегда будет составлять не менее 10 лет. Из этого, естественно, не следует, что не нужно повышать расходы на здравоохранение, т.к. в противном случае отставание будет значительно большим.

Это свидетельствует о том, что рост смертности населения Российской Федерации, наблюдающийся в 2015 году, является результатом не случайных колебаний, а происходит вследствие системных ошибок руководства отрасли здравоохранения.



3. В чем причина беспокойства?

Таким образом, смертность в стране не уменьшается, как того хотелось бы Минздраву РФ, а, напротив, она растет и уже превысила 14 случаев на 1000 человек населения при том, что у нас еще в 1960-ые годы этот коэффициент был почти в 2 раза ниже. Правда, ситуация со смертностью стала ухудшаться с начала 1990-х годов, когда произошли кардинальные изменения социально-экономических условий жизни и их ухудшение, выросла стрессированность населения, а также начались деструктивные изменения в здравоохранении. Об этом свидетельствует и тот факт, что уровня ОПЖ в 70 лет мы смогли опять достичь через 40 с лишним лет. Сейчас в городах за год умирают 1.4 млн. человек, а на селе - около 0.6 млн., а в целом - почти 2 млн. Запланированное на 2018 г. Минздравом РФ снижение коэффициента смертности до 11.8‰, судя по дальнейшему сокращению объемов и доступности медицинской помощи, реально лишь на бумаге. Несмотря на

указания Президента РФ, министр здравоохранения в газете «Известия» за 18 июня 2015 г. преподнесла радужную демографическую картину: число рождений медленно, но растет (хотя с 2017г. начнется обвал рождаемости, поскольку в детородный возраст перейдет малочисленное поколение родившихся в 1990-ые годы), снизился показатель младенческой смертности (который в 2 раза выше, чем в других странах, и от целого ряда причин там новорожденные не умирают), несколько сократилось в 2014 г. и число умерших, представлена структура смертности по отдельным причинам, особое внимание уделено алкоголизму, питанию и санпросвету в школах и детских садах, но никаких пояснений по поводу роста смертности за январь-апрель 2015 г. не было.

Судя по смертности за первый квартал 2015 г., в России за этот год умрет более 2 млн. человек. Если ничего не менять и продолжать ранее начатую политику, то уже через 3 года число избыточных (дополнительных) случаев смерти, которые могут быть предотвращены, достигнет 600 тысяч. Особенно социально значима смертность в трудоспособном возрасте (35-44 года).

Росту смертности есть два основания. Первый из них является далеко не определяющим в этом процессе и которым регулярно прикрываются чиновники от медицины. Это увеличение средней продолжительности ожидаемой жизни (СПЖ) и рост числа пожилых людей, на долю которых приходятся самые значительные коэффициенты смертности (84% у женщин и более половины у мужчин). Более того, рост числа пожилых окажется несколько более значимым, когда через пару лет в пожилой возраст перейдет многочисленное поколение родившихся в начале 1950-х годов - так называемая послевоенная компенсаторная «волна рождаемости». Кстати, выбитые поколения мы будем ощущать еще десятилетия, что подтверждается теорией затухающих кривых. **И рождаемость, а также миграция, нас не спасут от депопуляции, поскольку доля высокой смертности в этом процессе составляет 65%, а на низкую рождаемость приходится всего 35%.**

Основные (главные) причины роста смертности обусловлены **серьезными просчетами** и даже вредной для населения проводимой в последние годы политикой в сфере здравоохранения, что обусловлено некомпетентностью руководящих клиницистов в сфере общественного здоровья и здравоохранения и, соответственно, в организации системы охраны здоровья и территориальной организации медицинской помощи. А это совершенно разные знания, действия и ответственность. О наличии именно этих причин, в частности, свидетельствуют стандартизованные показатели смертности, устраняющие влияние возрастного фактора. И, действительно, в росте смертности от ряда острых и недегенеративных заболеваний (острые респираторные инфекции, грипп, пневмонии и их осложнения и др.) при отсутствии превышений среднестатистических сезонных уровней и их эпидемиологических порогов, в росте внутрибольничной летальности в большинстве регионов страны и смертности на дому (после выписки) никак **не проявляются возрастные особенности**, хотя пожилым чаще других

групп населения отказывают в госпитализации. И тут со статистикой, озвученной Счетной палатой и Всемирной организацией здравоохранения, не поспоришь, хотя Минздрав РФ неуклюже пытается доказать обратное. Например, объяснить рост больничной летальности более тяжелым контингентом больных, во что без стандартизации госпитализированных по степени тяжести и учета смертности на дому после выписки поверить невозможно. **Казалось бы, государство стало больше уделять внимания здравоохранению:** функционировал национальный проект «Здоровье», который не привел к параллельному улучшению здоровья, поскольку был ориентирован на оказание медицинской помощи, а не на улучшение здоровья граждан; на модернизацию здравоохранения впервые были выделены огромные деньги (629 млрд. руб., в т.ч. 460 млрд. на 2 года за счет повышения ставки ОМС на 2.1%), однако в больницах люди стали умирать чаще (в 1.3 раза), хотя, ожидалось, что будет наоборот. Тем более, что уровень госпитализации в стране не соответствует потребностям и неуклонно снижается. Значительные территориальные различия в стоимости отдельных видов медицинской помощи (в несколько раз) говорят об отсутствии единой политики в сфере здравоохранения страны. Ухудшает ситуацию снижающаяся доля расходов на здравоохранение в ВВП, в то время как **затратность медицинской помощи непрерывно возрастает.** Вместо рекомендуемых ВОЗ и вполне возможных затрат в размере 7% ВВП у нас на здравоохранение уходит государственных затрат менее 3% ВВП и еще 1.5% ВВП в качестве личных средств граждан. При этом стоимость медицинского оборудования и лекарств может в 3 раза превышать среднеевропейский уровень. В 2014 г. по рейтингу «Наиболее эффективных систем здравоохранения» наша страна заняла последнее 51 место по соотношению затрат на душу населения на здравоохранение (887 долл.) и приросту СПЖ. Но как представляется, дело не столько в затратах (США по этой шкале оседлали 44 место), сколько в организации охраны здоровья и медицинской помощи. **И хотя, как известно, общая смертность зависит от социально-экономических условий жизни, предотвратимая ее часть (а это не менее 40% всей преждевременной смертности), к которой полностью относится произошедший рост смертности, целиком зависит от организации медицинской помощи. Чем ниже будет доступность помощи, тем ниже будет регистрируемая заболеваемость и тем выше смертность.**

Что же входит в число отмеченных ранее **просчетов и ошибок?** Они обусловлены, главным образом, негласным переводом здравоохранения из социальной сферы в экономическую. В результате значительно выросли объемы **платных медицинских услуг** (за год почти на 25%), многие из которых совершенно легко насильственно заменяют бесплатные, содержащиеся в т.н. Программе госгарантий. Обозначенная в Конституции РФ бесплатность медицинской помощи фактически таковой не является и затраты населения постоянно растут, больные тратят на лекарства в 2 раза больше, чем ОМС и бюджет вместе взятые. С учетом того, что до 70%

наших граждан являются в той или иной степени неплатежеспособными, **доступность медицинской помощи с каждым годом снижается**. Иначе говоря, одной из причин снижения доступности медицинской помощи является ее нарастающая платность. По известным данным Счетной палаты, за лечение в стационарах вынуждены платить 50% пациентов, 30% - за медицинскую помощь в поликлиниках, 65% - за стоматологическую помощь. При этом объем платных услуг непрерывно растет, особенно в тех учреждениях, которые оснастились за государственный счет (средства налогоплательщиков) по программе модернизации, на которую были выделены значительные средства. В некоторых медицинских учреждениях доля платных больных достигает 85%, особенно в Москве. При этом основными потребителями медицинской помощи остаются малоимущие слои населения: дети, хронически больные и пожилые. Действительно, более 80% бесплатных медицинских услуг приходится на пенсионеров и детей, а не на работающих граждан, за которых работодатели платят взносы в ФОМС в виде целевого налога. Только за год плата пациентов за лабораторные анализы возросла на 25%, официально введены платные полисы ОМС+, а дефицит системы ОМС составил 55 млрд. руб. По поводу роста объема и доли платных медицинских услуг и роста числа жалоб населения (на 61%) Счетная палата РФ бьет тревогу. Все это в сочетании с резким снижением доступности медицинской помощи ведет к недовольству пациентов и населения и, в том числе, к росту смертности, которая и в дальнейшем будет расти ускоренными темпами при сохранении нынешней политики.

Наиболее высокие показатели смертности в средних и пожилых возрастах отмечаются **в малых населенных пунктах**. Все чаще и чаще наблюдается чисто потребительское отношение к больным, что приближает нас к американской системе «бизнеса на болезнях», когда, по образному выражению самих американцев, задача состоит в переводе острой боли в хроническую. И все это исходит не снизу, от врачей и медсестер, а сверху. Значительному снижению доступности помощи (и, соответственно, росту смертности) способствовали **ликвидация** огромного числа медицинских учреждений и укрупнение некоторых из них. Только за один 2013 г. сокращены 302 больницы, около 35 тысяч коек, оставшиеся койки значительно перегружены, 76 поликлиник, множество диспансеров, родильных домов и женских консультаций. Растет число отказов в выезде к больным скорой медицинской помощи. Только за тот же 2013 г. было закрыто 659 ФАПов, что лишило значительного числа сельских жителей элементарной медицинской помощи. В 2014 г. «оптимизировано» 359 больниц и поликлиник, из них 29 полностью закрыты. По плану «оптимизации» Минздрава РФ в 2015 г. будут «оптимизированы» еще 472 больницы, из которых 41 будет закрыта. Всего же будут «оптимизированы» 952 медицинских учреждения, из которых часть будет ликвидирована, а 911 присоединят к другим учреждениям в виде маломощных филиалов. Согласно имеющимся планам (источник - Счетная палата РФ), количество медицинских учреждений и дальше будет сокращаться: за ближайшее 4 года

число поликлиник уменьшится на 447 (т.е. 7% от всех поликлиник), число больниц - на 461 (т.е. 11% всех больниц), число прочих учреждений - на 416. На 90 тысяч сократилось число медицинских кадров при их серьезном дефиците, нагрузка на врачей растет, базисная зарплата не увеличивается. Мнимая финансовая экономия от сокращения работников составила только 0.5% затрат от зарплаты всего медперсонала. Проводимая так называемая «оптимизация» может лишить отрасль четверти специалистов. В сельской местности число больниц сократили в 4 раза, а амбулаторных пунктов - в 3 раза. Если к этому приплюсовать разрушение системы здравоохранения в предшествующие годы, то возникает впечатление, что по системе российского здравоохранения прошелся Мамай. Особенно большое число медицинских учреждений были закрыты в малых городах и в малых населенных пунктах, что из-за значительных расстояний делает для их жителей медицинскую помощь недоступной. И ранее эти медицинские учреждения, включая роддома, были экономически невыгодными. Но тогда отчетливо понимали, что не экономика и деньги играют в здравоохранении первостепенную роль, а разумная целесообразность, основанная на **потребностях населения** в различных видах медицинской помощи, которые уже свыше 30 лет не определялись, поскольку соответствующие научные разработки не заказывались Минздравом РФ. В результате и программы госгарантий, и программы ОМС не имеют достаточного научного обоснования. По данным Счетной палаты РФ, 17.5 тысяч населенных мест фактически лишены какой-либо, даже самой простейшей, медицинской помощи. Однако, по нашему мнению, эти данные являются сильно заниженными, поскольку в каждом из 83 тысяч населенных пунктов проживают менее 100 жителей, в том числе в 25 тысячах - менее 10 человек. А ФАП (с фельдшером и акушеркой) целесообразно создавать на 700 человек. Вместо кардинального решения проблемы Минздрав РФ планирует в этих поселениях обучить домохозяйства оказанию первой (домедицинской) помощи, что возвращает нас в средние века. Практически полностью ликвидированы выездные формы оказания медико-консультативной помощи. Самые высокие темпы **вымирания**, когда смертность превышает рождаемость, а миграция не спасает, отмечались в Центральной и Северо-Западной России (Псковская, Новгородская, Тверская, Тульская и др. области). Помимо обозначенных территорий высокая смертность отмечается также в Курской, Ивановской, Липецкой и Тамбовской областях (вскоре вырастет смертность и в других, пока еще благополучных территориях), а самая низкая - во многих национальных образованиях при относительно высокой рождаемости там. В дополнение к указанным территориям с достаточно высоким уровнем смертности, она стала за первые 4 месяца 2015 г. расти в Ямало-Ненецком АО (на 11.8%), в Костромской области (на 9.8%), в Карелии (на 8.7%), а также в Архангельской, Ленинградской, Пензенской, Омской, Липецкой, Тюменской и Сахалинской областях, т.е. именно там, где за последнее время ликвидированы многие поликлиники и больницы, сокращены больничные койки. Все это свидетельствует о том, что при

разработке медико-демографических программ необходимо соблюдать дифференцированный подход к разным территориям. В связи с огромными расстояниями, природными условиями, наличием и состоянием дорог и транспортных сообщений население этих мест фактически лишены возможности получить хоть какую-либо медицинскую помощь, даже за деньги. А **запустение** этих поселений начиналось с ликвидации рабочих мест, закрытия больницы и школы, выполняющих в том числе функции очагов культуры и представительства власти на местах. Поскольку заболеваемость у нас регистрируется по обращаемости, то снижение доступности ведет к снижению регистраций. Если в районе не будет, скажем, окулиста, то не будет и глазной заболеваемости. Очень скоро Минздрав РФ в обычно-торжественном стиле сможет доложить о том, что наши селяне - самые здоровые люди в мире. Все это заставляет людей заниматься самолечением, прибегать к знахарству и колдовству. Видимо, нашим беременным пора привыкать рожать в поле, перекусывая зубами пуповину. И здесь не спасут паллиативные, уродливые и нелепые мероприятия по вновь открываемым местами ФП и ФАПами (вместо огромного числа закрытых- свыше 8000 и налаженной системы), по одному на множество поселений, оснащение сел **скайповой** дистанционной системой с протянутым оптическим волокном в каждую избу или ФАП без медработников (это для старого журнала «Крокодил»), т.к. консультации больных в деревнях нужны не столько им, сколько лечащим врачам, которых там нет, и другие аналогичные нелепицы, в том числе попытка составить рейтинги городов по оперативности (т.е. по срокам доезда, а не результатам вызова) скорой медицинской помощи, совершенно беспочвенное утверждение Минздрава РФ о значительном повышении в ближайшие годы СПЖ на селе (до 75.6 года) и т.д. «Аргументы и факты» едко прошлись по идее «оптоволокну- в каждую деревню», отметив, что лечить по Интернету все равно, что снимать порчу по фотографии, а врачам платить по телевизору. Все это может и было бы уместным, но в дополнение к нормально функционирующей системе, ни в коем разе не заменяя ее. Интересно знать, с какого дуба они все свалились на нашу голову? Пресс-секретариат Минздрава РФ сообщил неизвестно откуда взятые, но «объективные» статистические данные о маршрутизации сельских жителей в стационары. Интересно, за счет чего: улучшения дорог или развития автотранспорта, или за счет вертолетной помощи? Цифры явно надуманные и не вызывают доверия у специалистов. В общем, на селе, по данным Минздрава, все замечательно, все растет и совершенствуется.

Не улучшает положение и продолжающееся нерациональное **расходование** государственных средств, когда деньги вбухиваются в тыловые медицинские учреждения (специализированные, перинатальные и другие центры), в которые при всей нормальной организации этапной медицинской помощи должно поступать не более 0.05-01% всех пациентов. Во всем мире вектор развития направлен в прямо противоположную сторону, когда заболевших стараются «не допустить» до дорогостоящих высоких технологий, а выявлять

эти заболевания на ранних стадиях и тогда же лечить, что также снижает смертность. Чисто клиническому мышлению такой подход, естественно, не понятен. Складывается впечатление, что умышленно или непреднамеренно Минздрав РФ утаивает от руководства страны существующие проблемы в здоровье и реальное положение дел в здравоохранении. Нет также понимания того, что здравоохранение - это система социального выравнивания, особенно при выраженной поляризации общества по доходам и возможностям, поскольку **перед лицом болезни и смерти все абсолютно равны**, что здравоохранение предназначено для пациентов, а не наоборот, что ведущим звеном системы охраны здоровья и медицинской помощи является правильно организованная **первичная медико-санитарная помощь** (ПМСП)- Primary Health Care, т.е. первичная забота о здоровье, что в соответствии с Конституцией РФ охрана здоровья (государственная ответственность) и медицинская помощь (отраслевая ответственность)- разные вещи, что в основе организации медицинской помощи находится система «пациент-врач», а все остальное это обеспечивающие и не должны мешать надстройки. В срочном порядке необходимо реанимировать муниципальное здравоохранение, поскольку нет понимания того, что особенности нашей страны требуют не столько концентрации, сколько рассредоточения медицинских учреждений, что рыночные отношения действуют эффективно только в экономической и бытовой среде, и т.д. Число врачей общей практики необходимо увеличить в 35 раз, переучивая врачей других специальностей (лучшие ВОП получают из участковых педиатров) и осуществляя их правильную додипломную подготовку на специальных факультетах ПМСП. Даже в США в ближайшие годы будет ощущаться дефицит в 90 тысяч врачей, из которых более трети приходится на врачей первичного звена. Правда, там врачи занимают первые места в рейтинге весомости профессий и по оплате труда, получая в год от 195 тыс. (семейные врачи) до 420 тыс. долларов в год (кардиологи и ортопеды). При этом больше половины американских врачей тратят от 13 до 20 минут на каждого пациента. Кстати, в Москве при множестве формальностей врачи должны работать более оперативно, затрачивая на прием одного больного 10 минут. Это как раз время, чтобы раздеться (если нужно) и одеться. Все разговоры о качестве пока следует отложить на потом, т.к. главная проблема сейчас- это снижение доступности медицинской помощи. Не хватает врачей, и во многих местах их просто нет, а Минздрав РФ собирается их мониторить. Конечно, в последние десятилетия, когда здравоохранение стало переходить на коммерческие рельсы, появилось немало врачей с чисто потребительским и безразличным отношением к пациентам. Но подавляющее большинство врачей с честью выполняют свой профессиональный долг, хотя их результаты нивелируются дефектами в организации медицинской помощи. Так что **в росте смертности в целом виновны не врачи и медсестры, а чиновники от медицины и проводимая ими политика.**

Не только в малых, но практически **и в средних городах РФ** невозможно организовать конкуренцию медицинских учреждений, как необходимого

атрибута для наполовину рыночной системы ОМС в силу их малочисленности, особенностей расселения и ликвидации многих учреждений. Так, только в одной шестнадцатой части Германии (земля Северный Рейн-Вестфалия) насчитывается 398 городов с высокой плотностью расселения, а у нас на всю страну - 164 с огромными расстояниями. Попарное сравнение стран с медицинским страхованием и с улучшенной государственно-бюджетной системой (с учетом реальных затрат и управляемых результирующих показателей) свидетельствует о гораздо худших результатах при более высоких затратах в странах с медицинским страхованием. Именно поэтому, наряду с другими не менее значимыми причинами (в системе ОМС все участники экономически заинтересованы в росте объемов медицинских услуг, что повышает затраты, в росте числа больных, особенно тяжелых, что противоречит интересам государства и др.), весьма затратная система ОМС к нашей стране с ее условиями никак не подходит, о чем говорит многолетний опыт ее бесполезного и безрезультативного внедрения, вначале вынужденного, а затем-инерционного. Тем более, что посредническая деятельность страховых медицинских организаций и фондов ОМС в соответствии с ФЗ № 165-ФЗ от 16.07.99 г. является незаконной. Кроме того, только за год страховые компании удерживают с медицинских организаций 50 млрд. руб. из выделенных государственных средств, эти деньги не доходят до пациентов и частично идут в прибыль страховщиков.

В больших городах (например, в Москве) по рекомендациям зарубежных консалтинговых фирм произошло объединение и укрупнение разных медицинских учреждений, сопровождаемые значительным и неоправданным бизнесменами от медицины сокращением, идущим в разрез с существующей потребностью, невзирая на квалификацию медперсонала (при имеющемся дефиците), что значительно снизило доступность медицинской помощи и привело к протестам врачей и пациентов. Это вместо того, чтобы путем разукрупнения добиться возможной конкуренции медицинских учреждений. Созданием таких монстров- монополистов должна заинтересоваться антимонопольная служба, а высвобождающимися земельными площадями и зданиями- компетентные органы. Уже есть первые результаты крупных социологических исследований о серьезных проблемах с доступностью медицинской помощи в городах-миллионниках. При такой значительной и болезненной реорганизации отцы-командиры даже не подумали спросить у людей их мнение, что противоречит ряду статей Конституции РФ. В результате выросли размеры самолечения, и стала пополняться непонятная западному обывателю домашняя аптечка. Невероятно, но для контроля записи на прием Правительство Москвы нанимает 50 аналитиков, чтобы они регистрировали приписки в посещаемости. А приписки в денежных периодических профилактических осмотрах (они достигают 70%), которые **ошибочно** расцениваются как диспансеризация, никого не волнуют, так как в них заинтересованы и врачи, и их руководители. Правда, в некоторых территориях эти приписки стали поводом для открытия ряда уголовных дел.

Между тем, правильно организованная диспансеризация позволяет активно оздоравливать пациентов, с чем не очень согласны те, кто непосредственно знаком с зарубежными частными коммерческими или некоммерческими клиниками, исповедующими несколько иные подходы. Однако напрямую проводить сравнения нельзя без учета особенностей каждой страны и менталитета граждан. Оценка деятельности врачей и учреждений по оказанным услугам и числу больных без учета их результатов является несостоятельной и тождественна оценке деятельности пожарной службы по числу выездов на пожары. Также не имеют какого-либо обоснования непродуктивные попытки разделить пациентов поликлиник на серьезно больных и относительно «здоровых больных». Среди специалистов ряда частных клиник можно выделить тех, кто приносит наибольший доход (стоматологи, гинекологи, невропатологи, интернисты), хотя отдельные частные клиники предлагают услуги, не оказываемые в государственном секторе, как бы дополняя его. Развитие частных хорошо оснащенных клиник с предупредительно- вежливым персоналом следует только поощрять, хотя они могут взять на себя до 10% в общем объеме медицинской помощи, что в принципе незначительно повлияет на развитие здравоохранения и смертность в стране. Вызывает большие сомнения правильность понимания государственно-частного партнерства в здравоохранении. Если к серьезным просчетам (некоторые из них содержатся выше) в организации медицинской помощи (а в Минздраве нет таких специалистов, а только клиницисты и экспериментаторы) добавить сложности с лекарственным обеспечением, недостаточный уровень качества, неразвитость паллиативной медицинской помощи и т.д., то станут понятными вполне очевидные главные причины роста смертности в стране. Например, считается, что на лекарства для онкобольных достаточно выделить в среднем 10 евро на 1 жителя в год (в США тратят в 4 раза больше, в Канаде- в 3 раза, во Франции- в 2.2 раза больше), а в России выделяются для этого средства в 2.5 раза ниже порогового уровня. В целом приобретение лекарств является ощутимым ударом для 77% семей, а 69% населения (среди них часто серьезно больные люди) отказываются от приобретения нужных лекарств из-за их дороговизны. Правда, дано поручение Правительству РФ до 20 июля с.г. представить предложения по частичному возмещению затрат на лекарства при угрожающих жизни состояниях и больным после высокотехнологичных операций. Это шаг в нужном направлении (к бесплатному отпуску лекарств по рецептам врачей) следует только приветствовать. По неофициальным экспертным данным в РФ (а у нас такая статистика не ведется) от врачебных ошибок ежегодно погибают до 50 тыс. пациентов (в США- в 3 раза больше), что говорит о необходимости кардинальных изменений в подготовке врачей. Все это также имеет непосредственное отношение к преждевременной и предотвратимой смертности населения, поскольку не на все причины смерти можно по большому счету влиять.

4. Что же делать?

Конечно, может возникнуть вопрос, а что же делать сейчас и на перспективу? Ответы содержатся в обоснованной **Стратегии** охраны здоровья, разработанной группой экспертов Комитета гражданских инициатив, альтернативы которой, пока нет. Кстати, с этой Стратегией уже ознакомились свыше 160 тысяч человек, она прошла серию обсуждений, и возражений никаких не было. Напротив, все высказывались, что именно так и нужно развивать здравоохранение с учетом интересов пациентов и населения, системы здравоохранения, общества и государства.

Согласно Стратегии крупноблочно (без деталей и обоснований) необходимо:

- разделить систему охраны здоровья (цель-улучшение здоровья и предупреждение его утраты) и организацию медицинской помощи (цель-полное или частичное, по возможности, восстановление утраченного здоровья и трудоспособности по медицинским причинам), разработать программу улучшения здоровья, а не, как обычно, развития здравоохранения, создать Национальный совет по охране здоровья;
- восстановить муниципальное здравоохранение и принцип социально-бытовой приближенности жизненно необходимых общих служб к населению;
- сделать акцент на правильно организованной ПМСП, на общих службах здравоохранения, выстроив систему в иерархическом (4-х этапном) взаимодополняющем порядке: 1-й этап- ПМСП, 2-й этап-специализированная амбулаторная и специализированная скорая помощь, 3-й этап- стационарная помощь общего типа, включая районные и межрайонные больницы, 4-й этап- специализированная стационарная помощь, включая ВМП; акцент на системе «пациент-врач»;
- прекратить вкладывать средства в тыловую медицину;
- отказаться от ОМС, платных услуг и программ государственных гарантий, на деле ничего не гарантирующих;
- пересмотреть принятые законы, имеющие отношения к здоровью и здравоохранению, содержащие больше недостатков, чем достоинств;
- произвести нужные изменения в системе непрерывного медицинского образования (додипломного и последипломного), в сертификации, аккредитации и лицензировании;
- содействовать развитию гражданского общества, в том числе в здравоохранении и т.д.

В полном виде все предложения (в том числе, как их реализовать и в какой последовательности) и перспективная модель здравоохранения с необходимыми обоснованиями содержатся в упомянутой ранее Стратегии.

5.Послесловие.

В предыдущем разделе намечены контуры значительных преобразований государственной системы охраны здоровья. Для того, чтобы эта работа имела шансы на успех необходимо не только выделение в последующем необходимых ресурсов, но и коренная реорганизация системы. Необходим также в дальнейшем научно обоснованный мониторинг выполнения этой Стратегии. Должны быть обоснованы не только реперные

точки, но и способы контроля за ее результатами. Имеются ли способы научно обоснованного мониторинга за здоровьем и продолжительностью жизни?

Да, такие способы имеются. Одним из авторов настоящей аналитической записки разработана не имеющая аналогов в зарубежной науке научно обоснованная система демографических рейтингов смертности населения.

Вот основная идея построения таких рейтингов. Всем понятно, что смерть отдельного человека – это случайное событие. Поэтому смерть определенного количества людей на территории (страна, регион, муниципальный объект) – это случайная величина. Но если это случайная величина, то фактическое количество умерших в популяции является выборочной характеристикой этой величины, а значит в некотором смысле величина неопределенная. Имеются уже отработанные на практике подходы к оценке величины такой неопределенности, и уже используется соответствующий термин – **интервал неопределенности**.

Идея построения рейтингов состоит в том, что для проверки гипотезы о статистической значимости изменения любого демографического показателя необходимо выяснить, перекрываются ли соответствующие интервалы неопределенности такого показателя, например, в начале и в конце рассматриваемого периода, в начале и в конце действия Стратегии, направленной на изменение/улучшение медико-демографических показателей, выбранных для оценки ее результатов. А это уже рутинная задача статистической оценки происходящих изменений.

Нами предлагается несколько таких оценочных показателей, которые можно рассматривать как демографические рейтинги. Наиболее важными являются два рейтинга: рейтинг положения и рейтинг динамики. Оценка статистической значимости изменения выбранного показателя оценивается, как и в международных финансовых рейтингах буквами (например – **А,В,С**) где символ «**А**» означает, что изменения произошли в нужном направлении и являются статистически значимыми, символ «**В**» - что изменения статистически значимыми не являются (т.е. со статистической точки зрения они не дали ожидаемого эффекта), символ «**С**» - что статистически значимые изменения произошли, но, к сожалению, в направлении, противоположном ожидаемому.

Вся необходимая информация для расчета таких рейтингов (даже для муниципального уровня) имеется, для внедрения всей технологии необходимо преодолеть лишь некоторые организационные сложности и она может стать доступной для повседневного использования.