

Комаров Ю.М.

**МОНИТОРИНГ
и
ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ
ПОМОЩЬ**

*Gutta cavat lapidem non vi sed saepe cadendo –
Капля камень точит не силой, а частым падением*

*Contra spem spero-
Без надежды я надеюсь*

Москва, 2016

Аннотация

Очередная книга профессора Комарова Ю.М. посвящена наиболее важным для современного здравоохранения России проблемам- созданию системы мониторинга здоровья и здравоохранения, а также правильной организации первичной медико-санитарной помощи населению, от которой зависят результаты всех последующих уровней здравоохранения и общие затраты. И хотя в отечественной медицинской литературе эти вопросы ранее в какой-то степени освещались, в данной книге они представлены по новому, с системных позиций, с учетом мирового опыта и под специфическим критическим ракурсом, присущим автору. Однако, на фоне выявленных дефектов проглядываются оптимистичные нотки, показывающие, как можно применительно к сложившимся социально- экономическим и природным условиям решать накапливающиеся проблемы и устранять системные недостатки. В книге, в основном, речь идет о здравоохранении в целом по стране и применительно к Сахалинской области, как одной из самых сложных и удаленных административных территорий. На примере этой области показано, как в любом регионе страны можно решать проблемы повышения эффективности охраны здоровья и оказания медицинской помощи и разрабатывать перспективные стратегии в здравоохранении. Книга может быть полезной для региональных администраций и органов управления здравоохранением, организаторам здравоохранения и медицинским статистикам, а также всем неравнодушным людям, заботящимся о процветании страны, о своем здоровье и здоровье всего населения.

Сведения об авторе- доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Комитета гражданских инициатив, вице-президент Российской медицинской ассоциации, член Бюро Исполкома Пироговского движения врачей, автор более 600 научных трудов и публикаций, в том числе 39 книг и брошюр.

Содержание

Предисловие

Раздел 1. Мониторинг показателей здоровья и здравоохранения

Введение

Общие представления о показателях здравоохранения

Заболеваемость населения

Факторы риска

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности

Демографическая нагрузка

Фертильность или общая плодовитость

Показатели рождаемости

Показатели смертности, в т.ч. на примере отдельных болезней

Младенческая и материнская смертность

Ожидаемая продолжительность жизни

Влияние социально-экономических условий

Охрана здоровья и оказание медицинской помощи

В бюджете денег нет, а в стране есть

Обзор врачебных ошибок

«Оптимизация» здравоохранения

Высокотехнологичная медицинская помощь

Статистика здравоохранения

Кадровая политика

Показатели деятельности здравоохранения

Представление системы мониторинга

Основные направления стратегического развития

Характеристика Сахалинской области

Индикаторы мониторинга по Сахалинской области

Раздел 2. Первичная медико-санитарная помощь

Приоритетные направления

Обзор ранее выполненных проектов

В чем сущность ПМСП?

О привлечении врачей на село и в ПМСП

Бюджетная модель или ОМС?

«Оптимизация» здравоохранения

Доступность медицинской помощи

ВОП или участковый терапевт?
Обзор ПМСП в разных странах
Системы оплаты труда
Общая подготовка кадров
Глоссарий ПМСП
Характер и принципы работы ПМСП
Алма-Атинская декларация
Синдромальный врач
Уровни оказания медицинской помощи
Муниципальное здравоохранение
Определения и подготовка ВОП
Виды и задачи Общей врачебной практики
Оснащение
Специализированная амбулаторная помощь
Отбор к профессии и новое в учебном процессе.

Раздел 3. Прикладные аспекты ПМСП

Врачи и ЛПУ в Сахалинской области
ПМСП, ОВП или центры здоровья?
Телемедицинская связь
Индивидуальная или групповая ОВП?
Где на местности целесообразно разместить ОВП?

Заключение

Краткий список использованной литературы.

Предисловие

В нижеследующих разделах представлены новые данные даже о традиционных показателях и содержатся принципиально новые предложения, нигде в нашей стране ранее не применявшиеся, особенно в разделе 2. Некоторое внимание уделено политике в сфере охраны здоровья и организации медицинской помощи, которые в Конституции РФ представлены отдельно. В соответствии с особенностями книги рекомендации должны были демонстрировать высокую эффективность, исходя из анализа здравоохранения наиболее авторитетных стран. В первую очередь это относится к первичной медико-санитарной помощи населению ПМСП. При подготовке указанных разделов учтен переработанный прогрессивный международный и отечественный опыт, что придает работе характер know how. К сожалению, пока что ни одна страна не достигла высокой планки в развитии ПМСП, заданной в Алма-Атинской декларации 1978 г. Об этом свидетельствуют результаты конференций, посвященных 20-летию (1998 г.) и 30-летию (2008 г.) эпохальной Алма-Атинской конференции ВОЗ, на которых было решено пока не пересматривать (и даже не корректировать) основные положения упомянутой Декларации. Тем не менее, во многих странах достигнуты значительные успехи по отдельным разделам и направлениям развития ПМСП. В настоящей работе впервые показан собирательный образ ПМСП, состоящий из позитивного опыта многих стран, и возможный для применения в условиях России.

Отдельно проведен анализ основных показателей здоровья и здравоохранения и определена возможность их применения для систем мониторинга. С этой целью, в том числе, использована база данных Европейского регионального бюро ВОЗ- основное хранилище достоверных данных по показателям общественного здоровья и здравоохранения по всем 53 странам, входящим в европейский регион ВОЗ. Верификацией медико-статистической информации, включая показатели здоровья и здравоохранения, а также оценкой экономической ситуации и статистическим анализом я занимаюсь на протяжении ряда десятилетий, о чем свидетельствуют многочисленные публикации, в том числе на сайте viperson.ru. Особенно, на наш взгляд, важен критический ракурс этих показателей и их возможностей, что далеко не всем понятно. В моей докторской диссертации (1981 г.), посвященной изучению состояния здоровья жителей Восточных районов страны в связи с факторами, на него влияющими, углубленное исследование проводилось экспедиционным путем с привлечением большой группы разнообразных специалистов. Тогда помимо рекомендаций по улучшению здоровья городских и сельских жителей были разработаны обобщенные индексы здоровья, а также с применением методов математической эвристики, с обучающей выборкой на больших массивах информации была создана модель распознавания

предрасположенности к различным заболеваниям, исходя из факторов риска. Все это помогло при подготовке данной книги.

Еще Аристотель советовал для решения любой проблемы ее расчленить и поделить. Вообще системный анализ любой крупной проблемы (системы) практически всегда начинается с ее описания в терминах дефектов, т.е. с выявления проблемных ситуаций и существенных недостатков, требующих своего решения в определенной последовательности. Иначе просто нечего будет оптимизировать (в правильном понимании этого термина). Именно в таком оптимистичном плане и представлены все нижеследующие материалы. Кстати, основные положения системного подхода и теории самоорганизации систем были сформулированы еще до Октябрьской революции А.А.Богдановым-Малиновским, будущим первым директором научно-практического института переливания крови. Наилучшие результаты в здравоохранении можно получить, используя долгосрочные проекты, особенно, если они составлены со всеми требованиями проектного (системного) анализа: конечные и промежуточные цели (дерево целей), критерии их достижения, этапы и ресурсы на каждом этапе, стоимость денег во времени, ответственность, поэтапное внедрение, обучение и т.д.

Многие известные показатели и положения в работе представлены в особом ракурсе, т.е. не совсем в традиционном стиле. Проблем в данной книге освещено немало, однако заинтересованный читатель может самостоятельно извлечь из представленных текстов, по мере знакомства с ними, полезную и возможную для использования информацию. Каждая из обозначенных проблем может быть представлена отдельно, в случае необходимости, в более широком и глубоком варианте. В работе для привлечения внимания к ведущим проблемам намеренно допущены некоторые повторы.

По данным английского журнала *Public Health* (февраль 2016) неравенства в здоровье россиян (*Inequalities in Health*) по разным параметрам за 18-летний период (1994-2012) несколько сгладились, хотя и оставались весьма значительным. Эти же данные нашли подтверждение в журнале *International Journal Equity Health*, тогда же изданном, на базе лонгитудинального мониторинга за выборочными 1496 взрослыми.

Большинство опрошенных (65.1%) пациентов считают, что за последние 5 лет качество и доступность медицинской помощи в поликлиниках страны ухудшились, а 17.9%- что никаких изменений за это время не произошло. Это сигнал о том, что с амбулаторным звеном в стране неладно и нужно срочно что-то делать, тем более, что 55% пациентов отмечают недоброжелательное к ним отношение в государственных поликлиниках. Счетная палата РФ уверена, что бесплатная медицинская помощь в стране замещается платной, есть проблемы с реализацией Программы государственных гарантий, дорогостоящее медицинское оборудование используется не эффективно, а снижение доступности и качества медицинской помощи напрямую связано с проведенной

«оптимизацией» и сокращением медицинских работников. Для правильного реформирования здравоохранения нужны политическая воля, очень решительные и достаточно быстрые шаги, которые в значительной степени затруднены сложившимися социально-экономическими условиями, бюджетным дефицитом, инерционными процессами, действующим законодательством и скатыванием социальной системы здравоохранения к коммерциализации и рынку. Однако, самой главной проблемой сейчас является беспрецедентное сокращение расходов на здравоохранение, что несомненно отразится на доступности медицинской помощи, на здоровье граждан и, прежде всего, на ускоренном их вымирании.

Здравоохранение в любой стране является важным фактором социальной стабильности, социального выравнивания и национальной безопасности, и это обязательно нужно учитывать.

Многочисленные проблемы ОМС в России и в других странах здесь не рассматривались, равно как и более эффективные альтернативы этой системе. На эту тему есть множество публикаций, в том числе наших. Скажем только, что даже в Германии, первой ставшей на путь социального медицинского страхования в условиях полностью частной медицины (модель Отто Эдуарда Леопольда Бисмарка фон Шёнхаузена), сложилась весьма затратная и мало эффективная (по соотношению затрат и результатов) модель, препятствующая проведению централизованной политики в стране и установлению национальных приоритетов. Фактически эта система способствовала лишь улучшению и социализации экономических отношений непосредственно пациентов с частными врачами или с частными медицинскими учреждениями на принципах солидарности, но не коснулась всей системы охраны здоровья, т.е. не стала именно здравоохранением в широком смысле, как это понимается в ВОЗ. Поскольку системы социального медицинского страхования в нашей стране не получилось, то перед рассмотрением перехода к более эффективной модели здравоохранения необходимо в срочном порядке законодательно и вопреки мощному страховому лобби вывести из системы ОМС частных и коммерческих посредников- страховых медицинских организаций с их нацеливанием на развитие добровольного (частного) медицинского страхования (ДМС) и придать территориальным фондам ОМС функцию страховщиков, для чего их сделать филиалами единственного страховщика в стране- Федерального фонда ОМС. Поскольку денег на ОМС и на повышение зарплаты медицинским работникам не хватает, решено на перспективу увеличить размер страхового взноса (точнее- целевого налога) с 5.1% до 5.9% от ФОТ, что означает рост недоплаченной заработной платы работающим. Пока что все участники процесса ОМС (фонды, СМО, государственные и частные клиники) экономически заинтересованы в росте числа больных, что должно полностью противоречить интересам государства. Подробно вопросы ОМС будут рассмотрены в запланированной нами следующей книге «Медицинское страхование или бюджет: что лучше для пациентов и выгоднее для государства?».

В 2015 году ООН разработала цели в области устойчивого развития, и медицинское издание The Lancet опубликовало рейтинг стран по 17 критериям, имеющим отношение к здоровью по 100- мерной шкале. Есть и другие рейтинги, о них будет сказано далее, в основном содержании. В результате оказалось, что Россия находится на неподобающем 119 месте из 188 стран, а первые места заняли Швеция, где 97% расходов на здравоохранение покрывается из бюджета, Австралия (одна из лучших стран для жизни), где бюджетные расходы составляют 75% (остальное- из системы ДМС), Италия, где все оперативные вмешательства в общественных и частных больницах, а также неотложная помощь полностью покрываются из бюджета, Испания, где лучшая в мире медицина оплачивается из бюджета, включая большую часть амбулаторно выписанных лекарств, Сингапур и Гонконг, где медицинская помощь оказывается как государственными, так и частными клиниками. По данным ВОЗ получается, что самые высокие в мире затраты на здравоохранение в расчете на душу населения в год при далеко не лучших управляемых результатах приходится как раз на страны с медицинским страхованием. Пока что все участники процессов ОМС, особенно в наших условиях, экономически заинтересованы в ухудшении здоровья граждан, в максимизации (в том числе излишней) обследования и лечения, в росте числа медицинских и сопутствующих услуг, что ведет к росту затрат, припискам, заинтересованы в том, чтобы лечить, но не излечить, в росте числа больных (лучше тяжелых), а не здоровых. Этому содействует принцип оплаты за оказанные медицинские услуги и за пролеченных больных. А принцип «деньги следуют за пациентом» ведет к тому, что больные не будут никуда направляться, даже по медицинским показаниям. Все это должно противоречить интересам государства, которое заинтересовано в росте числа здоровых и выздоровевших. Не случайно результаты проведенных обследований и результаты оказания медицинской помощи (а что в итоге?) нигде не упоминаются, не регистрируются и не анализируются. В общем, типичный вариант бизнеса на болезнях под ширмой социального прикрытия. Но тут вправе поставить вопрос из Римского права, кому выгодна (*cui prodest*) или невыгодна система ОМС. Выгодна она коммерческим страховщикам, извлекающим немалую прибыль, фондам ОМС и ЛПУ (чем больше услуг и больных, тем больше денег), а невыгодна пациентам в связи с меньшей доступностью медицинской помощи (ликвидация и укрупнение ЛПУ, платные услуги) и государству из-за неэффективного расходования средств, постоянного роста расходов и намеренного увеличения числа больных, а не здоровых, а также в связи с ростом недовольства пациентов. Вот и возникает вопрос, кто у нас для кого, в данном случае: пациент для здравоохранения или здравоохранение для пациента? С одной стороны россияне волнуют низкие зарплаты, низкий уровень жизни, стагнация экономики, состояние здравоохранения, безработица, рост цен и высокая инфляция (ВЦИОМ, сентябрь 2016), а с другой- снижается (почти в 2 раза) доверие к власти (правительству и парламенту) из-за кризиса и падения уровня жизни граждан, но при

достаточно высоком рейтинге Президента (74% против 80% в 2015 г.), армии (60% против 64%) и органов госбезопасности (46% против 50%). Это данные опроса Левада- Центра в 2016 г. Вот такой парадокс. По данным ВЦИОМ, 22% россиян никогда не пользовались полисом ОМС и только 57% респондентов сообщили о том, что получили медицинскую помощь в рамках ОМС в течение последнего года. Вполне возможно, что многие россияне не попали в реестровый список ОМС, поскольку теперь все расчеты ведутся не на численность населения, как это должно быть, а на число зарегистрированных пациентов. Мы намеренно не заостряем внимание на анализе системы медицинского страхования в России и в других странах с выявлением соответствующих недостатков и сравнением со странами с государственно-бюджетным здравоохранением, с выводами и предложениями. Это может стать, как отмечалось, предметом отдельной книги. Скажем только, что бюджет федерального фонда ОМС на 2017 г. запланирован в 1692 млрд. руб. (в 2017 г. в систему ОМС будут дополнительно включены еще 4 вида ВМП), на 2018 г. - в 1758.4 млрд. руб., на 2019 г. - в 1817.3 млрд. руб. Это большие деньги. Однако считаем, что нельзя навязывать абсолютно чужеродную систему ОМС здравоохранению нашей страны, поскольку 74% медицинских работников оценивают ее негативно и считают ее неэффективной. Она противоречит менталитету наших пациентов и медицинских работников. А когда подавляющее большинство граждан и почти все медработники не понимают, куда мы идем, и не видят перспектив развития, любая реформа, в том числе навязанная сверху система ОМС, обречена на неудачу. Врачи стали заложниками этой системы; некоторые из них к ней приспособились, хотя ее и не воспринимают, другие в ней чувствуют себя некомфортно, стараясь не брать деньги с больных и не заниматься приписками (а их немало), но и протестовать они не будут, поскольку полностью зависят от начальства. Сейчас ставка страховых взносов составляет 30%, в том числе 22%- в ПФР, 2.9%- в Фонд соцстраха, 5.1% в ФОМС. Предполагается, что увеличение взноса на ОМС до 5.9% покроет дефицит ТФОМС до 2025 г.

Необходимо в нынешних условиях не виды медицинской помощи делить на платные и бесплатные по примеру программы Госгарантий, а, как это имеет место в ряде стран с медицинским страхованием (Германия, Нидерланды, Австрия и др.), делить население в зависимости от доходов и возможностей оплаты, что ведет к социальному выравниванию при оказании медицинской помощи. Если, например, в Германии месячный доход составляет 3600 евро (а в Нидерландах - 3000 евро) и более, то обладатель этого дохода, платя все взносы, не подлежит национальной системе ОМС, которая как бы предназначена для бедных, а медицинскую помощь может получить по добровольному частному медицинскому страхованию - ДМС. Кстати, именно здравоохранение является выраженной системой социального выравнивания в любом обществе, ибо перед лицом болезни или смерти все абсолютно равны.

Уполномоченная по правам человека в РФ Т.Москалькова заявила, что считает эвтаназию законной. Но насильственное прекращение жизни в наших условиях, когда возможны медицинские ошибки, с которыми так до конца и не разобрались, позволит в ряде случаев не лечить и не ухаживать до конца жизни за больными, а вполне законно избавляться от неугодных людей. Аналогичные предложения возникают и реализуются и в Нидерландах, где разрабатываются меры по содействию суицидам и по законодательному разрешению эвтаназии по отношению не только к тяжело больным, как в Бельгии или Швейцарии, но и к практически здоровым, но желающим расстаться с жизнью. Правда, там совсем другие условия жизни и имеются значительные особенности менталитета, поэтому этот пример не должен быть заразительным. Мне довелось присутствовать в МИДе Франции в присутствии Президента Франции и руководителей Евросоюза, когда уполномоченные представители многих стран подписали там запрет на эвтаназию. Аналогичный запрет обоснованно присутствует и в российском законодательстве. А второе лицо нашего государства спикер Совета Федерации В.Матвиенко, видимо, в связи с рассмотрением проекта ФЗ об изменении сроков уплаты страховых взносов в систему ОМС за неработающее население, заявила 6 сентября 2016 г., что нечего непонятно кому оплачивать медицинскую помощь из бюджета регионов, что позволит сэкономить 40 млрд. руб. А «непонятно кто»- это наши неработающие граждане: дети, инвалиды и за ними ухаживающие, мамы, воспитывающие детей, домохозяйки и пенсионеры (всего около 15 млн. чел.). Однако, далее она предложила, чтобы безработные, т.е. практически нищие, сами бы оплачивали за себя взносы в ОМС. Это говорит о том, что она не представляет себе, как и чем живет наш народ. Для нее, к примеру, было удивительным, что в Ивановской области насчитывается 62% безработных, а это потому, что в области большинство ранее действовавших предприятий легкой промышленности сейчас не работают и другой работы для многих работников там нет. Минфин РФ поддерживает идею взимания взносов с неработающих по собственному желанию граждан. Однако, далеко не все неработающие являются тунеядцами. Многие безработные (а их больше 4 млн. чел.) не могут найти себе работу не потому, что не хотят, а потому что не могут, особенно в моногородах. Предложение экономить на самых беднейших и незащищенных слоях населения по сути отменяет статью 7 Конституции РФ и лишает Россию статуса социального государства.. Прокомментировал это заявление В.Жириновский: «У нас и без таких инициатив медицина практически стала платной, и это ужасно». Интересно, В.Матвиенко высказывала свое личное мнение, либо озвучила позицию Совета Федерации или партии «Единая Россия»? Это типичный пример отношения власти к россиянам или отрыва властной элиты от народа. Еще Ю.В.Андропов с горечью говорил о том, что власть у нас не знает своего народа, и эта мысль имеет свое продолжение. Но это проблема не только России. Специфика заключается в том, что на Западе устойчивая и длительная элита определяет президента, а у нас президент определяет

скороспелую элиту. Тем не менее, правительство РФ не поддержало желание собирать взносы на ОМС с неработающих граждан, расценив это как нарушение Конституции РФ. Понятно, что когда 10% населения владеют свыше 60% богатств страны, то проще и безопаснее что-нибудь дополнительно выжать из остальных 90% граждан. Получается, что граждане страны мешают власти жить и работать, все время путаются под ногами и постоянно что-то требуют. Резонно возникает очередной риторический вопрос: у нас народ для власти или власть для народа? И не только на период выборов, но повседневно. А недавно Д.Медведев заявил, что в каждой российской семье есть автомашина, и это напомнило известное усреднение, когда на каждого приходится по пол-бублика. Во властных структурах дискутируются вопросы об абортах, беби-боксах и др. Есть сенаторы, предлагающие у нас легализовать проституцию. Это что- вблизи Совета Федерации создать квартал «красных фонарей» и кто будет главной «мамкой»? В общем, идеи фонтанируют, но пользы для людей от них никакой нет. Такое впечатление, что наша страна готовится к войне: наращивается военная мощь, в Москве говорится о строительстве бомбоубежищ, в С-Петербурге на случай нестандартной ситуации установлен норматив в 300 г. хлеба на человека в день, хотя давно и всем известно, что победителей в тотальной войне не будет и она является угрозой для жизни всего человечества. Не дай Бог! Для разрешения возможных конфликтов следует больше пользоваться возможностями дипломатии. Так до сих пор и непонятно, к какой перспективной модели в нашей стране следует стремиться, даже ее контуры ни кем и ни как не обозначены. Пока решаются лишь текущие ситуационные задачи, да и то не всегда правильно, что видно на примере здравоохранения. Хотя понятно, что на перспективу речь идет о демократии, а не о политическом дирижерстве, и о рыночных отношениях в экономике, однако их вариантов и сочетаний есть множество.

Несколько раз в работе упоминается Минздрав РФ и его непрофессиональные деяния. Так, Минздравом РФ было решено, что пациент должен подготовить письменное согласие на осмотр, инъекции, процедуры и другие вмешательства, а врач должен объяснить пациенту, что он намерен с ним делать, как осматривать и почему, но на это дополнительное время не выделяется. Врачей обязали выписывать лекарства с указанием не конкретного препарата, а действующего вещества. При этом предполагалось, что аптечный провизор все разъяснит пациенту. Это можно оставить даже без комментариев. В приказе № 121н практически все виды медицинской помощи перепутаны: доврачебная и врачебная ПМСП, общая помощь и специализированная, скорая и неотложная помощь и т.д. Минздрав РФ разрешил в инструкции по применению лекарств вставлять картинки, иллюстрации, схемы и т.д., как будто больше нечем заняться. И таких примеров хоть пруд пруди. В дополнение приведем два последних, достаточно недавних примера. 06.07.2016 г. приказом Минздрава РФ № 486 утверждена методика расчета потребности в специалистах со средним образованием. Методика- это хорошо, но кто будет по ней рассчитывать?

Территории- вряд ли. Раньше это делалось централизованно (и по врачам тоже) на основе исследований головного ВНИИ имени Н.А.Семашко. 27.06.2016 г. Минздрав РФ издал приказ № 419н о порядке допуска лиц с высшим образованием на должности среднего медперсонала. Просто какой-то цирк, врачей и так опустили ниже плинтуса, в стране их дефицит и почему бы им не предложить поработать санитарями или гардеробщиками. А теперь на врачей стали активно нападать агрессивные хулиганы с угрозами, побоями и даже убийством и никто не встает на их защиту. На сайте change.org появилось обращение к Президенту РФ и премьер-министру с просьбой о возможной отставке министра здравоохранения, содержащее тысячи подписей (РИА Новости, 06.09.2016 г.). Но, полагаю, что нападение на врачей может служить лишь одним из поводов отставки, а главная причина- в так называемой «оптимизации» системы здравоохранения. Нужно отметить, что и раньше были нападки и нападения на врачей. Например, во время эпидемии холеры в Санкт-Петербурге в 1831 г., когда обозленные горожане видели во врачах главных своих отравителей, избивали их и убивали. Или в сталинские времена ранних 1950-х годов. Кстати, только после последних (2016 г.) нашумевших случаев нападения на врачей, фельдшеров и медсестер Минздрав РФ разработал пакет поправок в УК с предложенными санкциями за нанесение вреда медицинским работникам: от 12 до 20 лет лишения свободы, а в легких случаях- штраф до 200 тысяч руб. или 5 лет за решеткой. А Комитет по охране здоровья ГД предложил даже каждому врачу установить тревожную кнопку. Парадокс ситуации проявляется в том, что вначале средства массовой информации соревновались между собой в очернении врачей (помните статьи о врачах-убийцах), т.е. внесли свой посильный провоцирующий вклад в агрессивность пациентов, а теперь пишут о том, как уберечь врачей от агрессии пациентов. Большие ожидания были связаны с состоявшейся встрече руководства Минздрава РФ и новым составом профильного комитета Государственной Думы, но они слегка улетучились после хвалебных выступлений представителей Минздрава РФ буквально по всем направлениям их деятельности. Речь шла о борьбе за бюджет, за рост фондов ОМС, об установлении приоритетов, о расчетах по всем регионам, о нормативах, определяемых не на население или расстояния, а исходя из времени ожидания (а ведь часто можно не дожидаться), о госзакупках, о лекарствах, об информационных системах и т.д. В общем, все замечательно. Это вместо того, чтобы показать болевые точки системы и наметить пути их совместного решения организационными и законодательными мероприятиями.

Для демонстрации прикладного решения ряда проблем здравоохранения нами была выбрана наиболее трудная и сложная, сейсмически опасная, самая удаленная островная область- Сахалинская, включающая остров Сахалин, прилегающие острова и Курильские острова большой и малой гряды. В этом отношении область уникальна и аналогов не имеет. По образцу и подобию можно методически решать приоритетные

проблемы охраны здоровья и организации оказания медицинской помощи и на других территориях страны.

И хотя представленные ниже материалы могут кому-то показаться учебным пособием, однако таковым не являются, поскольку носят вполне заземленный и прикладной характер, большей частью рекомендательный, по неполному спектру проблем здравоохранения. Из них заинтересованное руководство любой области может сделать для себя некоторые выводы и использовать кое-что из вытекающих по ходу изложения предложений.

Особое место в работе уделено состоянию экономики и проводимой политике в стране, а также социально-экономическим условиям жизни, поскольку они оказывают существенное и непосредственное влияние на состояние здоровья граждан и развитие здравоохранения. Конечно, все экономические выкладки в работе не являются профессиональными, хотя в свое время я проходил стажировку в Институте экономического развития (Economic Development Institute) Всемирного банка в Вашингтоне. Все изложенное ниже может лечь в основу стратегии охраны здоровья и оказания медицинской помощи в территориальном разрезе, основные направления которой в данной работе обозначены. Стратегия- это не отраслевой медицинский документ, а политический государственный и включает в себя перспективные направления развития и перспективную модель здравоохранения, к которой нужно стремиться в целом по стране и в каждом отдельном регионе. Проще говоря, стратегия- это оценка сложившейся ситуации, целевые установки, показывающие направления движения, и имеющиеся в распоряжении возможности, определяющие этапы и скорость движения. Стратегия опирается на весь накопленный отечественный и международный опыт с учетом всех общественных ресурсов, в том числе экономических. Кстати, эффективность означает отношение результатов к затратам, т.е. плату за результат. У нас нередко происходит путаница из-за неверной трактовки международно принятых терминов: effectiveness- на самом деле означает результативность, а эффективность- это efficacy или efficiency. Таким образом, здравоохранение это не только организация, но и политика, зависит от степени развития экономики и под этим ракурсом будут представлены все материалы. Я- оптимист и совершенно уверен в том, что можно создать эффективную модель системы охраны здоровья с максимальной пользой для населения и пациентов и с социально-экономической выгодой для государства, т.е. с позиции методологии cost-benefit при возможной максимизации результатов и минимизации затрат. В этой книжке неравнодушный специалист, пациент и просто человек может заглянуть за зеркало нашей жизни и увидеть там некоторые перспективы страны, в общем, и здравоохранения, в частности.

Раздел 1. Мониторинг показателей здоровья и здравоохранения

Введение

В этом разделе мы намеренно не опирались на данные официальной статистики по Сахалинской области (хотя кое-что выудили из Интернета и других источников), взятой в качестве примера, по следующим причинам:

1. Наверняка все эти данные, основные показатели и их анализ содержатся в ежегодных отчетах по области и в пояснительных записках к ним. Поэтому повторять уже проделанную ранее квалифицированную работу не имело никакого смысла.

2. Более важным является не констатирующая фактологическая часть, а аналитическая с умением правильно рассчитывать и оценивать статистические данные, что и было показано на всероссийских и зарубежных материалах с не совсем традиционной точки зрения и с некоторыми нюансами.

3. Особое внимание было уделено анализу позитивного международного опыта с позиции его возможного применения в наших условиях.

4. Необходимо было показать, а это не так часто встречается, наличие связи экономики и политики с охраной здоровья и организацией оказания медицинской помощи населению, что может относиться к компетенции областной администрации.

5. Важно было подчеркнуть роль здравоохранения в современном обществе, его социальную сущность и выравнивающую роль с акцентом на основных действующих лицах - населении и пациентах, ради которых и существует система здравоохранения.

В последние годы значительно возросли случаи не вполне грамотного применения и анализа индикаторов здоровья и ключевых критериев результативности здравоохранения со стороны представителей государственной власти всех уровней, отраслевого министерства и даже соискателей ученых степеней, что нередко приводит к искаженным результатам и ошибочным выводам, предложениям и решениям. Особенно поражают авторы многих описательных статей и диссертаций, которые слабо владеют методологией научного исследования в сфере общественного здоровья и здравоохранения и методологией научного анализа медико-статистических данных. К сожалению, они не всегда понимают, как формируются те или иные показатели и какие сложные глубинные процессы они могут не совсем точно, а иногда и в сильно искаженном виде, отображать, хотя их регулярно применяют и даже пытаются проводить сравнения. Показатели - это отражатели. Иначе говоря, нужно четко знать, какие проблемы скрываются за «лицом» каждого из целого ряда используемых статистических показателей. Это крайне необходимо, ибо без знания и понимания механизмов получения (не формул расчета) этих показателей, их устойчивости, достоверности, репрезентативности и

погрешности сделать правильные и обоснованные выводы практически невозможно.

Все показатели подразделяются на абсолютные, относительные, интенсивные, экстенсивные или структурные (в % к итогу), наглядности и соотношения. Как известно, наиболее часто используемые интенсивные показатели (в расчете на население) зависят от правильно организованной выборки при не сплошном наблюдении (бесповторный отбор, многоступенчатая выборка и т.д.) и числа наблюдений, которое определяется либо путем применения классических методов эдинбургской школы вариационной статистики (на пробном материале проводится расчет основных параметров вариационного ряда и затем определяется необходимое число наблюдений для получения достоверных и устойчивых данных при заданной вероятности), либо при использовании фишеровского вероятностного статистического подхода, характерного для определения численности малых выборок.

Многое познается только в сравнении, т.е. либо во времени или в динамике, либо в пространстве при сопоставлении с другими схожими предметами, событиями, явлениями или объектами. Для достоверной оценки происходящих явлений и событий при сравнительном анализе, в первую очередь показателей, рассчитываемых на численность населения, нельзя применять в чистом виде грубые показатели, выводимые Росстатом, а следует использовать методы стандартизации показателей (прямой, косвенный или обратный), а за стандарт при этом, как правило, берется возрастно-половая структура вышестоящего региона, т.е. сравниваемые данные приводятся как бы к единому, общему знаменателю. Только при таких условиях можно делать правильные выводы, где и когда было лучше или хуже, больше или меньше, не ориентируясь на не стандартизованные показатели, которые легко могут дать иногда полностью искаженную картину.

При определении связей между показателями, отражающими какие-то предметы, события или явления, необходимо использовать адекватные поставленным задачам методы, позволяющие вывести причинно-следственные связи и отношения с расчетом соответствующих коэффициентов и их ошибки и только по величине этих коэффициентов с определенной вероятностью можно судить о наличии (сильной- слабой, прямой- обратной) связи или о ее отсутствии. Не редки случаи, когда говорят о наличие связей исходя из схожести анализируемых рядов показателей, выраженных в том числе в графическом виде. Это очень серьезное заблуждение, которое может вести к ошибочным суждениям, выводам и решениям. Мы здесь не будем представлять разные методы определения связей и влияния с их положительными и отрицательными моментами, а также с тем, как можно и нужно оценивать и объяснять получаемые коэффициенты.

Следует также иметь в виду, что здоровье- это не товар и его нельзя рассматривать в рыночных категориях «спроса-предложения». Некоторые

экономисты и финансисты полагают, что здоровье можно купить (вкладывая деньги в медицинское страхование или напрямую оплачивая медицинские услуги), продать (через медицинские учреждения), утратить (несчастный случай или другой ущерб). Ими здоровье приравнивается к набору четко определяемых и измеряемых характеристик (что далеко не так), которые можно получить от других, и потому оно становится, по их мнению, объектом купли-продажи. На самом деле здоровье- это индивидуально заложенный жизненный потенциал или его совокупность (как говорится, от Бога), который расходуется в течение всей жизни в связи с разумением каждого человека или общества в целом. Это, конечно же, не определение здоровья населения к которому в свое время мы пришли путем контент-анализа почти 50 собранных различных определений, выбирая ключевые и повторяющиеся слова. Поэтому здоровье, как и жизнь, не может быть предметом купли-продажи. Это должны уяснить себе все рыночники от здравоохранения, с их рыночной атрибутикой: медицинские услуги, оплата за пролеченного больного, гонорар за услугу, деньги следуют за пациентом и т.д. Они считают, что взаимоотношение «пациент-врач» тождественно отношению покупателя и продавца в магазине или на рынке, и в этом состоит их механистический упрощенный подход и полное непонимание сути медицины и здравоохранения, что может нанести огромный вред нашим гражданам. Кстати, даже медицинская услуга не является рыночным товаром, это своего рода социальный товар, т.к. ее оказание индивиду также приносит выгоду всему обществу (Чубарова Т.В., 2008)

Теперь, видимо, необходимо вкратце показать наиболее часто встречаемые ошибки при использовании, анализе и интерпретации статистических показателей, в сделанных выводах и принимаемых решениях на отдельных примерах. Это нужно для того, чтобы рекомендовать для отобранной Сахалинской области систему мониторинга с наиболее устойчивыми и информативными показателями.

Кстати, по южным береговым очертаниям остров Сахалин весьма сходен с итальянским «сапогом», а по островному расположению слегка напоминает Англию (с ее отдаленными Фолклендскими- Мальдивскими островами), где во много раз больше жителей, развитая промышленность с целыми промышленными зонами и хорошие разветвленные дороги. Однако и там, и тут в силу неравномерности расселения основные группы населения сосредоточены в нескольких территориальных «кустах», что выдвигает определенные и иногда сходные требования к организации медицинской помощи.

Заболеваемость населения.

Официальная статистика оперирует данными о впервые выявленной (первичной) заболеваемости, означающей совокупность новых, нигде до этого не зарегистрированных случаев заболеваний при обращении населения за медицинской помощью, т.е. по регистрации впервые в жизни установленного диагноза в данном году, а также данными об общей годичной заболеваемости по обращаемости (распространенность,

болезненность), при которой учитываются все случаи заболеваний, которые установлены как впервые в жизни, так и при повторном обращении в данном году по поводу ранее (в предыдущие годы) выявленного заболевания, в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра МКБ-10.

Различают также амбулаторную заболеваемость по обращаемости, госпитализированную заболеваемость, которая включает в себя все случаи заболеваний, впервые в данном году зарегистрированные при госпитализации и не зарегистрированные до этого при амбулаторном обращении, заболеваемость, выявленную при профилактических осмотрах и обследованиях, накопленную заболеваемость, т.е. все случаи заболеваний, зарегистрированные на протяжении ряда лет при обращении за медицинской помощью в расчете на 1000 человек населения. Хронические заболевания подлежат регистрации при обращении один раз в году, а острые- по мере возникновения и регистрации. Данные из статистической карты выбывшего из стационара правильнее называть не госпитализированной заболеваемостью, а составом госпитализированных больных, поскольку речь в ней идет о числе выбывших (умерших, выписанных, переведенных) больных, независимо от количества заболеваний у них. Заболеваемость по данным медицинских осмотров подразделяется по видам массовых медицинских осмотров: предварительные, входные, периодические, целевые и комплексные. У нас все время и на всех уровнях путают периодические профилактические осмотры с диспансеризацией, что далеко не одно и то же. Осмотры всегда массовые. Так, в 2015 г. профилактически осмотрено как бы 22.5 млн. человек, из них только 32% признаны здоровыми, т.е. относящимися к 1-й группе здоровья. А диспансеризация- всегда индивидуальна и предусматривает индивидуальное взятие на диспансерный учет под диспансерное наблюдение с последующим обязательным оздоровлением. Однако в подавляющем большинстве случаев за кратковременное и разовое общение с пациентом многие диагнозы установить практически невозможно (например, диабет, рак, гипертензия и др.), для чего требуется более длительный период наблюдения и обследования.

Иногда путают понятия обращения и посещения, но обращение по конкретному случаю хронического заболевания может регистрироваться только раз в году (кроме острых), а посещения- при каждой явке за медицинской помощью, т.е. на один случай обращения по поводу острого или хронического заболевания и травмы может быть сколько угодно посещений (в среднем по стране- 2.8). Затем число случаев заболеваний делится на численность населения и умножается на 1000, что и дает показатель заболеваемости. Однако численность населения может быть также разной- на начало года, на конец года, постоянное (стационарное) население, которое постоянно проживает на данной территории, включая временно отсутствующих, наличное население, которое в дополнение включает временно проживающих, среднегодовая численность населения

(средняя арифметическая, средняя геометрическая, средняя гармоническая, средняя хронологическая), может быть экономически активное и экономически неактивное население. В этом также нужна унификация при расчетах и проведении соответствующих сравнений.

Кроме естественного движения населения (рождаемость, смертность) необходимо учитывать и его механическое движение, т.е. миграцию, которая может быть внешней или внутренней, безвозвратной, временной, сезонной и маятниковой. Некоторые из этих видов миграции характерны и для Сахалина. Во-первых, при перемещении людей как по горизонтали, так и по вертикали возникают нарушения в различных процессах, происходящих в организме, которые приходят в норму спустя некоторое время (т.е. мигранты в какой-то период времени представляют собой серьезную группу риска), во-вторых, неизвестно, какой генетический груз и какие особенности краевой патологии из мест приезда они с собой привносят, что требует проведения среди них специальных исследований и медицинской фильтрации, в третьих, большие скопления мигрирующих людей (например, при маятниковой миграции) способствуют быстрому распространению инфекций, в том числе передаваемых воздушно-капельным путем. Ну, и с мигрантами связаны, как известно, некоторые достаточно серьезные социальные проблемы. Все это, естественно, нужно учитывать при анализе и сравнении любых показателей, рассчитываемых на численность населения.

Как впервые выявленная в текущем году, так и общая заболеваемость регистрируется по материалам обращаемости за медицинской помощью. А это означает, что показатели регистрируемой заболеваемости отражают не столько здоровье или не здоровье граждан, т.е. не дают истинной картины заболеваемости, сколько демонстрируют возможности медицинских учреждений (их доступность и специализацию) по выявлению заболеваний при обращениях за медицинской помощью, т.е. в том числе характеризуют организацию статистического учета, обеспеченность населения врачами и их квалификацию и, в целом, доступность различных видов медицинской помощи. Так, если в районе нет, скажем, окулиста, то и глазная заболеваемость будет на минимальном уровне, т.к. ее некому будет выявлять и регистрировать. Как известно, медицинская помощь становится все менее доступной в силу узаконенной теперь и получившей широкое распространение платности и закрытия значительного числа медицинских учреждений под маркой «оптимизации», что ведет к снижению зарегистрированной заболеваемости и позволит готовить победные рапорты.

Так, платность медицинской помощи (так называемые платные медицинские услуги) ведет, в основном, к ее недоступности и вопреки Конституции РФ разрешена Федеральными законами №83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием (?) правового положения государственных (муниципальных) учреждений, №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», а также №323-ФЗ «Об основах охраны (?) здоровья граждан в РФ», в котором речь идет не об охране здоровья, а об оказании

медицинской помощи и (подумать только!) зафиксированы права граждан на получение платных медицинских услуг, а также подготовленным проектом постановления Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам» (вместо действовавшего ранее постановления Правительства РФ №27 от 13.01. 1996 г.). Сейчас бытует мнение о том, что еще сохранившаяся пока бесплатная медицинская помощь может вскоре стать повсеместно условно платной, а за платные медицинские услуги в ряде мест умудрились даже выдавать квитанции, по типу оплаты ЖКХ. По сути платность возвращает нас в средние века, когда даже не помышляли о государственной социализации и солидарности и медицинские учреждения существовали за счет самих больных, благотворительных и церковных фондов. Как будто и не было всех последующих этапов государственного развития. В результате, по данным MAR Consulting, до 80% жителей больших и средних городов в РФ перестали обращаться за медицинской помощью и стали лечиться в нетяжелых и некритических случаях самостоятельно из непонятной для западного обывателя «домашней аптечки», нередко с просроченными лекарствами.

Попытка поставить лечение болезней на конвейер, беря за основу не больного, а болезнь с обязательными (а не рекомендательными) стандартами ее лечения ведет к дегуманизации медицины, о чем нас предупреждали выдающиеся отечественные клиницисты и патологи. Так, М.Я. Мудров справедливо считал, что «лечить нужно не болезнь, а больного», В.П. Сербский писал: «Врач имеет дело не с болезнями, а с больными, каждый из которых болеет по-своему», а И.В. Давыдовский отмечал, что «к врачу приходит не болезнь, а больной человек; его индивидуальность представляет собой чрезвычайно причудливое, всегда особое преломление болезни: один случай совершенно не похож на другой, так же как нет одинаковых отпечатков пальцев». Обобщая изложенное, следует иметь в виду, что нужно лечить болезнь у больного, когда научно обоснованные медицинские стандарты носят лишь рекомендательный характер, чтобы врач что-нибудь не упустил, но при этом обязательно нужно учитывать особенности больного (наличие у него других болезней, индивидуальную непереносимость, аллергические реакции, состояние иммунной системы и функциональное состояние, психологические особенности и т.п.). Эти мысли полностью противоречат намерениям Минздрава РФ, который выпустил множество некачественных обязательных медицинских стандартов и намерен превратить медицину только в ремесло или конвейер, а врача- в человека, оказывающего услуги по типу парикмахера с типовой стрижкой под бокс, полубокс, польку и т.д., независимо от того, подходит она стригущемуся или нет. Вообще все действия Минздрава РФ в сфере организации здравоохранения (собственная разработка медицинских стандартов, регламентированность всей работы, разработанные стратегии и концепции, программы и законы, приказы и другие) насквозь пронизаны ненаучностью и непрофессионализмом. Не понятно, откуда взялись временные нормы приема

разных пациентов: эндокринологу- 19 минут, кардиологу-22 минуты, в том числе 7 минут-на анамнез, стоматологу-терапевту-44 минуты, которых может не хватить на лечение простого, не осложненного кариеса. Нужно заметить, что вопреки социально-экономическому и политическому развитию страны частичная платная медицинская помощь пациентов в какой-то степени может быть и устроила, но у них (70% населения) нет на это денег, а системы возмещения таких затрат, в т.ч. за счет обязательного медицинского страхования- ОМС, также нет.

Вообще- то система социального (уж не говоря о частном) медицинского страхования является более дорогой, чем государственно-бюджетная модель, хотя изначально она отождествляла социальную справедливость и была предназначена для бедных и больных (богатый платит за бедного, здоровый- за больного, работающий- за неработающего), по типу существовавших некогда касс взаимопомощи. Преимущества государственно-бюджетной модели доказаны на примерах Дании, Швеции, Норвегии, Финляндии, Великобритании, Канаде, Испании, Италии, Австралии и других стран. Однако, именно из-за системы ОМС и ее экономического характера медицинская помощь у нас становится все менее доступной, о чем свидетельствуют многочисленные аналитические публикации. Граждане должны знать, как говорится «в лицо», авторов принятых решений и обозначенных выше актов, в первую очередь, работников отраслевого министерства, поскольку вскоре реально значительно ухудшится здоровье населения, причем произойдет это ухудшение на фоне снижения уровня регистрируемой заболеваемости. В Казахстане, где реформой здравоохранения занимается специально созданный в 2011 г. Республиканский центр развития здравоохранения, делается акцент на развитии общей врачебной практики, внедрении клинических руководств и протоколов, клинко-статистических групп и создании с 2018 г. системы ОМС с единым плательщиком (и его филиалами), где будут аккумулированы деньги бюджетные (за неактивное население), работодателей (за работающих), наемных работников (они платят за себя) и самозанятых граждан, но без какого-либо участия посредников- страховых медицинских организаций. Все это совершенно бесполезно нами предлагалось много раз для России, причем в качестве экстренных мер- придание единому страховщику- ФФОМС филиалов в виде территориальных фондов ОМС и исключение из системы ОМС коммерческих страховщиков с переориентацией их на ДМС. А пока можно было бы спокойно заняться реформой, включая перечисленные выше направления и определение возможности перехода к более экономичной (и результативной) полностью государственно-бюджетной системе.

Уменьшение регистрируемой заболеваемости у нас в стране обусловлено снижением доходов населения, в первую очередь 70% граждан, включая 23 млн. людей (т.е. 15%) с доходом ниже черты бедности и прожиточного минимума. Зарабатывающие много денег у нас (а их доходы только увеличиваются) и так не платят подоходный налог, который является

основным наполнителем бюджетов муниципалитетов. Вот и получился у нас в стране капитализм для власти и приближенных к ней. В угоду крупному бизнесу властные структуры никак не могут решиться ввести на себя же весомый налог на роскошь (элитное и множественное жилье, дорогие транспортные средства, на большие земельные наделы в престижных местах и т.д.), прогрессивный налог на доходы, хотя уже и «тени» то нет, куда можно было бы уводить деньги, или ее можно контролировать, в том числе путем усиления фискальной функции государства. Однако, это делать никто не хочет. Для этого нужно, в первую очередь, менять сознание у людей, начиная с дошкольного и школьного возраста. В Восточной Европе наименее теневая экономика сложилась в Эстонии с ее законопослушными гражданами. В развитых странах Европы люди не одобряют теневую экономику и уход от налогов. Там доля расчетов наличными деньгами минимальна и не платить налоги там опасно, за это очень строго наказывают. Правда, с наплывом мигрантов ситуация в западноевропейских странах может измениться. Если обычные граждане из-за сокращающихся доходов вынуждены у нас экономить на еде и лекарствах, им не по карману новые кредиты, а по старым кредитам растет просрочка, то только за год прибыль банкиров увеличилась в 13.5 раз за счет бюджетных средств и меньших отчислений в резервы. А эти средства можно было бы использовать для стимулирования спроса, прежде всего, внутреннего. Вместо этого власти предпочитают обкладывать налогами и поборами все остальное безропотное население либо непосредственно, либо через специальные коммерческие структуры. Так, при том, что население исправно оплачивает коммунальные платежи (собираемость платежей составляет 94%) и что за год цены на ЖКХ выросли на 12%, этот сектор экономики является одним из самых криминальных в стране с разнообразием вариантов хищений денег плательщиков, в том числе за счет понижения градусов в отоплении и горячей воде. По стране прокатилась волна арестов и задержаний руководителей частных управляющих компаний, которые присваивали деньги законопослушных граждан. В результате россияне не чувствуют себя защищенными и счастливыми и по международному рейтингу счастья 2016 г. занимают лишь 56 позицию, а самыми счастливыми и наиболее благополучными по многим социально-экономическим показателям оказались граждане Дании, Исландии, Норвегии, Финляндии (World Happiness Report, 2016).

О целесообразности введения прогрессивного налога на доходы говорит опыт многих стран. Например, во Франции, если месячный доход члена семьи не превышает 800 евро, то налоговая ставка равна 0, месячный доход до 2235 евро повышает налоговую ставку до 14%, до 6000 евро- в 30%, до 12675 евро- в 41%, выше- в 45%. В Германии еще совсем недавно месячный доход в 800 евро также не облагался налогом, от 800 до 5400- 15%, 5400-8000- 25%, свыше 8000 евро-42%. В Норвегии в зависимости от доходов ставка налога колеблется от 28 до 49%, в Дании- от 38 до 59%, в Бельгии- от 25 до 50%, в Австрии – от 21 до 50%, в Англии- от 10 до 40%, в

Швеции-до 50%. Прогрессивная шкала налогов с середины 1970-х годов существует в США, где доход до 1200 долларов не облагается налогом, из платящих налоги 90% всех налоговых поступлений выплачивают 20-25% налогоплательщиков, а фактически 80% федерального бюджета обеспечивается налогами, выплачиваемыми 20% высокодоходных граждан. В Китае, где практически отсутствует социальная поддержка граждан, месячный доход в 1250 долл. не облагается налогом. Прогрессивный налог дает возможность не допускать резкой дифференциации населения по доходам и возможностям, поддерживать определенные группы населения, выполнять социальные программы и обязательства и осуществлять приоритетные инвестиции. Примерно также по прогрессивному принципу построены шкалы во многих странах при достаточно развитой и жесткой фискальной функции государства. В этом и состоит одна из главнейших задач социализированного государства- законно изымать средства у богатых фирм и индивидов и направлять их на поддержку тех, кто относится к социально уязвимым группам населения (малоимущие, инвалиды, студенты, матери-одиночки, дети, пожилые, безработные, хронически больные и т.д.), осуществляя тем самым относительное социально-экономическое равенство в стране и предупреждая возможные социальные недовольства и взрывы. Однако заимствовать зарубежные шкалы без их адаптации к нашим условиям нельзя, хотя сам принцип, используемый во многих странах, кажется абсолютно верным, и тут дело не только и не столько в пополнении бюджета. Кроме того, такой подход может повлиять на понижение ставок по кредитам в 5-7 раз, т.е. хотя бы до среднего европейского уровня.

Если в России доля заработной платы в себестоимости производимой продукции не превышает 25%, то в странах Евросоюза эта величина достигает 60%, а в США- 80%. Вот отсюда и вытекают у нас низкие зарплаты при европейских налогах и сборах из фонда оплаты труда. Поэтому рассуждения о том, что нужно вводить соответствие западным налогам неправомерны и даже вредны без соответствия западным зарплатам и пенсиям. И при этом наш крупный бизнес находится просто в инкубаторных условиях при послабляющем законодательстве, без конкурентной борьбы (почти сплошной монополизм), без официальных социальных обязательств, при способствующей налоговой политике и дешевой рабочей силе. Средняя зарплата в США при 192.0 часах работы составляет в месяц 5200 долл., а в Европе самыми высокооплачиваемыми и социально защищенными являются датчане, швейцарцы и норвежцы- в среднем 3700 евро. Правда, среди медицинских работников в США больше всего зарабатывают кардиологи, анестезиологи, хирурги, акушеры и ортодонты.

Как показывают расчеты экономистов, еще в 2007-08 гг. в РФ заработную плату можно было легко увеличить в 2 раза, поскольку мы отставали от США по производительности труда в целом в 4-5 раз, а по средней зарплате- в 7-8 раз. Тогда считалось, что увеличивать зарплату без роста производительности труда нельзя, что полностью противоречило стимулирующим принципам Эдвардса Деминга. Как известно, еще в 2012 г.

Президент РФ потребовал увеличить производительность труда в 1.5 раза к 2018 г. и нарастить число высокопроизводительных рабочих мест (ВПРМ) к 2020 г. в 2 раза (до 25 млн.), а на каждом таком рабочем месте создается в 16.3 раза больше добавленной стоимости, чем во всех остальных организациях. Судя по всему, эти задания не будут выполнены, хотя Росстат, используя специальную методику (отличную от принятой в мире), пытается доказать обратное. Согласно принятой еще в 1952 г. 102 Конвенции Международной организации труда (МОТ), минимальный уровень замещения заработной платы (при полном трудовом стаже) должен составлять не менее 40% (в развитых странах сейчас-70-80%, а в России-30%). Доля средней пенсии от средней зарплаты по стране составляет в Италии и Испании- 90%, в Люксембурге- 88%, в Нидерландах- 81%, в Германии, Японии и Швеции- 70%, во Франции-68.8% в США и Чили- 50%, в Австралии- 47%. Наилучшие условия для жизни пенсионеров созданы в Австралии, Австрии, Ирландии, Италии, Канаде и в других странах. Там помимо пенсионных выплат добавляются социальные пособия, субсидии, льготы, страховки и т.д. На протяжении многих лет в Дании функционируют «детские ясли для пожилых людей», в Швейцарии и США- прекрасно оснащенные дома сестринского ухода, медико-социальные пансионаты для престарелых с оплатой до 75-80% от размеров их пенсии и т.д. Мне довелось в таких побывать. Кстати, в Москве действует проект по обслуживанию пожилых пациентов с хроническими заболеваниями и Д.Медведев поддержал идею распространения его в регионы, где для этого трудно найти специальные средства. Правительством принято решение не индексировать ежемесячные пенсии работающим пенсионерам, а откупиться от них (и от всех пенсионеров) единовременной выплатой из бюджета в 5 тысяч рублей. Мотивировка проста- в ПФР нет денег. Однако, было бы гораздо разумнее провести ускоренную индексацию пенсий, для чего использовать сохраняющиеся пока финансовые резервы и, в разумных пределах, кредиты ЦБР, что повлияло бы на увеличение внутреннего спроса и привело бы к росту российской экономики. Как справедливо отмечают многие эксперты, кроме внутреннего спроса, других источников для устойчивого повышения экономики просто нет. По данным Счетной палаты из-за отсутствия методологии определения стоимости пенсионных баллов невозможно оценить правомерность индексации и начисления пенсии. Однако, стоимость баллов определялась в зависимости от объема собранных в Пенсионный фонд средств, т.е. начисления будущим пенсионерам зависели от текущей экономической (кризисной) ситуации в стране, что позволяет экономить бюджетные средства: сколько собрано денег, столько и выплачено и от человека ничего не зависит. Отсюда ясно, что доля пенсионных отчислений для будущих пенсионеров будет уменьшаться.

Когда разразился мировой кризис и японские товары перестали покупать в других странах (произошло там затоваривание), то в Японии приняли два судьбоносных решения в отношении спроса:

1. Выдавать кредиты близлежащим странам, но на приобретение только японских товаров. Так была решена проблема внешнего спроса и разтоваривания.

2. Увеличить и без того самую высокую в мире ОПЖ еще на 5 лет, поскольку за эти годы пожилые потребят продукции еще на 600 млрд. долл. Это относится к стимулированию внутреннего спроса и показывает экономическую выгоду увеличения ОПЖ.

Одновременно в Японии боролись с двумя заболеваниями, относящимися к краевой патологии и связанными с особенностями питания морепродуктами: церебральным инсультом и раком желудка путем вымачивания потребляемых морепродуктов в пресной воде.

В процессе выполнения в Финляндии проекта «Северная Карелия» (руководитель - профессор Пекки Пушка) и в результате длительной всесторонней борьбы с чрезмерным потреблением соли удалось значительно снизить частоту распространения гипертензии и связанных с ней других заболеваний и осложнений. Была даже запрещена торговля различными соленьями приезжими из соседних российских территорий. Вместо соли предлагалось употребление перца и лимона, рекомендовалось не употреблять сыры, соленые маслины, пиццу, любую выпечку, копченые колбасы. На первых порах в Финляндии государство стимулировало производителей, которые в свою продукцию клали меньше соли, а также фермеров, выращивающих овощи и ягоды. Затем была сформулирована концепция здоровой еды, которая была массово распространена и реализована. Вообще реформы в здравоохранении Финляндии начались с 1972 г., когда там стал внедряться здоровый и подвижный образ жизни, включая в том числе бесплатную выдачу в прокат велосипедов. И это все делало государство, заинтересованное в здоровье своих граждан. Вопрос, а почему это нельзя сделать у нас? Правда, в Финляндии проживает всего 5.5 млн. чел., там прекрасные дороги, не разрушающиеся зимой, и 2 государственных языка: финский (91.5% жителей) и шведский (5.4% населения) при особом статусе саамского языка. Если в 1972 г. курили 65% жителей, то благодаря систематической пропаганде и оздоровительным компаниям удалось снизить число курящих в 4 раза. Однако, аналогичными успехами в снижении потребления алкоголя в Финляндии похвастаться не могут. И это несмотря на высочайшие цены на алкоголь, на введение почти сухого закона и другие запретительные меры, которые легко преодолеваются краткосрочной поездкой в Эстонию, где алкоголя много и он стоит гораздо дешевле. Тем не менее кое-что удалось сделать, в частности, заменить в структуре потребления алкоголя крепкие спиртные напитки на вино и пиво. Работа в этом отношении продолжается. И раньше, и теперь у нас борются с нелегальным алкоголем, однако с позиции его влияния на здоровье не так страшен неучтенный алкоголь, произведенный на тех же технологических линиях якобы из сэкономленной или же из украденной продукции, сколько суррогатный алкоголь, состоящий из непонятно чего. Иначе говоря, вопрос стоит не только о количестве потребляемого алкоголя, но и о его качестве. В

России за последние годы несколько снизилось потребление водки, но на общем потреблении алкоголя это не отразилось. Слабо решаются проблемы с солью. У нас только в продуктах питания (хлеб, масло, колбасы, консервы и т.д.) ВОЗовские нормы потребления соли увеличены более, чем в 3 раза. А сейчас в связи с введением с 01.11.2016 г. ограничения на импорт соли выделено 2 млрд. руб. на новые заводы по производству нитритной соли для колбасного производства. Между тем, до 5 г в сутки, но не более того, соль необходима, поскольку участвует в выработке соляной кислоты, которая расщепляет белки. Значит, речь идет о потреблении излишней соли, которая у нас достигает 17 г в сутки. В результате многолетних перечисленных выше усилий в Швеции за 20 лет смертность от БСК снизилась в 2 раза, а в Финляндии- даже в 5 раз. Этот прогресс был на 60% достигнут благодаря первичной профилактике и здоровому образу жизни мотивированных потенциальных пациентов (условия для ведения здорового образа жизни должно создавать государство), поверивших в то, что можно прожить без болезней.

Кстати, современные исследования показывают, что до 35% российских работников страдают от гипертензии и свыше 50% всех заболеваний, в том числе рак, диабет, ожирение, БСК, гастриты и другие, обусловлены в определенной мере неправильным и некачественным питанием, что, в общем-то, характерно для нашей страны. Одним из факторов риска является загрязнение атмосферного воздуха, которым, по данным ВОЗ, дышат 92% жителей земли, включая россиян. К факторам риска могут относиться также предшествующие заболевания. Так, австралийские ученые из университета Сиднея установили, что наибольшее число случаев внезапной смерти от болезней сердца относится к возрасту 31-35 лет при наличии коронарной недостаточности, наследственной кардиомиопатии, миокардита и расслаивающейся аневризмы аорты, причем у трети пациентов, у которых отсутствовали нарушения, способные вызвать смерть, в геноме были обнаружены мутации, передающиеся по наследству, обнаружить которые можно только путем проведения генетического скрининга.

О зависимости здоровья населения от доходов в мире известно давно и эта проблема многократно исследована. Только от одного, далеко не самого распространенного заболевания- вирусного гепатита- наносится ежегодный ущерб экономике России (с учетом прямых и косвенных издержек) в размере 30 млрд. рублей. Оценка потерь в здоровье и учет ущерба обществу в связи с болезнями свидетельствуют о значительной экономической выгоде вложения средств в здравоохранение. В Великобритании, по данным Daily Mail (2012 г.) риск суицида особенно велик у мужчин в возрасте 30-60 лет, причем самоубийства распространены среди рабочих в 10 раз чаще, чем среди состоятельных людей. Причинами этого считаются рост безработицы, невостребованность рабочих профессий, ускоренное развитие в Великобритании «экономики услуг». В России вскоре появится государственная программа по первичной профилактике суицида.

Результаты последнего исследования по США опубликованы в газете The New York Times от 12.02. 2016 года. Там представлено, что за последние 15 лет различия в ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) у 60-летних богатых и бедных возросли с 1.2 лет до 5.8 лет. Экономистами из Бруклинского института показано, что по децильным группам (при сравнении по 10% богатых и бедных) у родившихся в 1950 г. различия составили почти 14 лет, а за 30 лет ОПЖ у бедных мужчин выросла с 72.9 лет до 73.6, а у богатых- с 79.1 до 87.2 лет. Итог этому исследованию подвел директор института измерения и оценки здоровья в Сиэтле Кристофер Мюррей (он первым предложил индекс ДАЛИ), заявивший, что прогресс оказался не для всех одинаковым.

Кроме того, с 1995 г. (далеко не лучший год в истории нашего отечественного здравоохранения) из-за системы ОМС с ее экономической ориентированностью число больничных учреждений сократилось в 2 раза, закрыты 32 ЦРБ, 103 районные больницы, более 4000 сельских участковых больниц (осталось их всего 400 на всю огромную страну), 8000 фельдшерско-акушерских пунктов- ФАПов, сокращены 5339 амбулаторно-поликлинических учреждений, 136 самостоятельных стоматологических поликлиник, 1000 санаторно-курортных учреждений, 600 диспансеров, 232 станции (отделения) скорой медицинской помощи и т.д. Ломать- не строить, разрушать- не созидать. В результате даже до ФАПа нужно в Центральной России добираться за много километров при наших дорогах, по качеству которых мы в 2016 г. заняли 123 место (опередив Конго, Мадагаскар, Парагвай и Украину) в международном рейтинге (доклад «Индекс глобальной конкурентоспособности»), и медицинская помощь становится практически недоступной, особенно для граждан, проживающих в малых городах, поселках и сельской местности. Там же катастрофически не хватает врачей, что характерно и для всего первичного звена при относительном переизбытке их в крупных городах (кроме отдельных специальностей) и во вторичном и третичном здравоохранении. Кстати, на ближайшие годы по трехлетнему федеральному бюджету выделение средств на дорожное строительство не планируется вообще, что приведет к дальнейшему разрушению и запустению дорог. Когда в Пакистанской мечети произошел взрыв, то число погибших постоянно возрастало из-за того, как сообщили наши масс-медиа, что ближайшая больница была за 100 км в Карачи. У нас расстояния не меньшие, но средства массовой информации этот вопрос умалчивают. К 2014 г. в России сокращено 90 тысяч медицинских работников, ликвидировано почти 34 тысячи коек, а к 2016 г. дефицит врачей по сравнению со штатными нормативами составил 22%, дефицит коек в стационарах- 23%. Вообще-то койки сокращать нельзя, даже в сельских больницах их можно и нужно использовать, например, для развертывания там отделений долечивания, реабилитации, домов сестринского ухода, медико-социальных пансионатов и т.д. Именно так бы поступил рациональный хозяин. По данным Росстата только за несколько месяцев 2016 г. в России уволили почти 50 тысяч санитарок и 16 тысяч фельдшеров и

медсестер, что может повлиять на общий санитарно-гигиенический уровень в ЛПУ и увеличить нагрузку на врачей за счет не свойственных им функций.. Причинами этого являются, с одной стороны- чудовищно низкие зарплаты, а с другой- это пока единственный способ в регионах увеличить зарплату остающимся и выполнить указ Президента РФ. Санитарка- это не уборщица и потому попытки всю работу санитарок свести только к уборке помещений, которую пытаются перевести на аутсорсинг, полностью неграмотны. По данным фонда «Здоровье» 40,5% медицинских работников России сообщают об идущих и готовящихся их сокращениях. Дело дошло даже до того, что, например, в г. Губкинское Ямало-Ненецкого автономного округа засокращались настолько, что на одного педиатра стало приходиться 3000 детей, что почти в 4 раза больше рекомендуемых значений. Перестарались с сокращением кадров и в других местах. Так, в Камчатской краевой детской больнице из-за отсутствия врачей- офтальмологов ослеп маленький мальчик с запущенным глазным заболеванием. Несмотря на появившееся еще 4 года тому назад запрещение по необоснованному закрытию больниц и ФАПов в сельской местности, их продолжают закрывать, находя для этого соответствующие обоснования. Вот и получается, левой рукой массово закрывают медицинские учреждения и сокращают медперсонал, а правой рукой их частично восстанавливают. Так, в 2015 г. было построено 557 новых ФАПов и 58 офисов врачей общей практики, что чрезвычайно мало для нашей большой страны.

Нередко выделенные на создание и восстановление дорог средства бесследно исчезают, правда, часть денег может быть использована по назначению, но так, что проложенные дороги уже через год могут нуждаться в серьезном и постоянном ремонте. А это отражается на доступности медицинской помощи. Общая протяженность всех дорог в стране составляет 1 млн. 479 тыс. км, из которых 61.7% приходится на муниципальные дороги. На строительство только федеральных дорог (а на них приходится всего 3.4% всех дорог), свыше 63% которых как бы соответствуют нормативным требованиям, в 2016 г. выделено почти 90 млрд. руб. По распоряжению Президента РФ к 2025 г. в нормативное состояние должны быть приведены 85% региональных дорог (т.е. 438.6 тысяч км из 516 тысяч), которые только в 38.8% случаев соответствуют нормам. А 43.6% местных дорог не имеют твердого покрытия вообще. На это должны идти средства из региональных и местных бюджетов, а их не хватает даже не на строительство, а на поддержание дорог в надлежащем состоянии. В федеральном бюджете, как отмечалось, на дороги денег нет. В результате региональные и местные власти вынуждены брать коммерческие кредиты под немалые проценты, а затем за счет консолидированного бюджета субъектов РФ выплачивать за кредиты 930 млрд. руб., которые могли бы пойти на развитие дорог. В том числе и по этой причине государственные долги регионов неуклонно растут и превысили 2267 млрд. руб. и если в начале 2016 г. число таких регионов было 14, то теперь их стало 22 при значительном дефиците бюджета и двукратном и более превышении нарастающего долга. Пока же относительно

неплохие дороги у нас имеются вокруг Москвы, С-Петербурга и в Сочи, в остальных частях России и даже в городах они остаются на прежнем уровне и даже постепенно разрушаются. Вообще, строительство дорог у нас напоминает бездонную бочку, куда проваливаются миллиарды бюджетных денег. Примеров тому есть очень много. Но не выделять деньги тоже нельзя, просто нужно их и произведенные работы более жестко контролировать. Именно поэтому под выделенные правительством РФ деньги на ремонт дорог в Крыму принято решение сразу же задействовать аудит и отчетность. Но, думаю, это слабо поможет. Не случайно говорят, что дорог у нас много, но плохих гораздо больше. По данным Счетной палаты РФ ежегодно из бюджета выделяется до 1 трлн. руб. на проекты, которые так и не реализуются, а деньги в бюджет не возвращаются. При госзакупках цены завышаются на 20%. Вот еще некоторые примеры того, что в стране деньги есть, только нужно ими грамотно и честно распорядиться. И не нужно будет тратить золотовалютные резервы на покрытие дефицита бюджета. Ведь к 2019 г. расходы федерального бюджета при годовой минимальной инфляции в 4% уменьшатся на 16.2% по сравнению с кризисным 2016 г.

И хотя в Конституции РФ четко говорится о местном самоуправлении (статья 3 п.2 и статья 12), равно как и в соответствующих Федеральных законах №№ 154-ФЗ, 38-ФЗ, 141-ФЗ, 55-ФЗ, 107-ФЗ, многие статьи этих законов не выполняются или выполняются в искаженном виде. Это относится к местному бюджету, к предмету ведения местного самоуправления в части образовательных и медицинских учреждений, охраны общественного порядка и т.п. Муниципальное здравоохранение почти полностью разрушено, ликвидация и укрупнение медицинских учреждений в сельской местности с учетом состояния наших дорог и транспортных сообщений делает медицинскую помощь малодоступной для граждан, которые если и попадают в такие учреждения, то со значительным запаздыванием, что влияет на результаты лечения. Несмотря на то, что во всем мире муниципальное здравоохранение является основой всей системы, министр В.Скворцова 29.09.2016 г. в своем выступлении полностью отвергла этот уровень. Теперь понятно, почему в стране не развивается первичная медико-санитарная помощь, ее значение клиницистами не понимается. Нельзя забывать о том, что в городах с числом жителей 500 тыс. и более (таких городов у нас всего 37) вполне возможно с учетом транспортной доступности организовать этапность медицинской помощи и даже укрупнять медицинские учреждения, но до определенной степени, не создавая из конгломерата ЛПУ трудно управляемых монстров-монополистов. Но в этих городах проживает меньше трети всего населения страны и 42% городских жителей обитают в малых и средних городах. К муниципальному уровню помимо ПМСП, СМП (линейные бригады), школ (начальных и средних), техникумов, колледжей и профессионально-технических училищ, домов культуры, библиотек, сети магазинов и транспорта, ремонтных мастерских, местного производства продукции должны относиться муниципальные (мировые) суды и муниципальная (открытая) полиция с общественным

контролем и мониторингом, прозрачностью деятельности, независимым учетом преступлений, подчинением муниципальному органу и, в перспективе, с выборностью муниципальных полицейских на конкурсной основе. Именно в этом случае муниципальный уровень, где должны быть сосредоточены организации общего типа, будет соответствовать Конституции РФ. Для этого необходимо муниципалитеты наделить соответствующими полномочиями и денежными средствами. Кроме того, следует остановить процесс ликвидации сел, деревень и малых городов, развивающийся при полном попустительстве правительства.

По публикуемым ранее данным Минздрава РФ, дефицит практикующих врачей составлял около 155 тыс. (при том, что значительное число выпускников вообще уходит из профессии), а среднего медперсонала – 800 тыс. В амбулаторном звене не хватает 187.5 тыс. врачей при их переизбытке в стационарной помощи на 34.7 тыс. На селе, где проживает сейчас почти 26% населения, работали менее 7.0% врачей (сейчас эта доля немного подросла). Обеспеченность сельских жителей врачами в 3.5 раза меньше, чем городских. Без какой-либо государственной поддержки село в России и дальше будет деградировать и вымирать. Свежие данные об этом пришли с Алтая, где за последние 8 лет число сельских населенных пунктов без каких-либо жителей (!), возросло на 56.3%. Вероятно, это общая для страны тенденция. Можно себе представить огромный объем нерегистрируемой заболеваемости в сельской местности, и вскоре наши селяне станут по прилизанным и чрезмерно оптимистическим отчетам, в составлении которых многие поднаторели, самыми здоровыми людьми в мире с наименьшим уровнем заболеваемости. В том же Алтайском крае без ремонта разрушаются школы, дома культуры и больницы и там за последние 10 лет ликвидированы 355 школ, 161 ФАП, 124 лечебных учреждений. Причем, это происходит не только в селах, но и в райцентрах, в результате чего школьники и пациенты вынуждены добираться до места назначения за многие километры. Например, в селе Огни обрушилась больница, а школа, где насчитывается 114 учеников, из-за разрушения без ремонта опасна для жизни. Такая же картина в селах Шелаболихинского, Троицкого и других районов края. Во многом эта ситуация повторяется и в других местах. Вот куда нужно развернуть финансовые потоки, буквально спасая детей и пациентов. Даже те, кто остался жить на селе, отмечают, что жизнь в деревне тяжелая. Землю нужно брать в аренду по конкурсу, который обычный фермер выиграть не может, весь урожай забирают скупщики за бесценок, а попытки самостоятельно сбыть свою продукцию всячески пресекаются поборами и налогами, скот держать затратно, трудно и убыточно. Именно из-за перекупщиков, которые отбирают у фермеров товар и продают его в 4 раза дороже, иногда продукцию дешевле везти из Китая, чем из Ставрополя. В этом году (2016) ожидается небывалый урожай (более 100 млн. тонн зерна, 1 млн. тонн кукурузы, 475 тыс. тонн гречки), однако частные закупщики и перекупщики снизили закупочные цены на 40% и фермеры не в состоянии покрыть свои затраты на семена, удобрения, солянку и банкротятся. Нет

никакой помощи от властей (а нужно землю не только на Дальнем Востоке предоставлять бесплатно, бесплатно проводить коммуникации, выдавать льготные кредиты и т.д.), которые, по мнению самих фермеров, только душат и ждут, чтобы они разорились. Тут далеко ходить не нужно, достаточно вспомнить прогрессивные крестьянские реформы П.А. Столыпина (от общинной к частной собственности) с льготами, ссудами, беспроцентными и безвозвратными кредитами, Крестьянским банком и т.д., которые можно использовать и сегодня. Правда, сейчас появились попытки дискредитировать знаменитого сельскохозяйственного реформатора, но, как известно, даже великие и значительные люди имели позитив и негатив в своих действиях (Македонский, Наполеон, Де Голль, Черчилль, Рузвельт и другие). В СССР большой террор начался не в 1937 г., а значительно раньше, в 1930 г., когда на селе проводили насильственную коллективизацию, обдирая крестьян до нитки, вплоть до уничтожения сопротивляющихся, с закрытием и разграблением церквей и мечетей. Естественно, вспыхнули восстания в Сибири, на Кубани, в Тамбовской области и других местах, которые были жестоко подавлены, в том числе с применением химического оружия. Села утопили в крови. Тогда же стала создаваться сеть концлагерей. А потом были расстреляны и сами подавители восстания крестьян. Видимо, с тех пор сельское хозяйство страны уже полностью не могло оправиться, хотя к 1970-м годам положение в нем несколько улучшилось, а после 1990 г. началось в целом (кроме отдельных хозяйств) его разорение и запустение. Из оборота было выведено 93 млн. га сельхозугодий и лугов, а свыше 40 млн. га заросло чертополохом, бурьяном и мелколесьем, включая заброшенные деревни и забытые дороги. Из общей площади земельного фонда в 1709,8 млн. га на сельхозугодья приходится 23.5%, 7.2% находится в частной собственности, а под дачное и индивидуальное строительство занято всего 1.1% земельного фонда. Отсюда видно, что основным собственником земли является государство, и чиновники с выгодой ее используют для продажи под коттеджи и дворцы, особенно в пригородных зонах. За последние 20 лет посевные площади сократились на 34.6%, что свидетельствует о нерациональной трате земельных ресурсов. Почти половину сбора зерновых культур дают Краснодарский, Ставропольский и Алтайский края, Ростовская область и Республика Татарстан, а бесполезно засеянная Ленинградская область дает всего 0.1% сбора зерна. Имея множество разнообразных ресурсов, хорошее в прошлом школьное и профессионально-техническое образование, 9% мировой пашни, 52% чернозема, 20% мировых запасов пресных вод, 25% древесины, наш народ почему-то в своем большинстве живет хуже, чем в других странах. На каждого россиянина приходится 11.7 га земли, 5.9 га леса, 1.45 га воды, 1.5 га сельхозугодий, на каждого добывается в год по 2.1 тонны нефти и 4.1 тонны газа и о таких возможностях в других странах можно только мечтать. Во Франции, где пахотной земли на каждого человека приходится в 10 раз меньше, потребляется овощей каждым в 60 раз больше, а мяса - на 40 кг больше, в Норвегии, экспортируемой сопоставимое с нашим количество нефти,

уровень жизни намного выше, в большинстве стран Восточной Европы, не имеющих таких, как у нас, природных ресурсов, зарплаты и пенсии выше при более низких ценах, особенно на жизненно важные товары и услуги. Не хочется приводить сравнение с Арабскими Эмиратами и западными странами. Еще 15 лет тому назад в России было принято ошибочное решение о поддержке развития агрохолдингов, что привело к появлению крупных землевладельцев, которые рейдерским путем отбирают плодородные надель у мелких фермеров. А последним жаловаться некуда - все суды, полиция на стороне латифундистов. Как правильно говорил Ю.М. Лужков, важно чтобы все землевладельцы стали бы земледельцами. Нужно всеми силами возрождать российское село и сельскохозяйственное производство. Кое-что для этого делается в последнее время, растет производство птицепродукции, предполагается строительство новых овоще- и фруктохранилищ (фруктовые хранилища могут пока вместить в себя 15% урожая), намечается снижение процентной ставки под кредиты, усиление государственных дотаций для производства некоторых дефицитных товаров из молока и говядины и т.д. С развалом колхозов и совхозов шансов у села выжить немного, поскольку масштабное фермерство так и не получило должного развития. Фактически пока же ни жить на земле, ни работать многим фермерам сейчас не дают. Если к этому добавить высокие цены на горючее, электричество, удобрения, посадочные материалы и корма, то выходит, что государство не очень заинтересовано в развитии села, не дотирует по примеру других стран сельхозпроизводство, а выделяемые крохи до тружеников села не доходят. Сельхозтехника изношена на 80%, не хватает 80 тысяч комбайнов, 180 тысяч тракторов и т.д. Может быть есть смысл возродить МТС (машинно-тракторные станции), поскольку в Германии, например, централизованной машинной кооперацией охвачено 43% всех сельскохозяйственных земель, а многие наши фермеры не в состоянии иметь весь набор необходимой сельскохозяйственной техники, холодильных камер, перерабатывающих производств. В Липецкой области члены кооператива по выращиванию сахарной свеклы сообща приобрели 2 комбайна и еще почти 20 единиц техники. Однако, наши фермеры просят даже не помощи, а чтобы власти от них отстали и не мешали. С 1990-х годов на селе стали ликвидироваться рабочие места, трудоспособные граждане в ускоренном темпе в поисках работы стали переезжать в города, пожилые вымирают, сокращаются районные и участковые больницы, ФАПы, школы, дома культуры и сельские библиотеки, что ведет к запустению, и страна каждый день теряет по 2 населенных пункта, а всего за 20-летний период полностью обезлюдело 150 тысяч сел и деревень. По переписи населения 2010 г. было выявлено 1.5 млн. брошенных сельских домов, огромное множество деревень без жителей или с числом не более 10 человек. А если умирает деревня, то и земли вокруг нее также умирают. Действия должны быть не сложными: построить дороги, школы, больницы, выкупать у фермеров продукцию, узаконить поддержку малых населенных пунктов, крестьянских усадеб, социальное развитие сельских поселений. И деньги для этого есть, ведь они нашлись на создание

министерских информационных систем (разово-193 млрд. и ежегодно- 90 млрд. руб.). А зачем нужна информатизация министерству сельского хозяйства при таком уровне сельскохозяйственного развития? Отсюда и видны государственные приоритеты. О том, что денег в стране много свидетельствуют многочисленные публикации А.Г.Аганбегяна, он же показывает, где и как их можно взять и рационально использовать, но, видимо, проще их состричь с простых граждан. Проведенные исследования состояния здоровья одиноких пожилых людей в сельской местности показывают, что село вымирает. Если раньше между селами и райцентрами было хоть какое-то автобусное сообщение, в села по графику выезжали промтоварные и продовольственные лавки, то теперь этого ничего нет. Тем не менее, вопреки любой логике и преодолевая воздвигаемые бюрократические барьеры, есть отдельные подвижники-фермеры и их семьи в относительно благоприятных климатических условиях, которые развивают сельскохозяйственное производство и животноводство, возвращают к жизни заброшенные деревни, восстанавливают церкви и памятники архитектуры, ремонтируют погосты, создают новые рабочие места, повышая занятость. Такие далеко не частые случаи успокаивающе действуют на власть, но они – лишь эпизоды, а не система. Между тем, фермерские хозяйства относятся к малому бизнесу, который в других странах, но не у нас, является основным локомотивом экономики. Вместо того, чтобы вводить стимулирующие льготы для развития малого бизнеса, власти увеличили размер единого налога на вмененный доход, а, как известно, с ростом налогового бремени доходы малого бизнеса снижаются, вплоть до его ликвидации. Налоговая нагрузка в % ВВП в России является одной из самых высоких (31.89), а в Мексике- 19.5, в США- 26.0 и т.д. Развитию малого бизнеса не помогли реформы 2001-2004 гг., когда проводилась легализация доходов с отменой прогрессивной шкалы и установлением ставки налога в 13%. Одновременно был введен единый социальный налог в 35.6% от ФОТ, который потом снизился до 24%, а ставка НДС снизилась с 20% до 18%. Теперь же в условиях кризиса власть старается как можно больше выжать из простых людей, вводя для них дополнительные налоги, например, на отдых (курортный сбор) до 150 руб. в сутки с человека, на жилье увеличить налоги в 10 раз при завышенной (выше рыночной) кадастровой стоимости квартир и т.д. и т.п. Медведев подписал постановление об очередном повышении с 01.07.2017 г. тарифов на ЖКХ на 5-7%. Цены на ЖКХ постоянно растут, правда, не понятно за что, ведь качество услуг ЖКХ не меняется. С другой стороны, обсуждается вопрос о прогрессивной шкале налогов с тем, чтобы низкие доходы не облагать налогом вообще. Это уже давно практикуется в мире и хотят ввести вместо налога на роскошь. В Одинцово (Московской области) обложили налогом 2-х комнатную квартиру в 4 млн. руб. из-за ошибки- приписали несколько нулей к кадастровой стоимости квартиры. И теперь чиновники потешаются: либо надо все выплатить (в противном случае хозяин становится должником и невыездным), либо начать хождение по

инстанциям с заявлением. Таких издевающихся над людьми чиновников нужно немедленно выгонять с насиженного места и даже судить.

Есть также редкие примеры совсем иного отношения властей и жителей к своей малой родине, например, в Грайвороне (около 30 тыс. населения) Белгородской области. Кстати, Белгородская область (губернатор-Евгений Савченко) может служить достойным примером для других территорий по многим параметрам социально-экономической сферы развития области. Из-за огромных расстояний на селе, особенно в Сибири, в некоторых случаях не регистрируют и смертельные исходы, поскольку для этого нужно умершего везти за многие километры, и хоронят без регистрации. Все изложенное связано с низкой доступностью медицинской помощи, отражается на снижении заболеваемости по обращаемости (как хорошо!), что ставится в заслугу работе чиновников, ведет к значительному утяжелению патологии и повышает потребность в дорогостоящей высокотехнологической медицинской помощи. В результате подавляющая доля граждан (свыше 90%) не удовлетворена состоянием медицинской помощи в стране. Пациенты по качеству и доступности медицинской помощи в стране оценивают ее на 3 с минусом. А это отражается на рейтинге как всей власти, так и отдельных ее представителей. Правда, есть и противоположные данные. Например, по данным финансового института при Правительстве РФ (насколько им можно верить?) 66% жителей крупных и средних городов (без малых городов и села) довольны качеством бесплатной медицинской помощью, хотя 40% взрослых из этих городов предпочитают обращаться в частные клиники. Причем, 29% опрошенных помимо расходов, покрытых полисом ОМС, тратят на медицинскую помощь свыше 21 тыс. личных рублей в год. Именно такие данные устраивают власти, они на них действуют убаюкивающее, мол, можно ничего не менять. А на то, что люди вместо ЛПУ стали чаще посещать гадалок, целителей, колдунов и хиромантов, власти просто закрывают глаза и уши. Фонд «Общественное мнение» представил в ноябре 2016 г. результаты опроса граждан относительно волнующих их социальных и экономических проблем. В пятерку приоритетных проблем попали рост цен на товары и услуги, дорожающее ЖКХ, низкий уровень зарплат, пенсий, стипендий и пособий, ситуация в здравоохранении. Вот такие контрасты мнений.

Приводимые показатели роста или снижения заболеваемости, например, сердечно-сосудистыми болезнями, не отражают реальную ситуацию и никоим образом не характеризуют изменения в здоровье граждан. После того, как заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний стали одним из оценочных критериев деятельности губернаторов, эти показатели начали систематически снижаться при одновременном их росте от прочих причин. Поэтому публикуемыми данными о заболеваемости пользоваться для оценки состояния здоровья ошибочно и просто безграмотно, хотя оценивать с их использованием доступность (и, соответственно, обращаемость граждан) медицинской

помощи вполне возможно, но только при определенных условиях и с большими оговорками.

В связи с изложенным, для действительной оценки уровня заболеваемости (вместо впервые выявленной, общей, по причинам, болезненности или распространенности заболеваний, накопленной) обычно используют исчерпанную или истинную заболеваемость, выводимую путем специальных исследований, когда из выкопированных материалов как минимум о 3-х летней обрабатываемости (из первичной учетной документации) рассчитываются среднегодовые показатели, дополненные результатами специальных выборочных обследований населения. Такая заболеваемость отражает истинную картину, является устойчивой, не меняется многие годы, что позволяет изучать ее каждые 8-10 лет одновременно с проведением переписи населения. Это дает возможность дополнительно выявить определенное, с каждым разом возрастающее, число острых и хронических заболеваний, по которым за год не было обращений за медицинской помощью и представить действительный уровень заболеваемости, как одной из характеристик состояния здоровья населения. Вот именно на этих данных и должны базироваться федеральная и региональные программы оказания населению бесплатной медицинской помощи (программы государственных гарантий). Для проведения подобных исследований, как правило, используется не сплошной сбор необходимых данных, а выборочный, применяется случайная выборка, которая упорядочивается с помощью механического, серийного, типологического, направленного, комбинированного или многоступенчатого отбора. Выборки могут быть независимыми (взаимопроникающие выборки), отобранными из одной и той же генеральной совокупности. Сочетание взаимопроникающего и типологического отбора реализуется в виде метода контрольных групп. Выборочный метод, представляющий собой временной срез, называется моментным наблюдением и позволяет учитывать сезонность и ритмичность изучаемого явления. Однако, на протяжении последних десятилетий такие исследования состояния здоровья населения не проводились в масштабах страны, министерство их не заказывало как бы за ненадобностью, хотя ранее они всегда приурочивались к переписи населения и давали более или менее объективную и достаточно устойчивую картину заболеваемости граждан, что позволяло объективно определить их потребности в различных видах медицинской помощи и, соответственно, планировать развитие территориального здравоохранения. Классическим примером такого исследования является проведенное в 1970-х годах изучение заболеваемости сельских и городских жителей Восточных регионов страны. Вначале группой академика Т.И.Заславской была проведена классификация всех сельских поселений по набору из 30 индикаторов, характеризующих уровень экономического и социального развития поселений. Получилось 6 типичных классов поселений. Мы в каждом классе выбрали конкретные поселения, наиболее типичные из них, представительные для генеральной совокупности, для проведения углубленного изучения заболеваемости и факторов риска.

Были составлены полные списки жителей этих поселений. Затем на них подбирались материалы трехлетней обращаемости в поселенческих, районных, городских и областных ЛПУ. После этого полученные данные об обращаемости дополнялись специально проведенными медицинскими осмотрами, которые осуществлялись большой группой различных специалистов экспедиционным путем при выезде на места с соответствующим анкетированием, набором диагностической техники и диагностических тестов. В результате полученные данные были распространены на всю генеральную совокупность. Все это изложено в моей докторской диссертации, посвященной комплексному социально-гигиеническому исследованию состояния здоровья жителей Восточных регионов. В этой работе проведено также изучение заболеваемости и смертности городского населения, выведены, как упоминалось, обобщенные индексы здоровья и, в качестве доведка, представлена модель распознавания индивидуальной предрасположенности к различным, наиболее часто встречаемым заболеваниям. Для этого была сформирована в компьютере огромная матрица из почти 20 тысяч объектов (больных с различными заболеваниями) по 787 признаков (факторов риска в динамике) на каждого и с помощью методов математической эвристики (алгоритмов распознавания образов с обучающей выборкой) выявлялись наиболее информативные признаки. Их для включения в окончательную анкету оказалось всего 36. Например, из всех 16 признаков, характеризующих курение (из матрицы по числу сигарет и длительности курения), наиболее информативным оказался: курит ли человек более 15 лет, т.е. длительность курения оказалась более значимой, чем число выкуриваемых сигарет. С помощью разработанной в итоге анкеты, состоящей из информативных признаков, можно проводить индивидуальную профилактическую работу и с помощью общих и целевых скринингов выявлять заболевания на ранних стадиях. Проведенная проверка показала, что точность распознавания (вероятность) достигала 75%. Этот пример показывает, как с помощью изучения заболеваемости и факторов риска можно планировать лечебно-профилактические и оздоровительные мероприятия. Повторить такую работу будет очень непросто по целому ряду причин, особенно в нынешних условиях.

В процессе такого рода комплексных исследований обычно изучались, как отмечалось, также факторы риска. О питании частично уже упоминалось. К наиболее распространенным вредным факторам относятся злоупотребление алкоголем, правда, в небольших дозах он может быть антистрессовым адаптогеном (лучшим адаптогеном, т.е. снижающим напряжение, является сауна, любые водные и физические процедуры), курение, неправильное питание и избыточный вес, двигательная пассивность, постоянный стресс, не качественная питьевая вода, загрязнения воздуха, упадническое настроение с депрессией, невосребованность, низкий уровень жизни, особые условия труда и другие. Этой проблемой в мире всерьез занялись в середине прошлого века, когда произошел второй эпидемиологический переход от острых инфекционных болезней к

преимущественно хроническим дегенеративным. В 1952 г. завершилось лонгитудинальное исследование факторов риска в небольшом американском городке Фремингхэме, после чего ВОЗ сформировала Концепцию факторов риска, и профилактика (социальная, социально-медицинская и медицинская) стала доминирующим методом в здравоохранении многих стран. Однако впервые основы профилактики были заложены еще в Семашкинских принципах отечественного здравоохранения, одобренных ВОЗ, но так и не получивших полного развития в советское время. Особенно это касается полностью демократического принципа о широком участии масс трудящихся в решении проблем здравоохранения. Фактически, только сейчас появились возможности для реализации этих принципов, но одним до этого нет никакого дела, а другие пугают страшилкой советского времени, хотя Семашкинские принципы на самом деле являются универсальными и подходят к любой стране (не зависимо от модели здравоохранения), исповедующей принципы социальной справедливости, и ставят пациента в центр всей системы. А если мы от них отказываемся, то это, по сути, характеризует наше государство. Даже Конфуций справедливо считал, что причины важнее результатов. Н.И.Пирогов прогнозировал более 150 лет тому назад, что будущее принадлежит медицине предупредительной. Интересно, в каком времени по отношению к Н.И.Пирогову мы живем? И только сейчас, т.е. в 2016 г. на всероссийском молодежном образовательном форуме было провозглашено, что главным принципом медицины будущего (опять- когда-нибудь) является профилактика. Видимо, очень удобно все время отодвигать будущее на потом (по испански- маньяна). А ведь еще в 1937 году известнейший американский историк медицины Генри Сигерист писал, что эпоха тысячелетнего преобладания лечебной медицины завершается и наступает эра профилактической медицины, основы которой появились в СССР. Даже Клод Бернар считал, что «врач должен знать три вещи: условия здоровья, чтобы их поддерживать, условия развития болезней, чтобы их предотвращать и условия выздоровления от болезней, чтобы их использовать». К сожалению, не все представляют, что врачи должны заниматься причинами болезней и факторами, на них влияющими, и уметь на них прямо или опосредованно воздействовать, а не, как сейчас, иметь дело, в основном, со следствиями, к тому же нередко далеко зашедшими. В этом, а также в аналитической статистике и состоит наше отставание в теории и практике развития здравоохранения и отдельных его аспектов. Но во всем этом виноваты не врачи, а созданная чиновниками система, ориентированная на последствия и «тыловую» медицину.

И вот, спустя 80 лет у нас с большой помпой демонстрируются достижения лечебной медицины, что подтверждает серьезное отставание в последние десятилетия в теории и практике развития здравоохранения, его идеологии, политике и стратегии. Например, мэр Москвы все время высказывает гордость за оснащение и оборудование московских клиник. Но это оборудование привезено из-за рубежа, где оно уже используется. Поэтому сравнивать можно реально только с российской глубинкой, где

такой техники и таких возможностей нет. А сравнивать, с тем, что было много лет тому назад, просто некорректно, поскольку научно-технический прогресс не стоит на месте. В 2016 г. высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) в Москве получили в 3 раза больше больных, чем 6 лет тому назад, но и затраты на нее выросли в 2 раза- до 5 млрд. руб. Появилось 29 центров экстренной помощи больным с острым инфарктом миокарда, создается аналогичная сеть помощи больным с инсультами. Некоторые чиновники и отдельные пациенты идеализируют возможности современной медицины в стране, другие жалуются на низкую доступность, на отношение к пациентам, на уровень качества, на выборы и т.д. О чем можно говорить, если систематически через разные фонды и другие источники собираются деньги на лечение больных детей за рубежом. А это свидетельствует об отношении к детям в стране, о недостаточности финансирования, о неверии в российские клиники, в том числе в Москве. Ведь ни в одной уважающей себя стране мира такого безобразия нет и быть не может. Не очень спасает ситуацию и разработанный, но пока не утвержденный единый кодекс охраны здоровья детей, который, в основном, разрабатывали клиницисты. Мы гордимся десятками строящихся стадионов для чемпионата мира, хотя за эти деньги могли бы построить в тысячи раз больше стадионов для детей. Но пока престиж важнее детей. Государственный политик должен по идее, в первую очередь, решать проблемы средней семьи, а затем уже все остальное (оборона, газ, внешние связи и др.). Все достоверные исследования заболеваемости населения, а, значит, и его потребности в различных видах медицинской помощи сейчас заменены договоренности об объемах, принимаемых на специальных комиссиях. Поэтому получается, что число больных подгоняется под выделенные объемы, а когда они заканчиваются, то либо помощь следует оказать без покрытия из ОМС, либо больного переправить туда, где выделенные объемы еще остались. Идеология лимитирования- это полный абсурд, и к этому мы еще вернемся.

Правда, есть медицинские проблемы, которые наука пока объяснить не может и, соответственно, не может назначить результативное лечение. Лучше диагностируются и предупреждаются многие БСК, новообразования, нервные и психические болезни и некоторые другие, но они хуже поддаются лечению. Вообще, о человеке с его многообразием, в норме и в патологии известно уже достаточно много и, в тоже время, достаточно мало. В последнее время в число наиболее распространенных болезненных состояний вошли депрессии, и связанные с ними суицидальные настроения. По данным исследований, к осенней депрессии (унылая пора) склонны не менее 30% россиян, подверженные хандре и тоске

На основе многочисленных лонгитудинальных (продолженных) исследований в середине прошлого столетия ВОЗ объявила о втором эпидемиологическом переходе от преобладания губительных инфекционных болезней к хроническим дегенеративным и сформулировала концепцию факторов риска этих заболеваний, что явилось значимым вкладом в развитие профилактической направленности здравоохранения. В 1954 г. министр

национального здоровья и благосостояния Канады М.Лалонд провозгласил концепцию «поля здоровья» (Health Field), в которой было показано, что многие факторы, влияющие на здоровье, лежат за пределами собственно системы здравоохранения. В 2005 г. ВОЗ создала специальную комиссию по социальным детерминантам здоровья с тем, чтобы подчеркнуть важность политических, социально-экономических, биологических, психологических и поведенческих факторов на здоровье. Профилактическая направленность и влияние на факторы риска заболеваний- это совсем иная парадигма, требующая иного мышления, системного и гораздо более широкого кругозора, которым, как правило, клиницисты не обладают, поскольку заточены на лечение больных. Если во Франции, по образному выражению, начинают лечиться за несколько лет до болезни, то в России- за несколько дней до смерти. Все это необходимо учитывать при использовании официально регистрируемой заболеваемости, осознавая, что она представляет собой лишь верхушку всего айсберга, размеры которого неопределенны, и не отражают состояние здоровья населения. Тем более нельзя делать из этих данных какие-то основательные выводы или планировать перспективные мероприятия, хотя именно на них основаны программы по ОМС и Государственных (территориальных) гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи. На Программу государственных гарантий, кстати, выделялись немалые средства в размере около 1.5 трлн. рублей. Все остальные доступные методы изучения заболеваемости (например, с помощью опроса) или смертности (например, по срокам захоронений на кладбищах) являются очень ориентировочными и могут служить лишь пусковым механизмом для более детального анализа медико-демографических процессов.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности- ЗВУТ.

Она также не характеризует здоровье работающих, а определяется возможностями органов социального обеспечения по социальному страхованию трудящихся. Официальный статистический учет заболеваемости с временной утратой трудоспособности не отражает состояние здоровья работающих, особенности их заболеваемости по полу, возрасту, профессии, стажу работы, не упоминая даже об условиях и режиме их труда, бытовых условиях, вредных привычках и т.д. Однако, используя исходные документы (листки нетрудоспособности) при их алфавитизации, т.е. подборе на одно конкретное лицо, можно в какой-то степени определить частоту болевших лиц и кратность потери трудоспособности при одном заболевании за год или за ряд лет. Отсюда определяется число лиц на 100 работающих, не имевших листок нетрудоспособности, и число лиц, часто болеющих, у которых было 3 листка нетрудоспособности по одному и тому же или сходному заболеванию или 5- по разным заболеваниям. Однако, в

последние годы такой анализ также затруднителен, поскольку из листков временной нетрудоспособности исключен диагноз.

Кстати, социальное (или медицинское) страхование предполагает не страхование здоровья или потерь в здоровье, а страхование потерь в зарплате в связи с нездоровьем, т.е. при этом как бы страхуется невыплаченная зарплата.

Инвалидность, т.е. заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности, также в большей степени характеризует возможности социальных служб. Наконец-то, спустя 5 лет Государственная Дума ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов и об обеспечении полного участия людей с ограниченными возможностями здоровья в жизни общества. Хотелось бы надеяться, что данный акт принесет значительное облегчение гражданам-инвалидам (их более 13 млн.) и членам их семей. Однако, инвалиды или, как их у нас называют, люди с ограниченными возможностями, не чувствуют себя комфортно, поскольку людей в колясках не сажают в самолеты, не пускают на выставки и рестораны и даже по политическим мотивам не допустили к Олимпиаде, родителей с детьми-инвалидами выгоняют из кафе, у подъездов нет специальных пандусов, а метро вообще не предназначено для инвалидов и мам с детскими колясками. Видимо, в свое время доминировала концепция о том, что инвалиды должны сидеть дома, а матери с детьми гулять вокруг дома или в ближайшем скверике. Все это ограничивало права граждан, особенно при сравнении с тем, как к инвалидам относятся в развитых странах. А недавно в ЗАГСх Нижнего Новгорода отказались регистрировать брак влюбленной паре слепых, бюрократически придравшись к тому, что они не смогут поставить свои подписи под заявлением. И такого рода примеров в стране немало. Нужно менять в целом отношение к людям, инвалидам и пациентам. За год впервые признаются инвалидами почти 1 млн. чел., из них 46.7% в трудоспособном возрасте. Различают инвалидность по группам (три группы), инвалидность вследствие общего заболевания, инвалидность в связи с трудовым увечьем, инвалидность с детства, инвалидность вследствие профессионального заболевания, инвалидность у бывших военнослужащих, инвалидность до начала трудовой деятельности. Все зависит от установленных критериев, с помощью которых, как по аналогии с водопроводным краном, можно расширять или суживать показания соответственно выделяемым средствам и таким образом влиять на величину ЗВУТ и инвалидности. Не случайно ЗВУТ рассчитывается по данным больничных листков (листков нетрудоспособности) и при этом в отчетах не учитываются упомянутые ранее характеристики, поскольку органам социальной защиты нужны лишь данные о числе случаев и числе дней для учета произведенных ими затрат. Кроме того, ЗВУТ нередко и не вполне правомерно используют для оценки полных экономических потерь в связи с невыходом на работу по причине болезни, ухода или беременности.

Но тут возникает одно немаловажное обстоятельство: люди весьма часто, болея, не берут больничный лист по разным причинам, в т.ч. из-за

боязни потерять работу, особенно, в условиях нынешнего так называемого «капиталистического» способа производства или из-за нежелания уменьшить свои доходы. Поэтому в последнее время стали изучаться не только упущенные выгоды (или экономические потери) в связи с невыходом на работу из-за болезни, но и потери в связи невыполнением или несвоевременным выполнением работ при выходе на работу и эти потери оказались выше, чем при невыходе. Указанные потери обусловлены снижением производительности труда у работников, присутствующих на рабочем месте, но имеющих какое-либо заболевание или недомогание. Этот феномен на Западе получил название «презентизма», что означает потери присутствующих на рабочем месте по медицинским причинам различного характера (зубная и головная боль, менструальные проблемы, повышенное артериальное давление, боли в спине, проблемы с желудочно-кишечными заболеваниями, насморк, простуда, другие недомогания). Исследования показывают, что только 15% страдающих нетяжелыми болезнями без обострений или легкими недомоганиями всегда берут листок нетрудоспособности, а остальные выходят на работу, главным образом, из-за боязни ее потерять и в угоду работодателю. Все это ведет не только к «презентизму», но и к более серьезным заболеваниям и осложнениям. Особо следует рассмотреть вопрос о длительности работы. Совершенно эмпирически в Древней Греции пришли к выводу о целесообразности 6-часового рабочего дня. В последнее время ученые физиологи и гигиенисты доказали, что без ущерба для здоровья женщины могут работать не более 27 часов, а мужчины - не более 30 часов в неделю. Однако сегодня люди вынуждены жертвовать прогулками и даже сном из-за работы. Как это влияет на здоровье, зависит от характера работы. Вице-премьер правительства РФ О.Голодец была возмущена термином «новые бедные», имея в виду работающих граждан. По ее заявлению в Совете Федерации (сентябрь 2016) в стране 4.8 млн. работающих, в том числе 1.6 млн. в бюджетном секторе получают зарплату на уровне МРОТ- минимального размера оплаты труда в 7500 рублей, на которую, как известно, прожить невозможно.

В РФ к 2025 г. демографическая нагрузка, представляющая собой отношение неработающего населения (детей и пожилых) к трудоспособному, умноженное на 1000, может составить 978, в т.ч. 52.2% за счет пенсионеров и 47.8% за счет детей. Одновременно, систематически и достаточно быстро убывает трудоспособное население, численность которого к 2021 г. сократится еще на 7 млн. чел.. По количеству это будет примерно соответствовать уровню 1975 г. (76 млн.), а в долевого отношении - уровню середины 1960-х годов. Сохранится и даже усилится в демографической нагрузке тенденция опережающего роста пенсионного контингента по отношению к детскому населению. Все это приведет к еще большей демографической нагрузке, что будет существенно влиять на социально-экономическую обстановку в стране. В странах Запада демографическая нагрузка выше (за счет пожилых), но там не только больше доля трудоспособных, занятых в реальной экономике, но и выше

производительность труда, что позволяет лучше справляться с социально-экономическими проблемами. В России экономически активное население в возрасте 15-70 лет составляет 54%, т.е. 76 млн. чел, из которых работают 72 млн., что выглядит на первый взгляд совсем неплохо. Однако, если отсюда исключить все армейские службы и подразделения, сотрудников правоохранительных органов, работников всех инспекций, чиновников государственных и региональных органов власти (несмотря на то, что их число в связи с утратой доверия за 3 года сократилось на 1200, их количество за это время выросло на 604 тысячи и составило 2.176 млн. человек), работников МИДа и загранучреждений, служащих федеральных и местных государственных министерств и ведомств, клерков различных фондов, священнослужителей, нотариусов, адвокатов, заключенных, безработных, охранников и др., т.е. тех, кто ничего экономически не производит и существует за счет бюджета и производительной части населения, то эта доля уменьшится до 16,1%, включая студентов, домохозяек, беспризорных, бомжей, вынужденных переселенцев, беженцев. Остаток от них и составляют производительные силы, которые нужно беречь и которым нужно хорошо платить, поскольку от них зависит производство реальных материальных благ, производительность труда, наполнение ВВП и развитие страны. Остальные также нужны, поскольку должны оказывать нужную (!) поддержку производителям, но не в таких масштабах и количествах. Кстати, на армию, полицию и чиновников в год тратится около 10% ВВП. Как свидетельствует РИА Новости (13.09.2016 г.), В.Скворцова на совещании по охране труда и трудовым отношениям в Чите сделала принципиально «новое» заявление о необходимости сохранения здоровья трудоспособного населения (более 76 млн. чел.). Она предложила (опять же вновь) разделить все влияющие факторы на связанные с условиями труда и связанные с непосредственной ответственностью каждого человека (поведенческие факторы). Министр здравоохранения забыла упомянуть об условиях жизни и быта, а также о том, что условия для ведения здорового образа жизни мотивированными гражданами должно создавать государство. Что касается занятости, то по оценке специалистов 30% вакансий оказываются занятыми и более 60% россиян устраиваются на работу по рекомендациям родственников, друзей и знакомых.

Низкая производительность труда сейчас является непозволительной роскошью и стимулировать ее традиционными способами (по коэффициенту трудового участия, при сдельной оплате или при системе плавающих вкладов, стимулирующих надбавках) не получается. Этих систем нет в Германии, Японии и в др. странах. Правда, у наших работников менталитет совсем иной, т.к. не принято неукоснительно выполнять указания руководства, персоналу свойственна слабая дисциплина и поэтому руководителю необходимо решать множество организационных проблем: несогласованность действий, нарушение сроков, отставание от графика, простои, издержки, брак. Отсюда сложности внедрения в отечественное производство автоматизации, стандартов ИСО, бережливого производства.

Решить все эти проблемы можно с помощью рациональной модели трудовых отношений, устанавливающих такие условия, при которых каждый работник становится исполнительным, мотивированным и высокопроизводительным. Помню, на одном из предприятий вывешивались ежемесячные показатели работы, в том числе заработка каждого работника, а зарплату выдавали в том числе их женам. Такого рода тройной контроль (со стороны администрации, самоконтроль, со стороны семьи) в сочетании с морально-визуальным стимулированием, а его сбрасывать со счетов никак нельзя, в виде доски почета, индивидуального переходного вымпела и т.д. в разные временные срезы (от недели до года) можно рекомендовать в тех сферах производства товаров и услуг, где он будет наиболее эффективен. По данным диссертационного исследования К.Данишевского (2011) из общего числа производственных потерь 65% приходится на скрытые потери (при выходе на работу) и только 35% потерь обусловлены невыходом на работу (ЗВУТ) в связи с болезнями. Отсюда следует, что применение ЗВУТ носит весьма ограниченный характер, главным образом, для целей социального страхования. Между тем, эти показатели сплошь и рядом не очень грамотно используются для оценки здоровья работающих и расчета экономических потерь от их болезней по невыходу на работу и, соответственно, по не произведенной продукции

Показатель фертильности или общей плодовитости.

Казалось бы, во всех странах понимание этого показателя должно быть однозначным, поскольку он означает число родившихся, приходящихся на 1000 женщин детородного (фертильного) возраста. Но фишка состоит в том, что на Западе детородный возраст у женщин определяется интервалом 15-44 года, а в России почему-то 15-49 лет. А суть в том, что в возрасте 45-49 лет женщин достаточно много, но рождаемость у них почти нулевая, что значительно занижает показатель фертильности, и это нужно обязательно учитывать при проведении сравнительного анализа. Для чего это делается непонятно. Более точные данные дают показатели по возрастной плодовитости, для чего весь генеративный период женщины условно делится на отдельные возрастные интервалы, из чего следует, что число рождений у женщин 45-49 лет появляется в пятом знаке после запятой. Лучше учитывать более грубый и однозначно понимаемый показатель суммарной рождаемости, который определяет, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всей ее жизни при сохранении в каждом возрасте существующего уровня рождаемости, т.е., грубо говоря, число детей в среднем приходящихся на 1 женщину. У нас он сейчас по официальным данным составляет менее 1.7, что не способствует замене поколений, поскольку для простого (не расширенного) воспроизводства он должен быть почти 2.2. Между тем, по данным демографического журнала «Демоскоп», коэффициент суммарной рождаемости еще в 2011 г. составлял только 1.4,

хотя в начале 1950-х годов он приближался к 3.0. Последним годом, когда этот показатель превысил 2.0, был 1989 г.

Несмотря на то, что матери в Нидерландах по своему возрасту являются самыми старыми в мире и свыше 15% рождений приходится на возраст старше 35 лет, дети там рождаются, в основном, здоровыми благодаря дородовому скринингу, комплексу профилактических мероприятий (например, небольшие дозы фолиевой кислоты для предупреждения синдрома «spina bifida», магния для лучшего развития плода и т.д.) и тщательному наблюдению за беременными и новорожденными. Вообще, Нидерланды – это особая страна с отвоеванными у моря территориями и вся изрезанная каналами и дамбами, с официальной продажей легких наркотиков, преобладанием родов на дому, просматривающимися с улицы домами без занавесок на окнах, с высокой плотностью расселения, с персональным компьютерным учетом всех коров и их продуктивности, с прекрасными дорогами, остающимися сухими при проливном дожде, с уникальными музеями, научными центрами, со специфической моделью здравоохранения, со значительными особенностями менталитета голландцев и т.д. К этой стране, несмотря на стремление перевести медицинское страхование там на рыночные рельсы, мы будем возвращаться несколько раз.

Из бывших стран СССР худшие показатели рождаемости отмечены в Беларуси, Латвии, Молдове и Украине. Кроме того, можно рассчитывать показатели суммарной плодовитости (детности), представляющие собой численность детей, рожденных в среднем одной женщиной за весь плодовитый период ее жизни, разделенную на 1000. Грубость этих показателей состоит в том, что они рассчитываются на 1 женщину, независимо от ее возраста, что дает несколько искаженную картину естественного воспроизводства населения, т.к. их величина зависит от его возрастно-полового состава. Для устранения искаженной картины иногда применяют показатель брачной плодовитости, представляющий собой отношение числа родившихся живыми в год у женщин, состоящих в браке, к среднему числу женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в браке, умноженное на 1000. Можно также рассчитывать повозрастные показатели брачной плодовитости. Нередко определяют и валовый (грубый) показатель воспроизводства (брутто-коэффициент), определяемый исходя из числа девочек, рожденных в среднем одной женщиной за весь период ее плодовитой жизни. Фактически этот показатель характеризует более точно воспроизводство, чем показатель детности. Однако и он не достаточно точен, т.к. не учитывает, что часть женщин в возрасте от 15 до 49 лет умирает и у них вероятность родить детей меньше, чем у их сверстниц, благополучно доживших до конца детородного периода. Поэтому валовой показатель дает завышенное представление о размерах воспроизводства. Отсюда возникает потребность в расчете очищенного показателя воспроизводства или показателя чистого воспроизводства (нетто-коэффициента), который учитывает не только уровни рождаемости, но и размеры смертности в данной

группе населения, отраженные в таблицах смертности. Если бы у 1000 женщин родилось только 1000 дочерей, то это значило бы, что численность населения в следующем поколении не изменится и очищенный показатель воспроизводства равнялся бы единице. При таком нетто-коэффициенте, принятом за единицу, брутто- коэффициент будет равен 1.22, а суммарная плодовитость- 2.2 и все это называется простым или стационарным воспроизводством населения. Показатели ниже этого уровня характеризуют суженное воспроизводство, выше- расширенное воспроизводство. Более точные сравнения может дать повозрастная стандартизация или повозрастной анализ представленных показателей. Иначе говоря, необходимо учитывать число рождений в среднем на одну женщину каждого реального поколения, появившегося на свет в каждом конкретном году. В последние годы, как показывает анализ, возросла рождаемость у женщин «старших» возрастов. Это так называемая «отложенная» рождаемость, когда в молодых возрастах рожают меньше, а затем, как говорится, наверстывают упущенное.

Еще совсем недавно основной вклад в рождаемость у нас в стране вносили женщины в возрасте 20-24 года, однако сейчас у них показатели даже ниже, чем в 1989 г. По классификации ООН различают три типа максимальной плодовитости: ранний, когда максимум плодовитости приходится на 20-24 года (как у нас было более 25 лет тому назад), поздний, когда максимум плодовитости отмечается в возрасте 25-29 лет (что характерно для нынешнего времени), и широкий (когда коэффициенты плодовитости в 20-24 года и в 25-29 лет не существенно отличаются, но превосходят плодовитость во всех остальных возрастных группах. Если в целом ряде европейских стран суммарный коэффициент рождаемости ниже и родилось там меньше, чем в России, это не дает повода для победных докладов, исходящих из отраслевого министерства, т.к. по итоговому числу детей, появившихся до 40-летнего возраста у женщин, Россия от этих стран отстает. Наша проблема заключается в низкой итоговой рождаемости реальных поколений, и эту проблему за несколько лет решить практически невозможно. Необходимы систематические многолетние усилия.

Показатели рождаемости

В 2015 г. по данным отдела народонаселения ООН в России родилось 1.86 млн. детей, а умерло 2.03 млн. человек, и если бы миграционный приток не составил 228.2 тысячи человек, то в стране доминировал бы отрицательный естественный прирост, т.е. естественное уменьшение численности населения. В количественном отношении мигранты пока спасают наше народонаселение, а вот как обстоит дело в качественном и профессиональном отношении- это большой вопрос. Отрадно то, что в последние годы несколько увеличилась доля рождений вторыми, третьими и четвертыми детьми, а доля первых детей немного снизилась.

В целом показатели рождаемости являются еще более грубыми, чем ранее представленные, поскольку рассчитываются на все население, включая мужчин и женщин. Для того, чтобы правильно оценить их в динамике или по территориям необходима стандартизация, т.е. приведение к одной и той же возрастно-половой структуре населения или к конкретному поколению. Кроме того, для анализа рождаемости нужно не выхватывать отдельные показатели, как это нередко делают во властных структурах, а понимать, что они сейчас у нас в большей степени отражают динамику медико-демографических процессов и демографические установки, нежели усилия властных структур. Сейчас соотношение среди родившихся таково, что на 100 девочек рождается 106 мальчиков, т.е. долевое соотношение между ними -51.4% и 48.6%. Среди зачатий мальчики составляют 65%. Однако среди выкидышей больше мужских плодов, что свидетельствует о меньшей их жизнеспособности. Сразу после завершения ВОВ резко выросло число рождений и на 100 девочек рождались 114 мальчиков, что как раз и характеризовало «послевоенную компенсаторную волну рождаемости», но потом их соотношение было постепенно сведено к выше отмеченному. В связи с тем, что у мальчиков и мужчин смертность во всех возрастных группах выше, чем у девочек и женщин, то к 35 годам соотношение полов выравнивается, а потом «ножницы» расходятся и к возрасту 75 лет и старше соотношение мужчин и женщин достигает 20 к 80. Кстати, в США еще 35 лет назад стали изучать проблемы одиноких пожилых женщин. У нас таких исследований пока что нет.

Многие представители органов государственной власти полагают, что им удалось добиться значительных успехов в повышении рождаемости, о чем с большой гордостью говорится практически в каждом официальном докладе. Чтобы развеять этот миф, передаваемый из уст в уста и переходящий из одного документа в другой, придется сделать небольшой экскурс по данной проблеме. Да, действительно, число рождений по сравнению с 2000 г. возросло на 45% и превысило 1.8 млн. чел., но это никак с материнским капиталом, а, значит, с действиями властей, не связано и целиком и полностью обусловлено сложившимися демографическими процессами и их закономерностями. Средний возраст рожавшей женщины за последние годы вырос во всем мире (в Австралии, Германии, Дании, Испании, Италии, Франции- 30 лет и более, в Великобритании- 29.2 года), а в России он составил 27 лет, что обусловлено множеством общемировых тенденций (желание завершить образование, стремление быть экономически независимыми от мужчин и т.д.). В Голландии, как отмечалось, матери по своему возрасту являются самыми старыми в мире и 15% рождений детей происходит у матерей в возрасте старше 35 лет (в РФ- 7%). Всем беременным женщинам старше 35 лет предлагается там пройти дородовый скрининг на выявление врожденных пороков развития при помощи амниоцентоза. Эта процедура полностью бесплатная и добровольная, проводится также скрининг на сифилис и гепатит В. Соответственно вырос и средний возраст

женщин, вступающих в первый брак, который в Германии и США колеблется вокруг 30 лет (у нас- 26 лет).

Из изложенного ясно, что в последние годы в РФ рожало многочисленное поколение родившихся в 1980-е годы, когда ежегодно рождалось в среднем 2.3 млн. детей, что явилось отзвуком послевоенной компенсаторной волны рождаемости (в начале 1950-х годов) и в некоторой, очень небольшой степени было простимулировано ускоренным продвижением в очереди на получение бесплатной квартиры. Получается, что 2.3 млн. детей, перейдя в детородный возраст, дают пока 1.7-1.9 млн. рождений. В последующие 1990-ые годы рождалось в среднем всего 1.3 млн. детей, которые вскоре перейдут в детородный возраст и, начиная с 2017-2018 гг., приведут к обвалу рождаемости, о чем мы неоднократно писали и предупреждали. Иначе говоря, все те, кто вскоре станут матерями, уже родились, что позволяет прогнозировать число рождений впоследствии на уровне всего 800-850 тыс. в год. И никакими срочными усилиями, принудительными и стимулирующими мерами нельзя будет заставить женщин иметь больше детей (поскольку для этого нужна длительная целенаправленная политика), разве что только из маргинальных семей. Именно эти семьи в большей части являются получателями материнского капитала, именно в этих семьях регистрируется наибольшее число отказов от детей, именно в этих семьях в связи с алкоголизацией родителей рождаются дети с дефектами, именно из этих семей в основном формируется затем детская беспризорность и девиантное (отклоняющее) поведение. Дети из этих семей требуют повышенных усилий и значительных затрат со стороны органов социального обеспечения, опеки, здравоохранения, борьбы с правонарушениями. Минздрав РФ, к сожалению, не дифференцирует изменения в числе рождений в зависимости от благополучия семей, а намеренно приводит эти данные в весьма обобщенном и усредненном виде.

Наибольшее число многодетных семей отмечается в Ингушетии, Чечне, Дагестане, Кабардино-Балкарии, Карачаево-Черкессии, Северной Осетии, Калмыкии и в других национальных образованиях, а наименьшее- в Москве и С-Петербурге, Московской, Ивановской, Ярославской, Тульской, Пензенской и ряде других областей Центральной и Северо-Западной России. Это обусловлено не только укладом жизни, особенностями менталитета и репродуктивного поведения в некоторых национальных образованиях, но и политикой заигрывающего с ними государства с преобладанием льготного кредитования, оплачиваемой ипотекой и т.д. Почему-то на другие регионы такая политика не распространяется, и там семьи беднеют настолько, что не только ипотечные проценты не могут оплатить, но иногда им есть нечего. Все это еще раз подчеркивает необходимость дифференцированного подхода к решению в регионах демографических проблем.

По данным «Левада-центра», 67% россиян тратят почти все доходы только на питание, экономя при этом на мясе, фруктах, рыбе. Переход на дешевое и менее качественное питание не может не влиять на здоровье многодетных семей. Замена животного молочного жира в молоке на

пальмовое растительное масло отражается на здоровье людей, в первую очередь, детей, но властям это выгодно, т.к. в нынешних условиях возобновить досанкционные объемы молочной продукции невозможно, а наращивать собственное и качественное производство- такой цели, видимо, нет. В результате международных санкций, как считают эксперты, ущерб России оказался не так велик, как ранее представлялось; ущерб стран, которые инициировали санкции (США, Великобритания, Германия, Канада, Франция) также незначителен, а больше всех пострадали наши ближайшие соседи: Финляндия, Норвегия, Прибалтика, Венгрия, Болгария, Турция и Польша. А контр-санкции, объявленные Россией, обернулись большей частью против нашей страны и ее экономики. В России ожидается очень высокий урожай зерна, что вовсе не означает снижение цен на хлебобулочные изделия, а, скорее всего, ведет к увеличению экспорта, равно как увеличение добычи нефти почему-то не влияет у нас на цену бензина в бензоколонках. Дело в том, что у нас государство цены на зерновую продукцию не регулирует, видимо, считая ее третьестепенной проблемой, хотя в США, Канаде, Австралии и т.д. государство активно в этом участвует, поскольку там эта продукция считается стратегической. Несмотря на достаточный урожай зерновых и овощных культур, сохранить его весь в наших условиях практически невозможно. Так, при урожае картофеля в 30 млн. тонн, возможности его хранения составляют только 7.5-8 млн. тонн, на переработку картофеля ежегодно уходит только 2-3% от всего урожая, а в Европе- в среднем 40-50 %. Тоже самое относится к высокому урожаю риса. Поэтому рапорта из регионов о высокой урожайности для потребителя ничего не означают. Если завозить импорт, то цены поползут вверх. Вообще с 2011 г., когда 15 февраля были отменены обязательная сертификация пищевых продуктов и эпидконтроль за ними, в стране идет грандиозный эксперимент над 70% граждан по их выживанию при таком питании. Выделение многодетным семьям стимулирующих земельных наделов идет со скандалами: то участки не выделяются, то представляются в оврагах и болотах, вблизи ЛЭП, социальное жилье не предоставляется; а оговорка одна- мол, кризис. Просто по-хамски поступили с выделением многодетным семьям (их там 89) земель под жилищное строительство в Челябинске. Земли нарезались зимой при подмерзшей земле, а весной оказалось, что это болотные топи с камышами и лягушками. В других местах вместо предоставления земель многодетным семьям отбирают имеющиеся. Так в подмосковном Павловском Посаде местная администрация под надуманными предлогами отобрала у матери с 4 детьми 10 соток земли, на которых выращивались овощи для семьи, делались заготовки и т.д. Сейчас к осени вся эта земля заросла сорняками. Ну, и как надо поступать с такой администрацией? Все изложенное имеет непосредственное отношение к продовольственной безопасности страны и к ее продовольственному суверенитету. Кстати, даже в этот кризис банки умудряются без кредитования населения и бизнеса наращивать свою прибыль, и об этом уже отмечалось. Даже те банки, которые намерены краткосрочно инвестировать

проекты малых и средних предприятий, получают деньги от Центрального банка России под 6.5%, а кредиты эти банки выдают по льготной ставке свыше 11%. Однако, из денег, выделенных банкам, только 2.5% пошли на инвестиции. За рубежом коммерческие банки выполняют иные функции и постоянно рискуют (инвестиции, особенно длительные,- это риск) и просчитывают возможные варианты в рамках проектного анализа. В банках западных стран ставка не превышает 3.5% годовых и в среднем колеблется от 0.5 до 2.5%. Если быть более точным, то стоимость кредитования в РФ снижается, оставаясь по-прежнему чрезмерно высокой: по автокредитам она составляет 16.9%, по нецелевым потребительским кредитам- 23.3%, а ставка по ипотеке практически не изменилась. Разница идет в доходы банков в виде их маржи. Вот так многие банки, если не зарываться, могут безбедно существовать. Фактически банки в нынешнем их виде являются не финансовыми органами, а финансовыми паразитами, не соответствующими своему предназначению, и к этому вопросу мы еще вернемся. У нас есть все условия для экономического роста, но проводимая политика этому не способствует. Только в отдельных регионах, например, в Тюменской области акцент делается на муниципалитетах, и это правильно, хотя и недостаточно.

Центр страны и Северо-Запад практически вымирают (т.е. смертность там превышает рождаемость), вымирают и многие территории за Уралом, но никому до этого нет дела, поскольку дифференцированные демографические подходы (и программы) к разным территориям с соответствующими общими и специфическими мероприятиями не предусмотрены. В каждой крупной территории- субъекте федерации (республика, край, область и др.) должна быть создана и функционировать губернаторская программа медико-демографического развития региона. В последние годы на 30% возросло число неполных семей, что обязательно скажется на воспитании детей и разнообразных условиях их жизни. Многодетные семьи имеют самый высокий уровень бедности и душевой доход в них составляет лишь 44.2% от прожиточного минимум. Кстати, имеется и обратная зависимость, когда бедность ведет к росту числа рождений, что видно на примере отдельных стран. И этой проблемой обеспокоена ВОЗ в рамках программы «Бедность и здоровье». Для борьбы с бедностью был подготовлен законопроект РФ о государственной поддержке людей, имеющих доход ниже прожиточного минимума, на который прожить невозможно. Однако, на проблеме бедности это не может никак отразиться в реальности, даже если деньги дойдут полностью до адресата. Дело в том, что ниже прожиточного минимума большей частью находятся «маргиналы» или неработающие семьи, у которых дополнительные средства не повлияют на их благосостояние и статус. А, как известно, после 4-х месячного пребывания в нищете из нее уже не вырваться, т.е. обратно вернуться могут лишь единичные семьи. Более разумной была бы первоочередная поддержка семей работающих или временно не работающих, балансирующих на грани нищеты с тем, чтобы они не опустились ниже в условиях непрерывного роста стоимости жизни, обесценивания денег и высокой потребительской инфляции (по данным

Росстата в 2015 г.-12,9%). Особенно это касается «новых бедных», т.е. работающих малоимущих, что совершенно непонятно западному обывателю (и не только), который считает, что работающий не может быть нищим, и не нравится нашим руководителям.

Откуда взялось многочисленное поколение 1980-х годов? Оно появилось из начала 1950-х годов, когда ежегодно рождалось 2-7-2.8 млн. детей. Правда, в связи с ослаблением организма матерей (война, разруха, стресс, голод 1947 г.) и нарушениями менструального цикла в период войны выросла доля недоношенных и ослабленных детей, среди которых в то время была высокая младенческая и детская смертность, и которые выжив, перейдя в детородный возраст, сумели воспроизвести несколько меньшее по численности поколение. Иначе говоря, в последнее время намечено резкое уменьшение числа здоровых новорожденных, которые составляют по официальным данным 25%, а по результатам исследований-11-15%. Поэтому стимулировать повышение рождаемости без решения проблем нездоровых новорожденных никак нельзя, т.к. это вызовет дополнительную нагрузку на службы здравоохранения и социальные службы. Наряду с абортами, соматическими заболеваниями, гинекологическими операциями врожденные инфекции, передающиеся от матери, сейчас являются одной из главных причин недоношенности. А у недоношенных младенцев намного чаще возникают слепота, глухота, детский церебральный паралич, умственная недостаточность и другие патологии. В США, например, спасают глубоко недоношенных детей, родившихся на 6 месяце беременности, но только после информированного согласия родителей, в Англии к таким детям поначалу применяют выжидательную тактику (выживет- не выживет), и если младенец выживает, то при информировании родителей о возможных последствиях к новорожденному применяют все возможные медицинские вмешательства. У нас же в стране сейчас действует принцип: если ребенок родился и проявил хоть один из признаков жизни (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, сокращение гладкой мускулатуры), то его нужно оживлять и он должен жить. Дети с синдромом Патау (когда все системы организма с дефектом) или с врожденным синдромом Эдвардса в 80-90% случаев умирают, несмотря на все усилия врачей.

Рост рождаемости отмечен в 28 субъектах РФ, а снижение рождаемости- в 47 субъектах, в том числе в ряде национальных образований, оставаясь там на достаточно высоком уровне. Самые низкие показатели рождаемости отмечены в быстро вымирающем Северо-Западе страны и в ряде центральных областей. Такое впечатление, что власти живут по принципу: «После нас- хоть потоп». Имеются данные о связи месяца зачатия с будущим здоровьем детей, полученные путем корреляции между месяцем рождения и последующими диагнозами пациентов. Зачатые в августе и рожденные в мае считаются самыми здоровыми людьми.

В настоящее время, по нашему мнению, в не меньшей степени должно всех и, в первую очередь, органы государственного управления, беспокоить не только количество, но и качество деторождений, о чем

говорилось в ранее опубликованной нашей работе «Демографические мифы и реальность». Не существенно повлияет на число рождений и снижение уровня аборт (сейчас их делается 1,2 млн. в год), особенно при первой беременности, что часто ведет ко вторичному бесплодию. Но и первичное бесплодие является важной и для страны, и для женщин проблемой. У нас в стране это все практически отдано на откуп частным клиникам, которые стремятся содрать как можно больше денег с супружеских пар и одиноких женщин за многочисленные повторяющиеся (далеко не всегда нужные) исследования, множественные консультации (не всегда необходимые), за процедуру экстракорпорального оплодотворения- ЭКО. Частные врачи стараются затянуть процесс, чтобы получить от этого максимальную выгоду. Выделяемые квоты на производство ЭКО незначительны и покрывают далеко не все расходы. Для желающих иметь детей это не только большие материальные траты, но также затраченное попусту время, утрата доверия к врачам и расшатанные нервы. Видимо, государство не очень заинтересовано в увеличении числа детей, считая, что это удел полной или неполной семьи. Между тем, в государственном здравоохранении, например, в Великобритании, ЭКО с обследованиями делается полностью бесплатно, но до 42 лет. Правда, еще совсем недавно, по сообщению Daily Mail, одна британка, 55-летняя мать 4-х детей после ЭКО, произведенного на Кипре, родила тройню. И это после того, как у нее было диагностировано бесплодие. На изменения числа рождений в России может, как отмечалось, не особо повлиять борьба с абортами, поскольку аборты вытесняются применением контрацептивов, особенно в городах, в соответствии с национальными медицинскими критериями приемлемости методов контрацепции. Кстати и статистика аборт у нас является далеко не полной и оставляет желать лучшего. В тех странах, где многие годы проводится адекватная демографическая политика (Швеция, Франция, Новая Зеландия, Великобритания, Ирландия) суммарный коэффициент рождаемости составляет 2.0 и даже несколько выше, приближаясь к стационарному типу воспроизводства населения. Из опыта этих стран ясно, что нужно не разовыми деньгами откупаться от семей, а систематически улучшать уровень жизни семей с детьми и создавать все необходимые условия для работающей матери по присмотру и воспитанию детей. Как правильно заметил Президент Финляндии, основным критерием качества жизни в стране является не ВВП или уровень экономического развития, а число детских колясок. Кстати, во многих странах детская коляска является пропуском для бесплатного пользования городским транспортом.

Недавно в телевизионной передаче «Право голоса» без участия демографов, акушеров, педиатров и других специалистов обсуждался вопрос о необходимости повышения рождаемости в нашей стране и все почему-то было сведено только к материальным стимулам. Много говорилось о материнском капитале, хотя крупные отечественные демографы считают его влияние на рождаемость минимальной.

Однако, материнский капитал – это деньги, выделенные на конкретно определенные и разрешенные правительством траты. По данным Малыгиной Н.С. (2010) в последние годы стал расти врожденный сифилис у детей, что автор связывает с увеличением рождаемости в маргинальных группах. Получается, что политика выдачи материнских сертификатов, когда власть решила «откупиться» от проблемы деньгами вместо большой и систематической работы по созданию соответствующих условий, имеет и обратную сторону медали. До 60% беременных, а в некоторых регионах и больше, страдают железодефицитными анемиями, что отражается на их здоровье и здоровье новорожденных. Употребление алкоголя во время беременности приводит не только к алкогольной фетопатии, но и к уменьшению массы тела новорожденного на 350-400 г. и меньшей жизнеспособности, а курение в этот период – на 150-200 г., что также делает новорожденного менее жизнеспособным.

Среди всех женщин страны 50% не замужем, в т.ч. 17.5% никогда не были в браке, 18%- вдовы, 11%- разведенные. Доля здоровых девочек за последние 10 лет уменьшилась с 28.6% до 6.3%. Общая заболеваемость девочек 15-17 лет за 5 лет выросла на 32.2%. Гинекологическая заболеваемость у них составляет 114%, в т.ч. воспалительные болезни женской половой сферы и отклонения в формировании репродуктивной системы. По данным А.А.Баранова, до 80% девочек и до 40% мальчиков уже имеют болезни, которые могут помешать им иметь детей. Наибольший коэффициент рождаемости у женщин фертильного возраста на 1000 женщин соответствующего возраста приходится на 25-29 лет, затем следуют возрастные группы 20-24 года, 30-34 года, 35-39 лет, до 19 лет. Средний возраст вступающих в брак мужчин – почти 30 лет, а женщин – 27,5 лет при разнице в 2.5 года. С 2012 г. материнский капитал составляет 387 тыс. руб. (в Москве это цена нескольких кв.м. жилья), в 2016 г. – 453 тыс. руб. и дальше индексироваться не будет, с 2018 г. материнский капитал должен был бы превысить 500 тысяч рублей, а разовое пособие на рождение ребенка достигнуть 400 долл. Выплаты материнского капитала каждый раз продлеваются правительственными решениями, однако, в любой момент они могут быть отменены. Тем более, что известные отечественные демографы четко показали отсутствие его влияния на рождаемость в целом. Удивительно, но на ребенка, достигшего 1.5 лет, пока положено месячное пособие в 50 рублей. А ведь вложение денег в детей сродни долгосрочным и высоко результативным инвестициям. Опыт других, прежде всего некоторых развитых стран, показывает, что там созданы для работающих (а не социально неблагополучных, т.е. не бомжующих и спившихся) матерей все необходимые условия (100% обеспеченность детскими дошкольными учреждениями, высокие разовые и ежемесячные выплаты и пособия, льготные кредиты, оплата первоначального взноса за квартиру, выделяются средства для сиделок на период занятости матери на работе, на оплату учебных материалов, школьных автобусов, питание для детей, на приобщение детей к культуре, бесплатные школьные принадлежности и т.д.),

т.е. для того, чтобы работающая мать (даже мать-одиночка) могла содержать, растить и воспитывать детей, и это делается на протяжении десятилетий. Именно так поступают во Франции еще с послевоенных времен и в других странах. Кроме того, там в социальный пакет входят 4 месяца оплачиваемого послеродового отпуска, пособия на ребенка, бесплатные ясли и 20 сессий бесплатной специальной гимнастики по послеродовому восстановлению мышц тазового дна и вагины. Даже такая, вроде бы деталь, оказалась предусмотренной. Это все оплачивается государством, начиная с 1985 г. Кстати, такая продуманная демографическая политика началась еще при Шарле де Голле, предложившим в послевоенной Франции вначале ввести налог на бездетность, который уменьшался в 2 раза при рождении первого ребенка и отменялся при рождении второго. Затем наступил период политики прямого стимулирования рождаемости и из-за ее постоянства женщины в нее поверили. В Швеции, например, на ежемесячное пособие, выдаваемое на ребенка, может прожить вся семья. Очень высокие пособия на детей были в довоенных Ливии и Сирии, тогда еще не разрушенных. В Ливии на фоне чрезвычайно низкого уровня инфляции до 2009 г. санитарка получала 1000 долларов в месяц, бензин стоил 12 копеек за литр, булка хлеба - 8 копеек и т.д. Иначе говоря, до вооруженных конфликтов Сирия и Ливия даже в условиях авторитарных режимов были процветающими социализированными странами с государственным и бесплатным здравоохранением, более эффективным по сравнению со страховой моделью в Турции. Урок отсюда может быть один насчет своего устава и чужого монастыря. Но это уже сфера политики и дипломатии.

У нас премьер-министр выделил регионам определенное число школьных автобусов. В связи со слабым контролем исполнения решений в стране теперь необходимо проследить, чтобы школьные автобусы попали бы по назначению, чтобы они доехали до школ, лучше в отдаленных районах, а не остались бы под разными предлогами в областном центре. Но это только малая и далеко не полная часть проблем школьного образования, к чему мы еще вернемся. А в Москве, где ежегодно рождается свыше 140 тысяч детей, все проблемы материнства и детства свели только к родовспоможению, а не к медико-социальной поддержке матерей и детей. Сейчас дискуссия развернулась вокруг аборт, детей-подкидышей и беби-боксов (называемых в ряде стран окном жизни), т.е. специально оборудованного места для анонимного отказа от ребенка и передаче его на попечительство государству. Такая система действует со средних веков и до сих пор функционирует во многих странах. Например, во Франции сейчас, в наши дни, женщина может анонимно родить в больнице и там же оставить новорожденного. Считается, что поводом для анонимного оставления нежеланных детей является случайная беременность вне брака или в результате изнасилования. Однако, здесь возможны и криминальные случаи, когда новорожденных находят в мусорных ящиках или в лесу с не всегда имеющимися признаками жизни. Но запрещать аборт никак нельзя, мы в свое время это проходили с негативными результатами в виде криминальных

абортов, кровотечений и даже летальных исходов. Кстати, более 70% россиян высказались против вывода абортотерапии из системы ОМС и против их перевода в платные услуги, а также против запрета беби-боксов. Вообще, запретами нельзя решать многие проблемы, нужна систематическая и целевая предупредительная и мотивационная работа. В подготовленном у нас в стране законопроекте это все следует учесть, а пока он с подачи церковнослужителей носит чисто репрессивный и запретительный характер. Так, предполагается наказывать штрафом, вплоть до закрытия, те роддома и больницы, при которых были организованы беби-боксы. Обсуждаются также вопросы запрещения в стране абортотерапии. В депутатском корпусе родилось предложение (Г.Онищенко) создать схему оказания медицинской помощи на борту самолета вместо того, чтобы обучить бортпроводников правилам оказания первой помощи и иметь на борту соответствующую стандартную аптечку. Особенно это важно при длительных перелетах, свыше 4-х часов. В общем, вновь избранным депутатам нечем заняться и они решили обсудить не самые важные для народа и страны проблемы, а второстепенные и давно решенные вопросы, имитируя повышенную депутатскую активность.

Из изложенного позитивного зарубежного опыта следует вывод: нужно не разово деньги давать (в которых, в первую очередь, заинтересованы маргинальные семьи), а систематически создавать для матерей и детей нормальные условия жизни. Деньги примерно те же, но работа и усилия совсем другие. И этот вывод исключительно важен для нашей страны, особенно в связи с предстоящим обвалом рождаемости. Между тем, в подготовленном сообществом «Русская миссия» докладе «Базовые идеи и конкретные предложения к новой демографической доктрине России» говорится о значительном понижении брачного возраста, о запрете абортотерапии, о расселении многодетных семей в загородные дома, о запрете «безнравственных» (имеется в виду классических) источников литературы и искусства и о многом другом, в том же духе. Даже в католической Польше люди массово протестуют против запрещения абортотерапии и уголовной ответственности женщин за них, два законопроекта по которым сейчас рассматриваются в польском сейме.

У нас же новая система оплаты труда педагогов и механизм финансирования детских и школьных учреждений таковы, что позволяют чиновникам экономить бюджетные средства и деньги, собранные с родителей и через специальные фонды экономии, выплачивать их себе и сотрудникам в виде стимулирующих надбавок и премий. В процессе «оптимизации» школы получили самостоятельность в распределении получаемых субсидий по госзаказу, а в государственные детские сады, например, в Москве, детей до трех лет можно устроить только на 3 часа в день. При этом власти рапортуют об увеличении числа мест в детских садах и о ликвидации очередей в них, умалчивая о способах этих «достижений» и о том, что списочный состав групп достигает 45 детей. Вот и доверяй таким чиновникам, действия которых никак не способствуют повышению рождаемости в стране. Недавно Верховный суд принял важное решение о

том, что детям российских граждан, независимо от места их регистрации, должны предоставляться места в детских садах. Решение- это хорошо, но ведь существующие в недостаточном количестве детские сады не резиновые, а регионам под это решение средства не выделили.

В связи с резким сокращением нерентабельных школ (приоритет экономики над образованием) школьники во многих местах вынуждены учиться в три смены, возвращаясь домой после 8 часов вечера, в темноте, что является серьезной угрозой их жизни и здоровью. Даже в наиболее продвинутых областях треть школ работают в три смены, а строительство новых школ либо не предусмотрено, либо на него не выделяется достаточно средств. Сейчас из ряда школ пытаются сделать электронные школы, не понимая того, что дело не во внешней атрибутике, не в конфетной обертке, не в средствах, а в содержании школьного обучения, которое вот уже 15 лет как у нас хромает на обе ноги. Удивительно, но только 11% российских школьников показали высокий уровень грамотности. А уважаемая президент Российской академии образования предложила заменить в школьном образовании произведения Л.Толстого на духовную литературу. Сплошное мракобесие. Аналогичным образом обсуждается вопрос об исключении из школьной программы «Грозы» Островского, «Бедной Лизы» Карамзина, «Анны Карениной» Толстого, поскольку там имеются случаи самоубийства, не понимая того, что литература, как отражатель жизни, полна драматических коллизий. Не случайно в писательской среде считают обсуждение литературы на подобном низкопробном уровне недостойным. В стране намеренно закрывают единственные из бесплатных очагов культуры- детские библиотеки, прекрасно работавших. Мало того, что библиотеки разрушают, так еще чиновники пополняют книжные их фонды не за счет выдающейся русской литературы, а за счет иностранных суррогатов, отрицательно влияющих на воспитание детей. Вот и получается, что чиновники от культуры и образования стараются сделать наших детей какими-то недоумками. По международной программе PISA, начиная с 2000 года регулярно (раз в три года) проводится тестирование по всему миру 15-летних школьников по определению их литературной, математической и естественнонаучной грамотности. В 2012 году российские школьники заняли лишь 34 место. Не лучше обстоит дело и в США, откуда мы слепо скопировали совершенно дебильный принцип ЕГЭ, приспособив его для поступления в вуз. Исследования, проведенные МГУ, показали, что лишь 24% детей идут в первый класс с радостными ожиданиями, а 83% детей не ждут от школы ничего хорошего, что, скорее всего, обусловлено не условиями, а особенностями образования. Конечно, раньше таких возможностей (компьютерного и дистанционного обучения) не было, но в содержательном плане из школьников готовили разносторонне образованных людей. К этому вопросу мы еще вернемся. Вскоре, по решению Минздрава РФ, в школах вместо врачей будут работать медсестры или даже проходящие медицинские работники из поликлиник во второй половине дня. Глупость несусветная. Вторая глупость заключается в закрытии коррекционных школ

для детей с проблемами здоровья и перевод их в обычные школы. Но было бы неправильным подходить ко всем школам с одной и той же меркой, без учета конкретных условий, в одних- нужен постоянный или проходящий (по совместительству) врач-педиатр или ВОП, зубной врач, в других- достаточно медсестры или фельдшера и т.д., но медицинский работник с подготовкой по школьной гигиене в школах обязательно должен быть. Во многих детских садах ряд функций передали в аутсорсинг и теперь там уборкой занимаются гастарбайтеры, протирая одной тряпкой полы, столы, кровати. Отдельно следует сказать о школьной форме, ибо 67% образцов оказались вредными для здоровья детей и лишь в 15% случаев была выявлена качественная школьная форма. Московское школьное образование считается лучшим в стране, поскольку здесь не только строятся новые школы, но и они по современному оснащаются. А 88% первоклассников идут в школы рядом с домом, что очень важно, и этот опыт следовало бы распространить вплоть до 4-го класса, 55% первоклашек зачислены в школу прямо из детского сада, являющегося школьным отделением. Уже 139 московских школ вошли в рейтинг 500 лучших российских школ и московские школьники собирают треть золотых медалей на общероссийских олимпиадах. Лучшие школы Москвы оказались в десятке мировых лидеров, но не по общеобразовательному уровню, а благодаря результатам по математической и читательской грамотности отдельных учеников, что мэр тут же связал с административной поддержкой школ. Если это так, то почему тогда многие вузы переучивают на первых курсах учебного года бывших школьников? Не случайно сейчас считается, что школьные знания нужно получать в школе, и вузам следует предоставить право проводить письменные вступительные экзамены. Однако, все организационные успехи из-за слабостей непосредственно в содержательном процессе образования с его примитивным ЕГЭ не позволяют в целом причислить столичную систему общего образования к мировому уровню, что так хотелось бы власти. Мы не станем здесь приводить ужасные ответы обычных школьников на вопросы из разных сфер школьного образования (истории, литературы, физики, географии и т.д.), которые широко известны и опубликованы.

А вот на международные спортивные состязания деньги легко находятся и даже выбрасываются как бы на ветер, что видно на примере долгосрочного (почти 10 лет) строительства стадиона «Зенит- Арены» к чемпионату мира 2018 г. в С-Петербурге, ради которого снесли уникальный стадион им. Кирова. В 2006 г. первоначально его стоимость оценивалась в 6.7 млрд.руб., потом к 2012 г. она возросла в 6.5 раз (почти сравнялась по стоимости с лондонским «Уэмбли»), но после активного вмешательства Счетной палаты стоимость ненадолго удалось снизить на 34.9 млрд.руб. Сейчас она составляет почти 43 млрд.руб. (на 68 тысяч мест), что соответствует строительству 1555 футбольных манежей, 10-летней зарплате 14000 детских тренеров и т.д. Непомерные траты связаны именно с бюджетными деньгами, а если бы доминировали частные инвестиции, то затраты были бы в 3 раза дешевле. Наверняка нужно будет кое-что

переделывать, особенно по замечаниям комиссии ФИФА по стабилизации футбольного поля, для чего потребуются дополнительные средства из бюджета, хотя и выделенных денег может хватить. Таких примеров немало (и к этому мы еще вернемся) о том, что при как бы бюджетном дефиците в стране деньги есть, и не малые, но они тратятся на что угодно и сверх установленных смет, в том числе по примеру Древнего Рима на зрелищный престиж власти, а не на образование, здравоохранение, пенсионное обеспечение, биотехнологию, фундаментальную науку и не на создание достойных условий для жизни людей. Организованные частные школы помимо оплаты за 10-летнее обучение (минимально 50 тысяч руб. в месяц за каждого ученика) практикуют различные поборы по разным причинам. А за некачественное, по мнению родителей, образование Верховный суд РФ вместо наведения порядка в этих школах разрешил родителям не платить за образование на 10 лет вперед. Укрупнение школ ведет к тому, что дети хотят вернуться в прежние школы. Но в Москве их разрушили или продали, и потому обратного пути нет. Такое впечатление, что все благие намерения в виде законов, постановлений, указов и т.п. создаются у нас с заранее установленными лазейками либо для их подмены, либо для использования выделяемых средств «не по назначению». В одном из районов Брянской области (Суражском) решили вместо ремонта закрыть единственную благоустроенную спортивную школу и устроить учащихся в другую школу за 17 км по полному бездорожью и в еще более худших условиях (здания-развалюхи, удобства- на улице и т.д.) И властям, и дирекции школы на учеников буквально наплевать, а обеспокоенные родители пытаются стучаться во все двери. В школах Усть-Калманского района Алтайского края нет тепла, а потолки в некоторых из них могут обрушиться на учащихся. И таких примеров по стране множество и все они показывают отношение власти к людям. Формально, на местах стараются выполнить указ Президента о повышении зарплаты одним учителям, увольняя других. Тоже самое относится к врачам и медсестрам. А это происходит потому, что прибавка должна идти из дефицитных региональных бюджетов без какой-либо дифференциации регионов по их возможностям. Здесь опять же актуально поставить вопрос: у нас народ для власти или власть для народа? При таком отношении будущее у страны в полном тумане. Главная европейская ценность состоит в принципе, когда государство служит народу, контролируется им посредством демократических институтов с периодической сменой власти через выборы и возможностью отзыва власти. Такое впечатление, что демократия нужна только демократам. Термин вроде вполне понятный: демос- народ, кратос- власть, а вместе- народовластие, как и записано в нашей Конституции. Но с древних времен известно, что демос никогда не был всем народом, а представлял лишь свободную и образованную часть людей, изучивших семь свободных искусств (риторику, математику, музыку, астрономию, логику, философию и медицину). Иначе говоря, демос по сути своей представлял интеллигенцию, принадлежность к которой определялась не богатством, неважно как полученным,

стяжательством и бездушием, а образованием, системным мышлением, уважением других людей. А все остальные тогда относились к плебсу или охлосу, и охлократия- вырожденная демократия, власть толпы, направляемой демагогами. Вот и разберись, какая у нас власть, и какая интеллигенция. Базовая азиатская ценность заключается в том, что народ служит государству, а бесконтрольное чиновничество служит своим ведомственным, административным, клановым и личным интересам. Это кое-что напоминает. К сожалению, наша страна пока еще находится в прострации и, как представляется, не определилась по сути с путем своего развития.

Нужно было не переводить министра образования Ливанова в другое место, а снимать его с должности с треском за весь тот вред, который он нанес отечественному образованию, за развал школьного образования, закрытие 25 тысяч сельских школ, ликвидацию 70% техникумов, профтехучилищ, домов творчества и молодежи, сокращение ведущих вузов страны, введение поборов в школах и платных занятий на продленке, в секциях, кружках, за разделение школьников на богатых и бедных и т.д. Он, услышав звон про ЕГЭ, совершенно упустил из вида, что в США этот подход с набором так называемых «компетенций» применяли для детей с отклонениями в развитии, умственно отсталых и не умеющих сформулировать устный ответ. Не случайно от такого примитивного образования многие состоятельные родители старались уберечь своих детей, и сейчас британские частные школы буквально наводнены детьми из России. Фактически одного чиновника сменили на другого, профессиональные качества которого пока не особенно проявились и являются некоторой загадкой для преподавательского состава. Пока же новый министр образования (О.Васильева), доктор исторических наук, предложила ввести в школах трудовую повинность по уборке помещений, благоустройству пришкольного участка и т.д., но как это будет корреспондировать с действующим законодательством- пока не известно, запретила понятие «образовательная услуга», ввела в школьную программу астрономию по минимуму, предложила провести ревизию школьных предметов, ввести единые программы обучения, создав единое образовательное пространство, ликвидировать меркантильность, восстановить вступительные экзамены в вузы и наметила 10 приоритетных задач. По отчету правительства в ГД о политике в сфере образования получается, что в детсады очередей нет, хотя 150 тысяч семей не могут пристроить детей до 3-х лет при постоянном росте родительских трат на дошкольников, школа переходит на новые образовательные стандарты, хотя школьных мест не хватает и многие школы подлежат срочному ремонту. От ЕГЭ будут постепенно избавляться. Процесс слияния вузов приторможен.

Нет секрета в том, что будущее любой страны заключается в образовании, но чиновники, как особая каста, так не считают и они решили, что 65% россиян не нуждаются в высшем образовании, оправдывая тем самым значительное сокращение бюджетных мест в вузах. И это несмотря на

то, что получив высшее образование, многие чиновники остаются не очень грамотными и не вполне образованными людьми. Например, губернатор Орловской области В.Томский на открытии памятника Ивану Грозному, рассказал о том, что царь не убивал своего сына, а сын заболел в дороге из Москвы в Петербург, не сообразив о том, что Петербург был основан лишь спустя 119 лет после смерти царя Ивана Четвертого Васильевича, правившего на протяжении 51 года. Сейчас образование недофинансировано, как минимум, на 30%. По данным Счетной палаты за последние несколько лет государство не получило отчета по авансовым платежам за госзаказ на сумму в 3.2 трлн. рублей (!). Не лучшая картина и в здравоохранении, где вначале ФАС, а затем и Счетная палата выявили крупные недостатки в контролирующей деятельности Росздравнадзора. В Стратегии научно-технического развития, подготовленной Минобрнауки, ставится вопрос о коммерциализации результатов интеллектуальной деятельности и об улучшении условий труда научных работников. Примитивней этой стратегии трудно что-нибудь представить, особенно зная ситуацию с наукой в стране и уровень научных исследований. Все это относится и к исследованиям медико-демографических процессов и ситуации в здравоохранении. Сейчас трудно быть учителем (не в Москве) или преподавателем, т.к. помимо низкой зарплаты им приходится сталкиваться с унижительными условиями труда, а Д.Медведев посоветовал учителям, занятым под завязку, искать побочные варианты бизнеса. И это глава правительства России, а, как известно, каков поп, таков и приход. Если учителя будут заниматься еще и бизнесом, то кто тогда будет учить и воспитывать детей? Особенно в условиях дефицита учителей во многих регионах. Ну, не Д.Медведев же. В Германии зарплата учителя доходит до 4700 евро в месяц, а в Финляндии- 3600 при самом большом конкурсе в педагогические вузы. В школах Финляндии среди учителей 50% составляют мужчины. При этом в Финляндии, где всегда признавали приоритет нашего прежнего школьного образования, перевели и используют наши прежние школьные учебники и приглашали первоначально наших учителей, родители и дети могут оказывать влияние на школьное образование. Например, по их желанию в городах Лаппееранта и Иматра (Юго-Восточные районы страны) будет проведен эксперимент по замене в программе обучения шведского языка (второй государственный язык в стране) на русский. Если в Финляндии в школах преобладает демократический стиль обучения с защищенными правами учеников, минимизацией домашних заданий, отсутствием межшкольной конкуренции и минимумом внешних проверок, то в передовых азиатских странах, вошедших в первую десятку стран- лидеров (Сингапур, Южная Корея, Япония и др.) система школьного обучения чрезмерно строга, недемократична, с длинным школьным днем и обилием домашних занятий, с межшкольной конкуренцией и постоянными внешними проверками. Нам представляется, что из этих двух противоположных систем обучения (демократической и авторитарной) можно кое-что использовать и в наших условиях.

Между тем, пособия при рождении третьего и последующих детей начали выплачивать с 2013 г. Правда, Президент РФ В.Путин рекомендовал (!) главам регионов начать эту работу с середины 2012 г., а с 2013 г. предусмотреть софинансирование расходных обязательств субъектов федерации с неблагоприятной демографической ситуацией из федерального бюджета. Отсюда ясно, что решение демографических проблем по сути переложено на плечи регионов, а федеральные власти будут лишь дотировать их обязательства. Все это означает, что демографические проблемы в нашей стране будут заретушированы, слегка приглушены, но никак не решены. Сейчас почти 2.2 млн. детей находятся в очереди за местом в детском саду. В стране есть 49.3 тыс. детских дошкольных учреждений, из которых 48.4 тыс. являются муниципальными или ведомственными, которые посещают 5.7 млн. детей. Остальные детские сады распродали в 1990-ые годы. Если в среднем детское дошкольное учреждение посещают 114 детей (число посещающих детей- 5.661.039, число учреждений- 49329), то для удовлетворения сегодняшней потребности нужно создать дополнительно более 19 тыс. дошкольных учреждений. А это означает, что нынешние дети, даже став взрослыми, едва ли дождутся своей очереди. Однако чиновники ищут обходные пути решения этой проблемы за счет сокращения сроков пребывания, о чем несколько ранее упоминалось. Частные детские сады, прошедшие аккредитацию, могли бы в небольшой степени смягчить проблему, но их буквально душат придирками, проверками и поборами местные чиновники.

При планировании рождаемости и для воспроизводства здоровых поколений следует учитывать, что в последние годы процессы акселерации затормозились и дети стали в целом ниже ростом, с меньшим весом и менее жизнеспособными, а половое созревание у девушек наступает не в 16 лет, а гораздо раньше- в 12 лет, что обусловлено действием различных химикатов и токсинов, содержащихся в продуктах питания, даже слабого алкоголя и курения, а также фталатов и бисфенола- А, которые содержатся в пластиковой таре. Все это влияет на репродуктивную систему организма и психологический статус будущих мам. Однако, сейчас, как отмечалось, должно беспокоить не столько количество, сколько качество деторождений, т.к. по данным официальной статистики только треть новорожденных являются полностью здоровыми, а по результатам специальных исследований эта доля уменьшается почти в 2 раза, до 11-15%. Одной из главных причин рождения недоношенных детей считается врожденная инфекция, передающаяся от матери. Отсюда детский паралич, глухота, слепота, умственная недостаточность. Поэтому, если только стремиться увеличить число рождений, то вырастет число больных детей, что, как отмечалось, ляжет тяжелым бременем на здравоохранение и социальные службы. Что необходимо в таком случае предпринимать- об этом уже были публикации. Отсюда следует, как подчеркивалось ранее, необходимо вначале решить проблему нездоровых новорожденных, а затем уже заниматься стимулированием рождаемости. Вскоре детей с врожденными

заболеваниями будут направлять в специальные генетические медицинские центры. Идея неплохая, но она может быть дискредитирована, поскольку будет реализована только в крупных городах, запланирован врач-генетик на 300 тысяч населения, т.е. независимо от числа пациентов, не предусмотрены связи с другими педиатрическими службами. Между тем, во всем мире медико-генетическое консультирование является обязательным при диагностике многих заболеваний, в том числе при оказании онкологической помощи. Если в 1980-ые годы на одни роды приходилось три аборта, то затем число аборт по отношению к родам уменьшилось в 6 раз благодаря более широкому применению противозачаточных средств в городской местности. Всего за год делается почти 1 млн. аборт. Возрастная структура аборт такова: до 17 лет-1.1%, 18-19 лет-3.1%, 20-24 года- 18.6%, 25-29 лет-28.3%, 30-34 года- 25%, 35-39 лет- 17%, 40-44 года- 6.3%, 45 лет и старше- 0.5%. Число аборт в подростковом возрасте с 2013 г. снизилось в 2.2 раза- с 20 тысяч до 9 тысяч. Однако это произошло на фоне увеличения частоты бесплодия и в половине случаев в этом виноват мужчина. У девочек половое созревание сопровождается накоплением необходимого для развития жира. А если девочка насильно худеет, то это ведет к нарушениям менструального цикла, а затем и к бесплодию. Аборт и бесплодие (первичное и вторичное) и представляют собой резервы роста числа рождений в стране, и потому нужно соответствующим образом мотивировать женщин, создавая для матерей с детьми необходимые условия жизни. Сейчас в мире в отношении аборт сложились две противоположные тенденции. Одна возникла в первой четверти XX века в США (Маргарет Зангер, в девичестве Хиггинс) и включала три задачи: зачатие по любви, рождение матерью по осознанному желанию, для рождения обеспечение условий здоровой наследственности. На этой основе позже возникла служба планирования семьи, которая затем стала заниматься контролем над рождаемостью и с позиции расовой евгеники и национализма выступать за резкое ограничение рождаемости в бедных семьях (чтобы бедность не воспроизводилась) и в небелых расах путем проведения аборт и массовой контрацепции, которая была разрешена в США в 1936 году. В основу была положена теория профессора политэкономии Томаса Мальтуса (XV111 век) о том, что население Земли растет в геометрической прогрессии, а мировое производство- в арифметической, откуда вытекала необходимость решения проблемы «лишних ртов». «Непригодными для воспроизводства» считались не только индейцы, афроамериканцы, евреи и иммигранты из Южной Европы, но и люди с низким коэффициентом умственного развития, к которым лидеры движения относили 70% американцев. Одновременно все страны мира политическое руководство США с позиции национальной безопасности разделило на три части, население в первой группе не подлежало ограничению, во второй группе- лишь частично, а в развивающихся странах третьего мира следовало резко ограничить рождаемость. Далее это движение усилиями Маргарет Зангер полностью переросло в службу планирования семьи и в соответствующие ассоциации с девизом, придуманным в 1992 г.

американской учительницей Лесли Лафайет, *childfree* (или *childless*), т.е. за бездетность путем стерилизации, абортов и контрацепции. Наряду с рядом развивающихся стран это движение после распада СССР захватило и Россию не только на федеральном уровне, но и в ее 44 регионах. Последним премьером, поддерживающим это направление, был В.Черномырдин, и в 1997 г. им был подписан достаточно широкий перечень социальных показаний для аборта якобы с целью борьбы с бедностью. Однако затем прокуратура заблокировала это движение и Российская ассоциация планирования семьи была ликвидирована. Другое, противоположное направление представляют собой противники абортов, оформившееся в виде движения *pro-life* (за жизнь), позиции которого разделяются церковными служителями, с крайней мерой в виде запрета абортов. На самом деле, как было показано ранее, одними только запретами проблемы не решаются и большая роль в данном случае отводится мотивации репродуктивного поведения, влияющим на него условиям и общественным установкам.

Из представленных реальных данных становится ясным, как путем не совсем верного понимания и трактовки публикуемых показателей можно прийти к ошибочным решениям и действиям. Несмотря на все изложенное, в Указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» поставлена задача повышения к 2018 г. суммарного коэффициента рождаемости до 1.753, т.е. замена поколений будет опять не полной, а лишь на 79.7%. А это может также привести к снижению численности населения. Только люди с низкой квалификацией могли на перспективу предложить величину с третьим знаком после запятой. Задача эта практически малореальна еще и потому, что к этому году начнет вступать в плодovитый возраст малочисленное поколение родившихся в 1990-е годы, о чем мы уже упоминали. Значит, за счет количества родившихся (в числителе) запланированного показателя достичь невозможно, разве что число женщин (в знаменателе) значительно уменьшится. А ведь кто-то эти материалы бездумно готовил для указа Президента РФ. Российская молодежь убеждена, что сильно отличается от молодых людей 15 лет тому назад. У современных молодых людей из обычных семей иной менталитет (17%), развязность- 7%, зависимость от компьютеров- 6% и т.д. Но будущее им видится в густом тумане: 60% убеждены, что добиться успеха будет очень сложно. Их беспокоят проблемы безработицы, трудоустройства, нехватки денег, коррупции, взяточничества, протекционизма, причем почти половина из них считает, что им приходится сложнее, чем на Западе. И это несмотря на беспредельный оптимизм россиян, не унывающих даже сейчас, когда денег у них становится все меньше, а расходов все больше, в том числе за счет новых налогов и поборов. Однако, число желающих уехать за рубеж (в Германию, США, Францию и Великобританию) на постоянное место жительства составляет только 11-13%, они себе очень слабо представляют, чем они там смогут заниматься и как жить, но рассчитывают на улучшение материального положения, на социальную поддержку и стабильность.

Резюмируя сведения по разделу рождаемости, нужно сказать, что она практически полностью обусловлена происходившими и происходящими демографическими процессами. Материнский капитал может стимулировать рост числа рождений, в основном, в маргинальных семьях. Что же нужно делать? Во-первых, решить проблему появления на свет нездоровых новорожденных. Во-вторых, прямо сейчас нужно заявить и систематически проводить политику на поддержание работающих матерей и их детей, начиная от стимулирующих пособий и кончая содержательным школьным образованием. Для этого можно использовать представленный выше позитивный международный опыт.

Показатели смертности.

По численности населения РФ (143.6 млн.) занимает 9 место после Китая, Индии, США, Индонезии, Бразилии, Пакистана, Нигерии и Бангладеш, хотя с начала 1950-х годов Россия была на 4 позиции. В Японии населения несколько меньше-127 млн. чел. Предыдущая перепись населения 2010 г. прошла с целым рядом ошибок и потому к Всероссийской переписи 2020 г. Росстат предполагает повысить зарплату переписчикам в 2.6 раза. Свыше 10% населения России проживают в моногородах или в монопрофильных городах, в которых одно крупное предприятие является градообразующим и для его работников построены жилые дома, детские дошкольные и школьные учреждения, магазины, медицинские учреждения и, вообще, создана вся необходимая для жизни инфраструктура. А теперь представьте, что предприятие стало убыточным и не приносит доход своему новому владельцу. Когда государство было хозяином предприятия, то его убыточность компенсировалась прибылью других. Так обстояло дело, к примеру, с шахтами на Севере. Социальное государство не может допустить положения, когда все жители моногорода вмиг оказываются и без работы, и становятся никому не нужными. Кстати, наибольшие финансовые дотации из федерального бюджета в расчете на одного человека в год сейчас приходятся на жителей Крыма и Чечни. Если раньше дешевизность лекарств компенсировалась государством, то сейчас должен быть заложен в ценообразовании лекарственных средств другой принцип, когда цена за отечественные дешевые и убыточные препараты компенсируется за счет дорогостоящих импортных аналогов. Это еще один пример тому, что не все в стране должно определяться только прибылью. Кстати, по лекарственному рынку можно косвенно судить о болезнях населения. Так, только за первую половину 2016 г. было закуплено 2.4 млрд. упаковок на сумму 620 млрд. руб. С 2017 г. за отказ выписать лекарство врачи могут подвергнуться административному наказанию. Все целевые препараты, спасающие жизнь пациентам с редкими и онкологическими заболеваниями, должны быть доступными и, по возможности, бесплатными. Кстати, со временем все лекарства, обозначенные в рецептах врачей, должны стать бесплатными.

Поскольку процесс депопуляции в России на 60% зависит от высокой смертности (и только на 40% от низкой рождаемости), то показатели смертности следует рассмотреть не менее подробно. Дело в том, что в стране каждые 18 секунд рождается один человек, но чаще (каждые 16 секунд) один человек умирает. В 2015 г. суммарный естественный прирост (разница между числом родившихся и умерших) составил всего 32.7 тыс. человек и охватил 44 региона в то время, как в 2000 г. таких регионов было только 11, а в 2012 г. в стране отмечалась естественная убыль. Снижение смертности отмечено в 36 субъектах РФ, наиболее существенное - в национальных образованиях с достаточно низким уровнем смертности, а наиболее высокие показатели отмечены в Северо-Западном и Центральном регионах России, причем рост смертности наблюдался в 31 субъекте РФ. В США численность населения ежегодно возрастает, главным образом, за счет естественного прироста, поскольку там человек рождается каждые 8 секунд и каждые 13 секунд умирает, а мигрант появляется каждые 34 секунды. Это данные журнала «Демоскоп». Завершившееся в 2015 г. в США и опубликованное на сайте LifeScience объемное исследование смертности за 15 лет в зависимости от дней недели показало, что наиболее низкие показатели отмечаются в середине недели (среда, четверг), самая высокая смертность от БСК регистрируется по понедельникам, а от внешних причин, включая автокатастрофы, - по субботам. По вторникам смертность от внешних причин минимальна, а от болезней органов дыхания максимальна. К сожалению, никаких гипотез в отношении причин таких закономерностей американские специалисты не выдвинули. Другое дело, что случаи смерти группируются вокруг дня (даты) рождения с максимальным разбросом - плюс-минус 2 месяца или даже в гораздо меньших пределах. Представляет интерес составление прогностических индивидуальных повозрастных кривых смертности с вероятностью умереть в каждом возрасте и с учетом пяти биологических возрастных переходных состояний (младенческий период, 4-6 лет, 16-18 лет, 45-50 лет и старше 65 лет). Имеет место также выраженная сезонность в динамике смертности. Эти данные, наряду с годовыми колебаниями смертности, свидетельствуют о ее волнообразном течении, равно как и других демографических показателей (рождаемость, брачность, разводимость, миграция и др.), а также медико-демографических процессов.

Различают интенсивные показатели общей смертности всего населения, смертности детского населения, структурные показатели смертности (экстенсивные), смертности от различных причин, показатели возрастно-половой смертности, летальности, младенческой смертности, материнской смертности, а также рассчитываемые производные от них показатели среднего возраста умерших и средней продолжительности ожидаемой (предстоящей) жизни. С предыдущими показателями вроде все ясно, но смерть - это такой факт, в котором, как говорится, не прибавить, ни убавить. Но на самом деле всё не так просто и однозначно. Разработка и обобщение свидетельств о смерти ведется как по месту смерти, так и по месту жительства умерших, чтобы они были включены в региональные

сводки. И если человек умер в другом месте, то, учитывая нарастающую бюрократизацию и длительность пересылки, он может не попасть в разработку, что, правда, не намного может снизить показатели. Кроме того, в крупных городах, вычисляя показатели смертности, следует определять не только показатель общей смертности, но и показатель, исключаящий приезжих из числа умерших.

Как известно, показатели смертности формируются на основании данных из медицинских учетных документов, в которых врач проставляет несколько диагнозов, зашифрованных затем в соответствии с МКБ-10 медицинским статистиком. Это все, начиная с 1925 г., в России переносилось в соответствующие специальные учетные формы- регистрационный журнал, врачебное свидетельство о смерти или фельдшерскую справку о смерти, которые в дубликate пересылаются в территориальные органы статистического управления, где статистик, без медицинского образования, выбирает одну причину смерти, которая затем и будет включена в официальный отчет Росстата по шифрам, кстати, не совпадающим с Международной классификацией болезни и смерти 10-го пересмотра-МКБ-10. Врач или фельдшер заносит в учетный документ последовательно все заболевания (основные, сопутствующие, осложнения), которые могли быть связаны с летальным исходом, медицинский статистик их все шифрует по МКБ-10, после чего документ направляется в областное бюро Росстата. А отобрать одно заболевание можно либо по основному диагнозу, либо по непосредственной причине смерти.

Причинами смерти XX Всемирная ассамблея здравоохранения предложила считать все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также как обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы. При нескольких и более патологических состояний, приведших в итоге к смерти, выбирается одна первоначальная причина, определяемая как болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, приведших к смерти. Нужно уметь из комплекса взаимодействующих заболеваний выделить именно тот один патологический процесс, который непосредственно привел к смерти. Анализ показывает (и такие исследования проводились на областном уровне, когда проверялась правильность кодирования причин смерти в областном статбюро), что при пересчете исходных для Росстата документов и правильном выборе причин смерти, проведенных с помощью специалистов, возникают расхождения с официальными данными, достигающие 45% внутри классов причин смерти и до 20% расхождений между разными классами. А это говорит о том, что отчетные данные Росстата о причинах смерти оставляют желать лучшего и являются в определенной степени приблизительными. Кроме того, при этом совершенно игнорируются множественные причины смерти, которые можно выявить только путем специальных исследований и которые, к сожалению, в последнее двадцатилетие никого из отвечающих за здоровье населения не интересовали и не проводились. Отсюда можно сделать вывод о том, что

показатели общей и по возрастной смертности являются более грубыми и в тоже время более достоверными, чем смертность по отдельным причинам.

Как только смертность от БСК включили в оценочный лист для губернаторов, так сразу же показатели смертности от этой причины стали неуклонно снижаться (с 56,8% в 2010 г. до 48,4% в 2015 г.) при одновременном росте смертности от прочих причин. Об этом ранее упоминалось. Так, по заявлению С. Собянина, в Москве смертность от инфаркта миокарда снизилась в последние годы втрое. Смертность от внешних причин в последние годы в стране постепенно снижается, и эти причины смерти отодвинулись на 3 место (8,6%), а смертность от новообразований не уменьшается (15,6%), занимая 2 место в структуре причин смерти; непонятны и необъяснимы колебания смертности от ряда других причин (болезни органов дыхания, пищеварения и др.). Кстати, в ряде развитых стран смертность от злокачественных новообразований стала более значимой, чем смертность от болезней сердца и сосудов. Например, в США вскоре смертность от злокачественных новообразований может превзойти смертность от БСК. Если за 2015 год смертность от некоторых основных причин (БСК, внешние причины, включая смерть от ДТП, отравлений, убийств, а также от болезней органов дыхания) у нас в стране несколько снизилась, то смертность от инфекций, новообразований, болезней органов пищеварения и прочих причин возросла. А это означает, что по тенденциям смертности мы занимаем промежуточное положение между развитыми и развивающимися странами. Согласно последним данным Росстата от болезней системы кровообращения умирают 48,7%, от злокачественных новообразований - 15,7%, остальные 35,6% приходятся на прочие причины смерти.

В целом по стране в последние годы умирают по 1,9 млн человек ежегодно. Необходимо также учитывать, что сравнительный анализ смертности в динамике или по отдельным территориям (областям, странам) в расчете на население, которое может быть разным по возрастно-половой структуре, нередко приводит к ложным выводам из-за отсутствия стандартизованных показателей, элиминирующих различия в возрастно-половой структуре населения. Как показывает официальная статистика, в 2011-2015 гг. число умерших и коэффициент общей смертности продолжили снижение (правда, в последние три года показатель общей смертности стабилизировался на уровне 13,1‰), особенно по сравнению с 1993 г., когда умерло 2,4 млн. чел. (показатель смертности составил тогда 16,4‰), которые потеряли работу и не сумели адаптироваться к новым условиям жизни. А смертность, как показывают исследования, тесно связана с социально-экономическими условиями, безработицей, доходом, бедностью, массовым стрессом, безысходностью и совсем в малой степени (в потенциально предотвратимых случаях) зависит от медицинской помощи. Особенно эти условия влияют на самоубийства у мужчин старше 30 лет, в чем виновны распад семьи по экономическим причинам и сокращаемый рынок труда.

Поэтому ответственность за смертность в стране и за производные показатели от нее, например, ОПЖ, равно как и за здоровье нации и всю систему охраны здоровья, должна лежать на органах государственного управления и первых лицах государства и не перекладываться на отраслевое министерство, которое несет ответственность за организацию оказания медицинской помощи (медицинская профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация, медицинский уход, паллиативная медицинская помощь) и ее результативность, что вносит определенный, хотя и незначительный вклад в показатели здоровья, а также за потенциально предотвратимую часть всей смертности.

Вместе с тем, специалистам хорошо известно, что сама клиническая медицина (с ее лечением и реабилитацией) оказывает незначительное влияние на здоровье людей: на возникновение заболеваний- в 10% случаев, на излечение заболеваний- в 45%, на общую смертность- в 1%, на хронизацию патологии (пропущенные, запущенные, недообследованные и недолеченные случаи)- в 50%, на преждевременную и потенциально предотвратимую смертность- в 40% (среди предотвратимых случаев смерти 53% приходится на мужчин и 22%- на женщин), на инвалидность- в 15%, на ОПЖ- в 5%, на среднюю продолжительность активной и здоровой жизни- в 25%., на младенческую смертность- в 35%, на материнскую смертность- в 75% случаев. Все остальное целиком и полностью зависит от здравоохранительной политики в стране, от степени развития системы охраны здоровья, от ее приближенности к населению и результативности, т.е. от государства.

Таким образом, система охраны здоровья и входящая в нее организация медицинской помощи гражданам- совершенно разные понятия по целям, средствам, значимости и ответственности, что подтверждено Конституцией РФ (начало статьи 41). Система охраны здоровья граждан представляет собой совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, на предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Государство обязано гарантировать охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией РФ и иными законодательными актами, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами РФ. В связи с изложенным, возникает необходимость создания при Президенте РФ Национального совета по охране здоровья и соответствующих советов при губернаторах. В рамках Национального совета по охране здоровья целесообразно организовать две комиссии: по реформированию системы охраны здоровья и по реформированию организации оказания медицинской помощи, но не из чиновников, а из заинтересованных и знающих специалистов. Эти комиссии должны иметь собственные службы безопасности, поскольку противодействие работе их

членов может носить агрессивный характер. Д.Д.Венедиктов (2008) определяет здравоохранение (охрану здоровья) как сложную динамическую функциональную систему, которую человеческое общество создает и использует на любом этапе своего развития для охраны и укрепления здоровья каждого человека и населения в целом. Ну как тут не вспомнить ВОЗовский лозунг: «Здоровье для всех, забота о каждом». Охрана здоровья – это гарантированные права на безопасность граждан, на высокое качество окружающей среды, питьевой воды, продуктов питания, условий жизни и труда, достаточный уровень доходов, борьба с бедностью и безработицей, создание адекватных возможностей для физического, умственного и духовного развития, для стимулирования творческого потенциала и недопущение факторов и условий, негативно влияющих на здоровье.

Например, по качеству продуктов питания мы отстали от других стран на десятилетие, особенно после отмены ГОСТов, перехода на технические условия и технические регламенты, устанавливаемые и как бы контролируемые самими производителями (сам произвожу и сам себя контролирую), после отмены обязательной сертификации пищевых продуктов и достаточно жесткого эпидконтроля. Вместо набора обязательных составных частей теперь в продуктах питания преподносятся отдельные ингредиенты (жиры, белки, углеводы, добавки и др.), которые можно получать даже из различных отходов. В результате вырос фальсификат и появились даже вредные продукты питания, не содержащие нужных ингредиентов, о чем были многочисленные телевизионные репортажи. Продовольственное эмбарго, введенное Россией 06.08.2014 г., не привело к полному импортозамещению, поскольку при росте внутреннего производства мяса вырос и его импорт, с морепродуктами импортозамещение пока не действует, хотя их внутреннее производство возросло за счет менее ценных сортов, существенно подорожали плодоовощная продукция и молоко и при их определенном дефиците качество оставляет желать лучшего. По мнению экспертов, правительству вряд ли удастся взять под контроль цены на продукты питания и, скорее всего, будут установлены предельно допустимые цены на социально значимую продукцию. А о том, чтобы восстановить разумный государственный контроль за качеством продуктов питания, даже речь не идет. А это также относится к национальной продовольственной безопасности. И вот теперь, спустя годы, мы наконец-то запрещаем выращивание, разведение и ввоз в страну генномодифицированной продукции (ГМ). Эта продукция впервые стала развиваться в США, распространилась на Северную и Южную Америки, на которые приходится 88.9% всех мировых посевов, и за прошедшие 20 лет стало ясно, что эти культуры не привели к резкому росту продовольствия в мире, т.е. развенчан миф о 50% повышении урожайности ГМ культур. Кроме того, эти культуры могут быть аллергенами и токсичными для человека и животных. Осталось так же поступить с трансжирами, нитратами и нитритами, канцерогенами, вредными или пустыми пищевыми добавками и другими, но пока такой

вопрос не ставится, хотя должны быть приняты соответствующие меры и законы.

Во многих странах система охраны здоровья отнесена к самым высоким приоритетам государственной политики. Ведь только здоровые и образованные люди способны полноценно и созидательно трудиться, создавать, строить, развивать, укреплять страну и общество, способны к здоровому и осознанному воспроизводству. Из изложенного четко вытекает роль и ответственность государства и его первых лиц. Задачей организации медицинской помощи является ее оказание всем нуждающимся и потому она должна быть доступной, своевременной, адекватной, полноценной и качественной. В свою очередь медицинская помощь, как отраслевая прерогатива, может быть общей и специализированной, амбулаторной (в том числе первичную медико-санитарную помощь) и стационарной, и включает в себя медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и медицинский уход. Иначе говоря, нездоровье главным образом формируется вне пределов медицины (а в медицинскую отрасль поступают как бы на ремонтные работы для частичного или полного восстановления утраченного здоровья и трудоспособности по медицинским причинам), но, несмотря на понимание этого, данный факт не учитывается и все проблемы здоровья граждан совершенно необоснованно перекладываются на медицинскую отрасль. В результате по плану основных мероприятий Минздрава РФ до 2018 г. получается, что ответственным за здоровье граждан страны является заместитель министра, что является полной несуразицей. Другое дело, что медицинская отрасль должна выдвинуть свои условия и требования к функционированию других отраслей по критерию здоровья и даже контролировать их выполнение, но ответственность за всю систему охраны здоровья - это, подчеркнем еще раз, прерогатива государства и его первых лиц.

Пожалуй, впервые наиболее полно, политкорректно и правильно представлены вопросы охраны здоровья и организации медицинской помощи в предвыборной 2016 г. программе партии «Яблоко». Эта партия никогда не лукавила и всегда ставила интересы каждого человека в центр внимания. Заслуживают уважения и другие разделы этой программы, носящие выраженный социальный характер (образование, культура, наука, экономика, государственная структура, социальная политика). Однако, с такой программой партия может не получить достаточное число голосов избирателей в связи с двумя принципиальными вопросами. Наряду с высказанным отношением к механизмам присоединения Крыма к России партия предлагает проведение повторного референдума под международной эгидой. В Крым уже вложено немало средств, утилизированных местными властями, и вопрос о Крыме, по нашему мнению, закрыт и обратного развития не получит, тем более, что с гражданами так поступать нельзя. Не менее 80% автомагистралей Крыма не соответствуют российским стандартам, что требует ежегодных вливаний из госбюджета. Кстати, Крым после двадцати с лишним лет эксплуатации без капитальных вложений сейчас

напоминает мощный пылесос по всасыванию денег: сколько туда не вкладывай, все будет мало: столько накопилось проблем. Другое предложение партии состоит в выводе наших добровольцев и техники из Донбасса, т.е. фактора, сдерживающего возможную расправу с жителями Донбасса, а народные депутаты Украинской Рады обещают массовые казни даже детей на Донбассе после его захвата украинской армией. Все равно рано или поздно придется нормализовать отношения с Украиной, с этой или другой ее властью. Кроме выполнения согласованных и поэтапных Минских соглашений другого пути решения проблем там нет. А ведь всего этого можно было бы не допустить, если бы своевременно власти Украины придали этому региону определенную автономию (в мире немало федеративных государств) и государственный статус русскому языку (во многих странах существует 2 и более государственных языков- и ничего). Также впервые вопросы охраны здоровья и организации медицинской помощи в широком плане включены в предвыборную программу партии «Справедливая Россия». В программе КПРФ об этом упоминается намеками, поскольку в число пропагандируемых коммунистами 10 ударов здравоохранение не входит, а в программах остальных партий эти вопросы ставятся или не совсем правильно, или о них вообще не упоминается. Правда, в выступлениях лидера ЛДПР В.Жириновского прозвучала мысль о необходимости возврата к государственно- бюджетному здравоохранению, а также о том, что платное здравоохранение не только вводит материальный ценз на здоровье, но и вообще опасно. Далее он осудил проведенную «оптимизацию» и сделал ряд разумных предложений. Несмотря на значительные прилагаемые усилия, рейтинг партии «Единая Россия» систематически падает и сейчас составил 31% от числа опрошенных, т.е. пока еще достаточно высок. Но, видимо, опрошенные и голосовавшие- разные люди. В программе партии «Единая Россия» в разделе «медицина для всех, доступность, качество, профессионализм» говорится о достигнутых успехах, как будто все они отданы в заслугу партии. Можно подумать, что партия построила 12 федеральных центров ВМП (а зачем?), часть ВМП включила в систему ОМС и т.д. и ранее обозначенные в программе партии направления и дальше будут развиваться. Ничего нового, прорывного. Интересно бы знать, как партия или ее члены смогли повлиять на рост рождаемости или некоторое снижение смертности? Просто все отдельные результаты деятельности всей системы здравоохранения и усилия всей страны партия автоматически приписала к себе в заслугу. Правда, на съезде партии «Единая Россия» Д.А.Медведев признал, что система здравоохранения сейчас проходит сложный процесс оптимизации, который должен быть максимально безболезненным для людей. Он также заявил, что ведение документации у врача должно занимать не более 20% времени приема (это не уровень премьер-министра), а также о том, что в ближайшее время в регионах будут заменены устаревшие автомобили скорой медицинской помощи, для чего выделены соответствующие средства. А устарели они из-за отсутствия полноценной ремонтной базы, состояния

дорог и даже в связи с передачей автомобилей в аутсорсинг частным автопредприятиям, нещадно их эксплуатировавших. Опять же вместо наведения порядка в работе СМП, вместо строительства новых дорог или их ремонта, вместо создания запаса запчастей и ремонтной базы для автомашин, вместо усиленного систематического техосмотра и предрейсового контроля государство откупается разовой поставкой новых автомобилей, что проще и требует гораздо меньших усилий. Только в Московскую область в 2016 г. дополнительно поставят 45 автомашин скорой медицинской помощи, в Чеченскую республику- 65, а в Липецкую область- 11 автомашин. Далее Д.А.Медведев заявил о необходимости упрощения медицинской документации. Это тоже не уровень премьер-министра, поскольку ранее этим занимался даже не Минздрав, а его отдел медицинской статистики. Другое дело- заявление Д.А.Медведева о том, что вскоре может появиться новый национальный проект по здравоохранению, а в регионах пройдут предварительные проверки затрат на обновление медицинского оборудования. Кроме того, вдохновившись совершенно бесполезным при условии правильной (не такой, как сейчас) организации всей работы опытом Москвы по развитию санитарной авиации, премьер-министр заявил, что Правительство РФ готово найти дополнительные финансовые средства для развития санитарной авиации, столь нужной в обширных регионах страны, что хоть в какой-то степени компенсирует разрушенную службу. А возможностей для утилизации всех использованных автомобилей СМП нет. На Сочинском экономическом форуме (29.09-02.10.2016) в развитие этих идей Д.Медведев заявил, что медицина должна быть мобильной (имея в виду автомобили для СМП, которые в половину мест добраться не смогут) и доступной (имея в виду проблемы регистратуры и внедрения электронных записей на прием, когда очередь из поликлиник переместилась в виртуальное пространство). Как видно, это не решение накопленных проблем, а лишь их ретуширование. Далее в докладе весьма оптимистично говорилось о многих проблемах, в том числе о градостроительных принципах, которые в действительности слабо реализуются. Вообще доклад премьер-министра был, на наш взгляд, весьма общим и достаточно поверхностным, типа «обо всем понемногу».

Тем не менее, реальной и перспективной программы социально-экономического развития страны нет ни у одной из партий. Даже при условии относительной объективизации выборов в Государственную Думу, при контроле со стороны Центризбиркома (Памфилова Э.А.) и надзоре со стороны зарубежных наблюдателей, благодаря предварительной целенаправленной мобилизации всех ресурсов и другим действиям, обязательно победит партия «Единая Россия», которая получит в новом парламенте решающее большинство голосов. И это было известно задолго до выборов. Так оно и получилось. А это означает, что прежняя, возможно, немного скорректированная политика в стране сохранится и тем, кто рассчитывал на перемены к лучшему, надеяться на это не приходится. А зрелыми и перспективными политиками, по нашему мнению, можно считать

А.Кудрина, В.Рыжкова, Г.Явлинского, Д.Гудкова, Д.Потапенко, П.Грудилина, В.Мельниченко, О.Дмитриеву и некоторых других. Пора научиться доверять профессионалам, а не роящимся во власти чиновникам. Не стоит забывать историческое предупреждение о том, что войны затевают политики, а не военные, и о том, что, когда власть озабочена, в основном, собственной выгодой, крах ее неизбежен. Имеет место выраженное намерение переложить финансовое бремя, образовавшееся в результате бюджетных затрат в последние годы, на население. Можно предположить, что многие льготы будут вскоре отменены. Социальное самочувствие россиян снижается, реальные доходы людей за последние 3 года снизились на 15%, органы власти все так же разъедает коррупция, правящая партия безуспешно борется с проблемами, которые сама же и породила, однако при этом еще пользуется серьезной общественной поддержкой. В настоящее время всего 10% домохозяйств владеют 89% всего благосостояния, а это значит, что неравенство нарастает и пропасть между богатыми и остальными людьми увеличивается. Многим уже очевидно, что финансово-экономический блок правительства не вполне соответствует возникающим вызовам и не успевает на них реагировать. И главной проблемой нашей власти является ее оторванность от повседневной жизни рядовых граждан. Вот такой еще один парадокс. Не случайно многие журналисты задаются вопросом «Кто опаснее: власть или собственник?». В конечном итоге, по результатам выборов в ГД в 2016 г. все изложенное выше полностью подтвердилось.

По данным ВОЗ из всех пациентов, обратившихся за медицинской помощью в государственные и частные некоммерческие медицинские учреждения 76,8% излечиваются, 22,5% медицина не излечивает или мало помогает, а в 0,7% случаев может нанести вред. Поэтому можно сказать, что почти в 99% всех случаев медицинские работники поступают правильно и профессионально. Любой врач сознательно или намеренно не нанесёт ущерб своему пациенту, поэтому все разговоры о врачах убийцах не имеют под собой никакой почвы и служит лишь отвлекающим маневром от болезненных для населения проблем. Всегда так было и так есть: когда ситуация ухудшается, идет поиск внутренних и внешних врагов. Как говорится в классических руководствах по системному анализу, поиск виновных, наказание невиновных, награждение непричастных. К тому же все главные проблемы здравоохранения связаны не клинической медициной или лечением больных (хотя они и имеют место), и эта мысль проходит через все разделы.

Наиболее значимое превышение смертности в РФ по сравнению с развитыми государствами отмечается в возрастах 15-75 лет, но особенно, в возрастах 35-65 лет (почти в 5 раз). Кроме того, на смертность будет оказывать европейская миграционная политика, а также миграционная активность в нашей стране. Ведь неизвестно, какую краевую патологию или какой генетический груз несут с собой мигранты.

Представленная Минздравом РФ тенденция снижения смертности точно так же, как и динамика рождаемости, в основном, обусловлена особенностями демографических процессов и ничем иным. До тех пор, пока не прекратится волнообразный характер динамики выбитых поколений, имеющий вид затухающей кривой, в чем можно убедиться, рассматривая демографические пирамиды и проведя стандартизацию показателей, эта тенденция будет продолжаться. 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 перевернулась (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). Из приведенных данных видно, что стандартизованная смертность в мире снижалась, а в России росла. 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 СНГ по этому показателю, то к 2000 г. Россия скатилась на 10 место, а к 2010 г. с трудом переместилась 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 всех бывших восточноевропейских социалистических стран (не стран СНГ) Россия в 1990 г. занимала предпоследнее место, а с 2000 и в 2010 гг. оказалась и вовсе на последнем месте. Смертность в России в 2010 г. была в 2 раза выше, чем в Словении, государстве – лидере в Восточной Европе по этому показателю. Наконец-то до Минздрава РФ в 2016 г. дошло, что общая смертность определяется демографическими процессами (о чем мы неоднократно писали), и не может служить для оценки качества медицинской помощи.

Если сравнить Россию с остальными европейскими странами, то за все рассматриваемые годы Россия занимала последнее место в этом списке стран. Но, может быть, рассмотрение такого длительного периода не очень корректно, поскольку есть мнение, что реально снижение смертности в стране началось после ее пика 2003-2004 годов. Для проверки этого утверждения был взят более короткий период – 4 года и рассчитан среднегодовой рост показателя ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) по России и всем Европейским странам. Действительно, 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 далеко не оптимистичным. Так, Португалию мы догоним только через 71 год и то, если ОПЖ там не будет расти, Словению – через 67 лет, европейского уровня (среднего по всем странам) достигнем только через 32 года, даже с Белоруссией сравняемся только через 5 лет. А ведь уже в 2015 году начался «необъяснимый» рост смертности. Если будет выполнен Указ Президента РФ- повысить к 2018 г. ОПЖ до 74 лет, то это не сократит разрыв в ОПЖ с «Новыми» странами ЕС в 5 лет и в 9 лет в сравнении со «Старыми» странами ЕС, хотя разрывы в ОПЖ в 1994 г. и в 2003 г. были более значительны.

Для того, 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, поэтому для анализа основных особенностей смертности, как правило, 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, начиная 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 по причинам 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- важно и свидетельствует о весьма неблагоприятных переменах за указанный период. Эти величины и аналогичные им представлены в прилагаемой таблице (Ермаков С.П.,)

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. Вместе с тем, 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 противоположная тенденция.
2. В детских, подростковых и юношеских возрастах (0-19 лет) ситуация выглядит вполне благополучной, поскольку 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 и трудоспособных возрастах 20-59 лет. Во всех этих возрастных группах количество умерших увеличилось, причем для

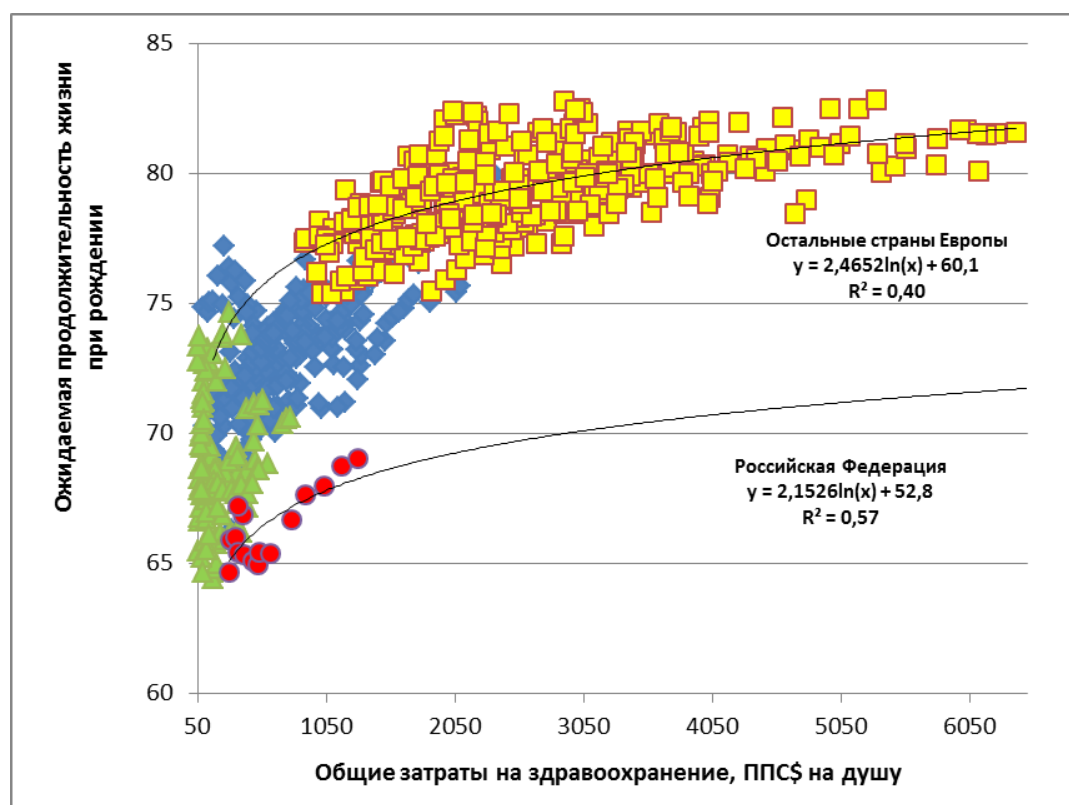
наиболее активного возраста 45-49 лет количество умерших увеличилось в 2,1 раза. Однако наибольший рост количества умерших в возрастах 25-49 лет (в 4-5 раз) произошел именно по причинам смерти, входящим в группу 1, т.е. не от сердечно-сосудистых заболеваний и новообразований, не от травм и других внешних 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 специалисты-эпидемиологи, ни средства массовой информации не обратили никакого внимания на этот важный 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 ближайшие годы страну неизбежно ждет возобновление процесса депопуляции и ухудшение здоровья, что подводит нас к выводу о том, что охрана здоровья и организация медицинской помощи пока не преодолели глубокого кризиса.

В заключение данного раздела приведем рисунок (Ермаков С.П., 2015), 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. Речь идет именно об умеренной, а не очень высокой и тесной зависимости, т.к. на ОПЖ влияет целый ряд разнообразных факторов и условий. Для Российской Федерации и остальных европейских стран (включая страны СНГ и бывшие социалистические страны) С.П.Ермаковым приведены соответствующие трендовые линии, из которых видно, что РФ и остальных европейских странах 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 с 2015 года, является результатом не случайных колебаний, а происходит вследствие системных ошибок руководства отрасли здравоохранения.



Таким образом, смертность в стране не уменьшается, как того хотелось бы, 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 депрессивность 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. Как подчеркивал Овидий, «дело прошлое, но последствия налицо». По расчетам некоторых специалистов из Всемирного Русского народного собрания наиболее высокая смертность зафиксирована в 1994 г. и если бы смертность оставалась на уровне 1980-х годов, то могло умереть на 7 млн. чел. меньше; а если к этому добавить 12 млн. неродившихся детей, то это и будет демографической

платой за реформы 1990-х годов и эти данные значительно превышают потери в результате чудовищных сталинских репрессий.

Сейчас смертность в трудоспособных возрастах также выше, чем была в 1960 г. В настоящее время 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. Однако, чтобы ОПЖ выросла до 73 лет необходимо, чтобы в течение ряда лет общая смертность была на уровне 11,2‰, а это мало реально в ближайшие годы поскольку даже на 2018 г. запланированы более высокие целевые показатели смертности (Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 606). А это значит, что без существенного снижения смертности не добиться желаемых показателей ОПЖ в 74 года. Но, если это все же и как-то произойдет, то разрыв с передовыми странами не уменьшится. Несмотря на указания Президента РФ, министр здравоохранения в газете «Известия» преподнесла радужную демографическую картину: число рождений медленно, но растет (хотя с 2017-18 г. г. 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 в 2015 г. не было.

Между тем в 2015 г. в России умерло почти 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 среднем трудоспособном возрасте (35-44 года). Когда говорят, что смертность выросла или снизилась, это ни о чем не свидетельствует, т.к. не понятно, о каком показателе идет речь. А.Г.Вишневский допускает, что тут имеется в виду коэффициент общей смертности. Но по этому показателю (около 13‰) мы сродни с Нигерией, но и смертность, и рассчитываемая по таблицам смертности ОПЖ у нас разная, в России- выше 72 лет, в Нигерии- 52 года. Если ОПЖ растет, смертность повышаться не может, да и связь смертности со старением весьма условна. Например, дальше всего старение населения зашло в Японии, однако там смертность одна из низких в мире, а ОПЖ соответственно самая высокая.

В 2015 г. фактические значения смертности превысили запланированные целевые показатели на 4.8%. При этом реальные показатели смертности от БСК оказались ниже, чем запланированные целевые показатели на 2015 г. и ниже, чем соответствующие данные в предыдущие годы. Причины этого феномена известны и они упоминались. Однако, смертность от злокачественных новообразований в 2015 г. выросла и превысила

рекомендуемые значения на 2.7%. Некоторому росту смертности, произошедшему в 2015 г. в России, есть два объяснения. Первое 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 приходится самые значительные коэффициенты смертности (84% у женщин и более половины у мужчин). Однако, выше была показана несостоятельность подобных утверждений. 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 десятилетие, что подтверждается демографической пирамидой и теорией затухающих кривых.

Основные (главные) причины роста смертности обусловлены серьезными просчетами и даже вредной для населения проводимой в последние годы политикой в системе здравоохранения, что обусловлено недостаточной компетентностью 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. Это даже не знания об организации работы одного любого медицинского учреждения (чего, естественно, не знают клиницисты, которые должны лечить, иметь дело с болезнями и больными), а о том, как организовать на территории взаимодействие отдельных учреждений и служб, этапность медицинской помощи и маршрутизацию пациентов, как определить потребности населения в различных видах медицинской помощи и реализовать их, как оценивать результативность здравоохранения и здоровье населения, как взаимодействовать с местными органами власти и о многом другом. Поэтому далеко не каждый главный врач (вроде как организатор здравоохранения) может быть успешным руководителем территориального здравоохранения. Квалифицированный лечащий врач может вылечить десятки, ну сотни больных, а от подготовленного и грамотного организатора здравоохранения зависит судьба тысяч и миллионов пациентов. Поэтому каждый должен заниматься своим делом: клиницист- лечить, экспериментатор- экспериментировать, а организатор- заниматься здравоохранением. А попытки привить врачу- клиницисту не свойственные ему знания и умения совершенно бессмысленны, ошибочны и бесперспективны, а здравый смысл не может заменить специальные знания и умения. Проще говоря, пироги должен печь пирожник, т.е. профессионал, а не сапожник.

О наличии именно организационных причин, в частности, свидетельствуют стандартизованные показатели смертности, устраняющие влияние возрастного фактора. И, действительно, в росте смертности от ряда острых и не дегенеративных 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) практически пока 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 пытается доказать обратное. Например, объяснить рост больничной летальности более тяжелым контингентом госпитализированных больных, вдруг неведь откуда появившимся, во что без обоснованных и аргументированных доказательств, без стандартизации госпитализированных по степени тяжести и учета смертности на дому после выписки из стационара поверить невозможно. Наконец-то на рост больничной летальности обратил внимание фонд «Здоровье», поскольку в 2014 г. в стационарах умерли 495 тысяч человек, а в 2015 г. - на 24 тысячи больше. Несмотря на то, что это связано с резким сокращением числа больничных коек, показатели больничной летальности остаются низкими по сравнению с другими странами. Однако при этом нужно учитывать тяжесть заболеваний, возраст пациентов и последующую смертность на дому, обусловленную досрочной выпиской из больницы. Кстати, в США по данным The Wall Street Journal от 29.06.2016 г. смертность на дому, на примере БСК, начиная с 2011 г. неуклонно снижается. У нас же она растет, особенно после выписки из стационара, поскольку из стационаров стараются как можно быстрее выписать больных без проведения необходимых, в том числе реабилитационных мероприятий. Так, с 2005 г. средние сроки пребывания в больницах снизились на 2.6 дня. Кроме того, по данным Счетной палаты к концу 2014 г в России ликвидированы 33757 больничных коек, что также приведет к увеличению внутрибольничной летальности за счет более тяжелого контингента госпитализированных.

Казалось бы, наше государство стало в свое время 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 без какого-либо обоснования неуклонно и насильственно снижается (с 25% до 19%). Это говорит об искусственных препятствиях на госпитализацию больных, особенно, в пожилом возрасте. Значительные территориальные различия в стоимости отдельных видов медицинской помощи (в несколько раз) говорят об отсутствии единой политики в сфере здравоохранения страны. Однако министр здравоохранения В.Скворцова заявила, что ни одна страна в мире не представляет своим пациентам таких возможностей как

Россия. К этому заявлению можно добавить, что фамилии некоторых пациентов известны, да и, вообще, пора снять с носа розовые очки и с близорукости перейти на дальновзоркость.

Во многих странах мира создаются и реализуются программы улучшения здоровья (!), и только в нашей стране- программы развития здравоохранения, что далеко не одно и тоже по целям, средствам, ответственности и результатам. Это также важно иметь в виду и в региональном масштабе.

Ухудшает ситуацию снижающаяся доля расходов на здравоохранение в ВВП, в то время как затратность медицинской помощи непрерывно возрастает. Как известно, каждая новая технология всегда дороже предыдущей, не говоря уже об инфляции и росте цен на медицинские материалы. И если больших претензий к клинической медицине нет, хотя и в ней не все гладко, то этого никак не скажешь в отношении организации медицинской помощи. Вместо рекомендуемых ВОЗ и вполне возможных государственных затрат в размере 7% ВВП у нас на здравоохранение уходит государственных затрат около 3.6% ВВП (2.5 трлн. руб. из федерального бюджета) и еще 2.3 % ВВП в качестве личных средств граждан. Существует правило: если здравоохранение платное, то оно несправедливое. И это же относится к образованию. При этом стоимость приобретаемых медицинского оборудования и лекарств может в 3 раза превышать среднеевропейский уровень. В 2017 г., по заявлению министра В. Скворцовой, консолидированный бюджет здравоохранения вырастет на 5.9% и превысит 3 трлн. рублей, в том числе расходы ОМС-1.735 трлн. руб., федерального бюджета-380.6 млрд. руб., бюджеты регионов-919.8 млрд. руб. Немалые средства планируется потратить на ВМП, лекарственное обеспечение и программу «Земский доктор». При этом государственные бюджетные расходы будут сокращаться, а 80% всех средств на финансирование медицинской помощи намерены получить из бюджета ФФОМС за счет увеличения размера страхового взноса. Однако, эти данные вызывают некоторые сомнения в связи с возможными недоплатами зарплаты или искусственным занижением фонда оплаты труда. В связи со значительным износом основных фондов бюджетных организаций (в здравоохранении- 57.4%, в образовании- 53%) Счетная палата предложила на 2017-2019 гг. выделить на эти цели дополнительно 200 млрд. руб. инвестиций бюджетов всех уровней.

Фактически есть потребность в увеличении государственных расходов на здравоохранение почти в 2 раза до 7% ВВП (в США- сейчас 18%, а в 1960 г.- было 5%, в 2000 г.-14%, в 2023 г. расходы достигнут 21% ВВП; в Германии- 11%, в Турции-7%), т.е. хотя бы до уровня в 1100 долл. на душу населения в год, для чего есть возможности. Это не столько индикатор результатов, сколько условие, без которого их нельзя достичь. При планировании роста стоимости медицинской помощи в США учитывались переход на новые технологии, постарение населения и некоторый рост инфляции (Schoen С.,

2013). В странах Восточной Европы после распада СССР, несмотря на значительное уменьшение объема ВВП в 1990-х годах, затраты на здравоохранение выросли с 3% до 5.9% ВВП и в последующем сохранились на уровне 6-7% ВВП, что не позволило резко ухудшиться состоянию здоровья и способствовало снижению смертности до 10‰. Однако, по мнению известного демографа А.Г.Вишневого, и 6%, и 7% ВВП для России с ее накопившимися за многие годы проблемами в области охраны здоровья крайне мало, поскольку трудно найти страну, в которой приоритеты охраны здоровья и усилий по снижению смертности стояли бы так низко, а сам ВВП в расчете на душу населения в абсолютном выражении был невысоким, что само по себе на сегодня исключает возможность рывка, без которого трудно догнать далеко ушедшие вперед страны. И поскольку 70% граждан страны нельзя отнести к состоятельным людям, то особое внимание на первых порах (а состоятельные пока могут позаботиться о себе сами) в сфере государственной политики должно быть обращено на них. А это означает полный разворот всей государственной политики, на что рассчитывать весьма затруднительно. Но никакого разворота не произойдет. Более того, правительство планирует выделить на реализацию «приоритетных» проектов в здравоохранении в 52 раза меньше средств, чем запросил Минздрав РФ. При этом гораздо больше будет выделено денег из федерального бюджета на ипотеку, аренду, ЖКХ, образование, экологию, моногорода. Сразу видно, что правительство не умеет правильно выбирать приоритеты, к которым на самом деле относятся улучшение демографии, развитие сельского хозяйства, дороги, здравоохранение (но с учетом важности организационных проблем), образование и воспитание, в первую очередь, детей, наука. Но и Минздрав РФ тоже хорош и запросил немалые средства не на оказание медицинской помощи или ее совершенствование, а на информатизацию (как она поможет больным при отсутствии средств на лечение), на перинатальные центры, на закупку авиационных услуг, на образовательные проекты. Правда, запрошенные средства на закупку детских вакцин можно понять, если прогнозируется появление соответствующих заболеваний. Между тем, на ближайшие три года по сравнению с далеко не благоприятным 2016 г. из федерального бюджета сократится финансирование программы онкологической помощи в 1.8 раза, а на программу оказания помощи больным с сосудистыми болезнями - в 21.3 раза. Общие расходы на здравоохранение из федерального бюджета уменьшатся с ничтожно малых 3.6% до 2.6%, а по доле от ВВП (вместе со средствами пациентов) Россия сравняется с Украиной, а в среднеевропейских странах - 11% от ВВП. Это ли не свидетельство тому, что кризис продлится еще долго. Интересно знать, как на такой секвестр бюджета на здравоохранение будут реагировать вновь избранные депутаты ГД, обещавшие в своих предвыборных программах совсем иное? О санкциях уже известно многое и они относятся не к утрате суверенитета, а к его отстаиванию. И все ссылки на то, что «они первыми начали» напоминают детские игры, забавы и обиды.

Сейчас реальная инфляция превышает официальную почти в 2 раза. По данным ВШЭ темпы спада экономики не снижаются, что прямо противоречит более оптимистичным оценкам Центрального банка.

В 2013 г. по рейтингу «Наиболее эффективных систем здравоохранения» (Bloomberg) наша страна заняла последнее 51 место по эффективности, т.е. по соотношению затрат на душу населения на здравоохранение и приросту ОПЖ. При этом учитывалось три важных показателя: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения и стоимость медицинской помощи в абсолютных значениях в расчете на душу населения (в долл. США), против которых и возразить нечего. В 2014 г. Россия по этим критериям заняла 54 место из 55 стран, а в 2015 г. - последнее 55 место (893 доллара на душу населения в год). Минздрав РФ пытался робко возражать против такого рейтинга, однако с объективными критериями не поспоришь. А первые места в рейтинге регулярно занимают Сингапур, Гонконг, Италия, Испания, Австралия. Вообще считается, что величина в 1000 долл. бюджетных расходов в расчете на душу населения в год является рубежной, отделяющая бедные страны от остальных по расходам на здравоохранение. Только после этого рубежа может начаться зависимое от здравоохранения улучшение показателей здоровья. ВВП у нас составляет примерно 80 трлн. рублей; основными статьями дохода являются налоги, таможенные платежи и акцизы; дефицит федерального бюджета оценивается в 400 млрд. рублей. Если бы все таможенные сборы поступали бы в бюджет, то никакого дефицита не было. Для роста ВВП на 4% нужно на 5 млн. увеличить число рабочих мест и увеличить производительность труда. Расчет на малый и средний бизнес, как основной локомотив экономики, при нынешней ситуации может себя не оправдать, так как там под сильным чиновничьем прессингом ликвидируется больше рабочих мест, чем создается. Всемирный банк (World Bank) опубликовал аналитический доклад «Ведение бизнеса в 2016 году», основанный на 10 показателях, характеризующих благоприятные условия ведения бизнеса. По выведенному рейтингу Россия передвинулась с прошлого года с 62 на 51 место из 189 государств. Поскольку по каждому из 10 индикаторов определялось соответствующее место, то отсюда следует, на что нужно обратить особое внимание: на защиту инвесторов, на ведение международной торговли, на простоту получения разрешения на строительство, на простоту ликвидации фирм, на защищенность от административных воздействий и т.д. Крупный, олигархический бизнес, появившийся в том числе в результате хитроумной приватизации и рейдерских захватов, помимо расширения сферы своей деятельности продолжает ассимилировать малый и средний бизнес, ликвидируя их, осуществлять в пределах специально разработанного законодательства захваты конкурирующих предприятий, предварительно их банкротя, оказывает влияние на все управленческие процессы в стране и т.д. Если налоги с физических лиц у нас одни из самых небольших в мире, то налоги с

юридических лиц, особенно, с малого бизнеса чрезмерны, что наряду с поборами «душит» малый и средний бизнес просто на корню, заставляя его лавировать, давать взятки, искать «крышу», уводить прибыль в «тень», сокращать ФОТ и т.д., вплоть до полного разорения. Между тем, 88% опрошенных Фондом общественного мнения считают, что государство должно принять нужные меры для развития в стране именно малого бизнеса, который душат со всех сторон и который пока обеспечивает 7% ВВП РФ. К этим мерам можно отнести: дешевые кредиты (не выше 2-3% годовых), отмену на 7-8 лет невыносимых поборов и тарифов, введение квотирования, обеспечение беспопшлинного доступа на рынки, разнообразные льготы и государственную поддержку, передачу в малый бизнес местной промышленности и т.д. Однако контроль за работой бизнеса должен быть разным и нельзя стричь любой бизнес под одну гребенку. Скажем, наиболее жесткий и частый контроль должен быть за производителями продуктов питания, что относится к проблеме национальной продовольственной безопасности, а за другими видами бизнеса- достаточно осуществлять налоговый контроль и т.д.

До тех пор, пока экономика будет для государства и бюджета, а не для граждан, до тех пор, пока бюрократия побеждает демократию, большие перспективы в развитии страны себя не проявят. Можно полагать, что в основе нынешней государственной политики лежит провозглашенный тезис «денег нет, но вы держитесь» или в переиначенном виде «нечего есть, но вы держитесь».

56 млн. россиян обнищали настолько, что не могут купить одежду, а у свыше 28 млн. человек денег не хватает даже на еду. Но, согласно Конституции РФ, Россия является социальным государством. Видимо, В.Матвиенко об этом как-то подзабыла. А с позиции обывателя это означает, что должны быть созданы все благоприятные условия для развития рыночной экономики и бизнеса (в том числе в сфере услуг, кроме большинства сфер: медицинских, образовательных, социальных и научно-фундаментальных, в которых услуг не должно быть), в первую очередь малого и среднего бизнеса, при минимальном участии государства, что продуманная налоговая политика должна быть направлена на возможное социальное выравнивание населения по доходам и возможностям (изъятие налогов из экономической сферы и передача их в социальную сферу, находящуюся под протекцией государства, с поддержкой социально уязвимых групп населения, введение прогрессивного налога и налога на роскошь), что в центре внимания государства должен быть гражданин с его потребностями, безопасностью и его жизнеобеспечением и его нужно поддерживать, что инвестиции должны направляться в установленные (и узаконенные) на каждый период времени научно обоснованные приоритеты и т.д. Законы рыночной экономики таковы, что прямые налоги (к ним относятся налоги на прибыль физических и юридических лиц) должны

носить прогрессивный, повышающий характер, а косвенные налоги (НДС, которого в ряде стран нет, акцизы, таможенный налог, налог с продаж и т.п.), тормозящие развитие бизнеса и влияющие на цены, должны носить регрессивный, понижающий характер. Налоговая политика должна быть не закостенелой, как у нас (для вывода доходов «из тени»), а достаточно гибкой, о чем свидетельствует известная кривая Лаффера, представляющая собой графическую зависимость объема государственного бюджетного дохода от среднего уровня налоговых ставок по стране, что показывает в каждый временной промежуток оптимальный уровень налогообложения, когда государственные доходы максимальны. Взимание налогов сверх этого уровня ведет к снижению доходов государства, так как при этом становится невыгодным производство, оно сворачивается и в итоге уменьшается налогооблагаемая база. Снизу вверх идут все рентовые налоги. Кстати, о налогах и приватизации мы писали ранее (сайт viperson.ru). Продуманная налоговая политика не только интенсифицирует работу бизнеса, но также способствует приоритетным инвестициям и социальному выравниванию в обществе. Отсюда видно, что такая политика представляет собой весьма чувствительные вожжи управления экономической и социальной жизнью страны. Все это могло бы способствовать спокойствию и прогрессу в нашей стране. Но у нас налоги установлены для удобства богатых, жилищный кодекс - для удобства риелторов, любое страхование - для высоких доходов страховщиков, и этот перечень можно продолжать до бесконечности. В качестве примера приведем ОСАГО, сборы по этой обязательной автомобильной страховке составили в 2015 г. 220 млрд. руб., а выплаты - 121 млрд. руб., т.е. 55%, хотя по закону на страховые выплаты должно идти 80%. Очень часто необдуманно налоги завышаются, а потом отменяются, как было с неподъемным налогом на квартиры в Тамбовской области.

Исходя из всего изложенного, деньги из активов банковской системы, резервов и доходов от приватизации ряда государственной собственности целесообразно после соответствующей подготовки в виде наведения порядка в сферах знаний вложить в «экономику знаний», в том числе и в здравоохранение, а также в человеческий капитал в целом как в драйвер экономического роста. На научные исследования, например, у нас тратится в долях от ВВП в 3-4 раза меньше, чем в развитых странах, что приводит к еще большему отставанию и большей зависимости от западных технологий. Правда и то, что средства, выделяемые на науку и образование, далеко не всегда используются по назначению, о чем, в частности, свидетельствует последний пример с Пензенским государственным технологическим университетом. Более того, волна «оптимизации» докатилась и до науки. В связи с сокращением госпрограммы «Развитие науки и технологии» к 2019 г. предполагается сократить численность ученых на 8300. Правда, эти сведения пока не подтвердились, хотя их вброс носит выраженный зондирующий характер, ведь дыма без огня не бывает. Одновременно ФАНО пытается объединить или ликвидировать множество относительно небольших

институтов, не влияющих, по мнению научных чиновников, на качество управления научными исследованиями. Более того ФАНО потребовало от каждого института в течение короткого времени провести анализ потенциала института, оценить приоритетные исследования и их вклад в развитие российской экономики. Дело явно нереальное. ФАНО- это экономисты и бухгалтеры и они не вправе решать проблемы, связанные с наукой, хотя и стремятся засекретить ряд научных исследований. Годовой бюджет только одного Гарвардского университета с 15 тысячами студентов в 4 раза больше всех ассигнований на фундаментальную науку в нашей стране. По доле «экономики знаний» в создании ВВП у нас отставание в целом получилось в 2.5 раза, особенно выраженное в сфере биотехнологии и здравоохранения. Если в странах Запада доля услуг в создании ВВП достигает 80%, почти половина которых приходится на интеллектуальные услуги (не менее 30%), то у нас в доле услуг (60%) преобладают торговые услуги и только менее 15% вклада в ВВП приходится на «экономику знаний». Именно благодаря росту вклада экономики знаний в ВВП Китая в размере до 50% , ВВП там росло по 7-8% в год. По данным Всемирного банка Россия по затратам на образование (в долях от ВВП) занимает 98 место из 153, рядом с Бутаном, Таджикистаном и Парагваем. По данным ВЦИОМ только 13% работодателей довольны уровнем нашей вузовской подготовки, а 56% выпускников чувствуют пробелы в образовании и приобретении практических навыков. Можно в качестве примера лучших мировых ректоров вспомнить Яна Гуса, ректора Карловского университета в Праге, идеолога чешской Реформации, Александра фон Гумбольдта, идеолога системы образования в Германии, основные принципы которой сохранились до сих пор, и других. Наши же реформаторы образования берут все самое худшее, но кажущееся простым (примитивным), что есть на Западе. Там не могут так фундаментально обучать детей, как это ранее было у нас, и учат (натаскивают) узким навыкам, по-модному- компетенциям. Вот и у нас теперь с помощью ЕГЭ довели образование до того, что дети заучивают только то, что нужно сдавать на госэкзаменах. И почти весь первый курс в вузах уходит на доучивание или переучивание того, что было сделано плохо в школах. Не случайно ведущие вузы проводят свои дополнительные экзамены. Со сданным ЕГЭ дети подают документы сразу в несколько вузов, без разницы, куда возьмут. Можно себе представить, какими специалистами станут такие дети, наугад выбирающие будущую специальность. В связи с изложенным, для развития страны необходимо вклад «экономики знаний» (т.е. вложений в человека) в ВВП в течение 10 лет увеличить в 2 раза, что обеспечит устойчивый экономический рост страны. При этом никак нельзя забывать о воспитании. В связи с приходом нового министра образования появляется надежда, что отечественное школьное образование вернет себе утраченные в последние годы позиции (широкую подготовку ко взрослой жизни, профориентацию и др).

В стране открыто заявлено об изменении идеологии, хотя п.2 статьи 13 Конституции РФ гласит, что никакая идеология не может устанавливаться в качестве государственной и обязательной.

А для повышения покупательского спроса необходимо проводить политику дешевых кредитов, низких косвенных налогов, дешевых и легко доступных государственных услуг и цен, оказания нужной помощи населению. Однако в ближайшие годы в связи с общим экономическим кризисом в РФ, обусловленным как внешними, так и внутренними причинами, рассчитывать на возможное увеличение финансирования в том числе здравоохранения, за что справедливо ратуют некоторые специалисты, не приходится. Этому не способствует даже снижение внешнего долга (за 2 последних года на 213.7 млрд. долл. до уровня 515.2 млрд. долл. в 2016 г.), поскольку 26% этого долга приходится на спекулятивные действия частных коммерческих банков. Самый большой в мире государственный долг США- 19.8 трлн. долл. А долговые обязательства некоторых наших регионов требуют внимания государства. Например, самые большие проблемы наблюдаются у Ненецкого АО, Калмыкии, Мордовии, Хакасии и Тюменской области. Их долги непрерывно растут, а доходы от налогов в местный бюджет не могут обеспечить все потребности указанных регионов. Объем ВВП в 2016 г. составил 82.8 трлн. рублей при официальной инфляции в 5.8%. Только за 2015 год расходы на оборону выросли на 48% до 2.9 трлн. рублей, а в 2016 г.- до 3.157 трлн. рублей, поскольку проблемы армии накапливались на протяжении 20 лет. Тем не менее, Минфин РФ предложил урезать расходы на оборону в ближайшие три года на 6%, хотя эти расходы финансируются из закрытых статей федерального бюджета. При этом, видимо учитывалось, что мы почти достигли паритета в ядерном вооружении на боевом дежурстве с США (1780 стратегических боеголовок на носителях против 2080), во Франции их в 6.1 раза меньше, в Китае- в 6.8 раз меньше, в Великобритании- в 11.9 раз меньше по сравнению с Россией. Имеются также тактические боеголовки: в России-2000, США-500, во Франции-90, в Пакистане и Индии- по 100, в Китае-375, в Израиле -80, в КНДР- 8. Но это тот случай, когда количество не перерастает в качество и несколько десятилетий назад специалисты ряда стран (проиграв будущую войну на моделях) сделали вывод о том, что победителей в ядерной войне не будет и потому любые международные конфликты следует решать только дипломатическим путем. Наша страна катастрофически теряет доверие в мире и большинство населения многих государств относится к России негативно (в Польше и Иордании- по 80%, во Франции, Германии, Японии, Израиле- от 70 до 80%, в Испании, Великобритании, США и Италии- от 60 до 70%). А благоприятное отношение к нашей стране отмечено во Вьетнаме, Гане, Китае, Индии, Нигерии и др. Проведенные опросы общественного мнения говорят о том, что государству стоит направить финансирование в первую очередь на здравоохранение и образование (66%), а также на создание государственной

инфраструктуры (57%). Получается, что люди лучше чувствуют пульс страны, чем призванные для этого чиновники.

После 2007 г. ежегодно происходит отток капитала из страны, а начиная с 1 квартала 2015 г. отмечается падение ВВП, произошедшее из-за снижения внешнеторгового оборота, инвестиций, индекса промышленного производства, снижения оборота розничной торговли и т.д. Импортозапрещение пока опережает импортозамещение. Несмотря на относительную дешевизну рубля, ожидаемый рост экспорта так и не произошел. В 2015 г. замороженный годовой бюджет составлял 15.787 трлн. рублей, в 2016 г. доходы бюджета составили 13.3 трлн.руб., расходы- 16.4 трлн.руб. В 2016 г. дефицит бюджета может достигнуть 3.3% ВВП, а ВВП оказался на 5.5% ниже среднего уровня 2014 г. Иначе говоря, доходы сократятся на 370 млрд.руб., а расходы возрастут на 300 млрд. руб. (для сравнения: национальный долг США составляет 77% от ВВП). Большинство опрошенных полагают, что кризис у нас продлится еще несколько лет и даже больше. Каков кризис- таков и бюджет, который не содержит даже намеков на технологический прорыв и, по мнению ряда экспертов, ориентирован на военные цели, т.к. треть нового трехлетнего бюджета направлена на оборону, безопасность и правоохранительную деятельность. В 2017 г. расходы на здравоохранение будут сокращены на 33%, в том числе на стационарную помощь- на 39% (с 243 до 148 млрд.руб.), на амбулаторную помощь- в 1.7 раза (с 113.4 до 68.995 млрд.руб.), на сан-эпид. благополучие- на 16% (с 17.473 до 14.68 млрд.руб.), на прикладные научные исследования- на 21% (до 16 млрд.руб.) . А это значит, что находящиеся в жутком состоянии больницы (особенно, инфекционные) и поликлиники в Твери, С-Петербурге, Подмосковье, Пензе и в других местах, еще долго будут стоять в очереди на ремонт. К сожалению, вместо анализа Государственной программы госгарантий Минздрав РФ в пояснительной итоговой записке лишь перечисляет то, что приложено в таблицах без малейшего намека на анализ. Этот анализ мы провели, и он свидетельствует, что в стране нет единой политики в сфере здравоохранения и разбросы по территориям по отдельным показателям весьма и весьма значительны. Если с большой вероятностью сохранятся инерционное развитие и сложившиеся процессы, то опоры на человеческий капитал не получится, тем более при падении уровня жизни. Сейчас практически в минусе находятся все сектора экономики, особенно строительство, объемы которого сократились за полгода в 2016 г. на 10%, а по сравнению со средним уровнем 2014 г.- на 15%. Самыми расходными статьями бюджета 2016 г. являются социальная политика и национальная оборона. Несмотря на бюджетную подпитку ПФР, денег там катастрофически не хватает. Большой недобор доходов ведет к исчерпанию ресурсов Резервного фонда и к необходимости использования средств из Фонда национального благосостояния для финансирования бюджетного дефицита. В Минфине считают, что если ничего не делать в экономике, то к концу 2017 г. не останется бюджетных резервов и нечем будет платить

зарплату. Не спасет положение грядущее повышение цен на алкогольную продукцию и дополнительные налоги и сборы на граждан. Затягивать пояса на людях проще (население все стерпит), чем поработать над источниками пополнения бюджета или его нерациональными тратами. Повторимся, что денег в стране много, но они находятся совсем в другом месте. На конец 2017 г исчезнет Резервный фонд, а Фонд национального благосостояния составит 3973 трлн. руб. На национальную оборону будет истрачено 17,6% бюджета, а на безопасность и правоохранительную деятельность-12.2% ВВП, а на образование будет выделено лишь 3.5% ВВП. Уроки прошлого, когда были чрезмерные траты на военно-промышленный комплекс и мы делали больше всех в мире танков и подводных лодок, так ничему и не научили, а голос прогрессивных экономистов и аналитиков не хотят слышать те, кто принимает решения. По мнению ряда экспертов, если даже экономический рост и начнется, он не сможет обеспечить приемлемый уровень доходов. Ведь нефть и газ, по мнению Г.Грефа, могут у нас закончиться к 2032 г. Представляется, что они закончатся раньше, но не по объему, а из-за нерентабельности добычи, когда денег на их добычу будет тратиться больше, чем получаемый от продажи доход, т.е. с момента невыгодности их добычи. Расходы федерального бюджета будут до 2019 г. заморожены, на более низком уровне, чем было в предшествующие годы. А это значит, что целый ряд социальных обязательств могут оказаться не выполненными. При этом полярность мнений многих специалистов и представителей власти относительно настоящего экономического положения и перспектив просто поражает. Однако, если гипотетически представить нашу страну без коррупции, без нецелевого использования средств, без хищений, то тогда денег хватило бы на всё.

Представляет интерес сравнение России со странами с ведущими экономиками. По размеру ВВП даже Великобритания, в которой в 2 раза меньше численность населения, превышает наши данные в 1.5 раза (США- в 9.2 раза, Китай- в 5.4 раза), по среднему уровню дохода- в 4.3 раза (США- в 4.7 раза, Японии- в 4.1 раза), по индексу качества жизни, включая безопасность, здравоохранение, покупательную способность, экологию и т.д.,- в 3.2 раза (США- в 3.7 раза, Германия- в 4.1 раза). По сравнению с Китаем средняя зарплата в России меньше, а стоимость производства- дороже. Вот такой экономический парадокс. По заявлениям Минфина РФ без реформ финансовые резервы закончатся к концу 2017 г. (из Резервного фонда только за полгода в 2016 г. изъято 33% его запасов) и занятые в бюджетной сфере могут остаться без зарплат. Речь идет о настоятельности реформ в разных сферах российской экономики, например, в реформе госзакупок, на что выделяется 6.6 трлн. рублей, и которая может дать экономию до 20%. Необходима также для запуска экономики политика дешевых денег со сниженной ставкой по кредитам. Вместо этого, видимо, будет выбран путь подавления инфляции и балансирования бюджета. Фактически все изменения модели экономического развития по сути сведутся к тому, чтобы ничего не

менять. В то же время не внутренний экономический рост, а наращивание военной мощи у нас является пока главным аргументом в международных отношениях и на это уходит значительная часть бюджета. А власти, видимо, считают, что это способствует и внутренней стабильности, мол, снижение доходов населения и расходов на социальные обязательства пока не критичны, и народ может их перетерпеть. Наша страна пока занимает 1-2 места в мире по добыче нефти, алмазов-1 место, по природному газу, титану и алюминию-2 место, по золоту- 3 место, по серебру- 4 место, по стали- 5 место, по лесоматериалам- 6 место, по меди- 7 место, по цинку-1 1 место. Мы вторые по экспорту вооружений и входим в число крупнейших производителей минеральных удобрений. И вроде урожай бьет все рекорды. Иначе говоря, Россия, будучи великой державой, таковой в социально-экономическом плане пока не является. Великой не может считаться держава, живущая, в основном, за счет своих ресурсов, а не технологий, при беднеющем населении, при утрате конкурентоспособности, при значительном прессинге на малый и средний бизнес, при опоре на олигархический капитал, без широкого развития гражданских свобод и т.д. Причем беднеют не только бедные, но и представители среднего класса (по нашим меркам), о чем свидетельствует резкое, на 30% снижение спроса на приобретение бюджетных легковых автомобилей. О том, что условия жизни влияют на здоровье, известно еще с незапамятных времен. В России не только во многих частных домах и бараках, но и в 5-6- этажных домах вместо газового преобладает отопление на дровах или угле, в том числе совсем недалеко от Москвы. Мы строим мосты и туннели, тянем газ в Европу, а многие города (например, Мурманск), не говоря уже о далеко не полностью газифицированных селах, и в 30% городов и 53% сел газа вообще нет. Даже в Московской области газ подведен только к 40% населенных мест. Для сравнения укажем, что в Нидерландах газифицировано 99.9% территории страны, в странах Евросоюза- 90%, в Армении-93%, в Узбекистане-73%. Многим нашим жителям подводка газа к дому не по карману, поскольку из-за коммерческих посредников цена возрастает в сотни раз. Так, в Балашихинском районе Подмосковья за подведение газовой трубы к поселку просят по 500 тысяч рублей с каждого дома при хорошо известной у нас средней пенсии и средней зарплате. На строительство Северного потока ушло 8.8 млрд. евро, а на газификацию российских населенных пунктов тратится в 15 раз меньше. И власти, и фирмам выгоднее тянуть газ на Запад, чем им обеспечить собственных граждан. Если бы Газпром, считающийся государственной компанией, только на год отказался бы от спонсирования футбольных клубов (в том числе зарубежных), хоккейных клубов и различных спортивных мероприятий, то газом можно было бы обеспечить 20 тысяч российских семей. Получается, что с подачи власти уделом многих россиян является тепло от печки, вода из колонки, туалет во дворе, ужасное жилье, детский сад и школа за десяток километров, больница за 100 км и т.д.

Теперь прожиточный минимум, на который прожить не возможно, увеличен до 9956 рублей в среднем по стране и составляет в месяц 155.6 долл., в том числе для пенсионеров- 127.5 долл., для детей- 154.1 долл., для работающих- 167.5 долл. Вот от этого минимума и ведется отсчет бедности. Проведенный опрос «Левада-центра» показал, что осложняет жизнь российской семьи в порядке убывания: низкие доходы, бытовые трудности, плохое здоровье и сложности в получении медицинской помощи, опасение потерять работу, переутомление. Сейчас перед страной возникает бифуркация дальнейшего развития: более социализированный европейский путь, когда доля затрат на оплату труда не высока, хотя достаточна, но зато исключительно развиты социальные программы и социальная поддержка, и менее социализированный (американский), когда социальные расходы минимальны, но высока оплата труда, и тогда сами работники должны оплачивать значительную часть социальных расходов. И в том, и в другом случае должна развиваться благотворительность. Правда, в РФ может быть выбран особый путь развития при минимальной государственной социальной ответственности и урезании социальных расходов, при минимальных доходах граждан, высокой планке налогов и поборов с населения, высоких ценах и подавлении недовольства. И это все в угоду олигархам и в ущерб большей части населения. Если раньше все, что несправедливо выжимали из народа любой ценой, шло как-то на развитие и укрепление страны, то еще совсем недавно было то же самое, но большей частью на личную пользу властным структурам и чиновникам. Например, рост цен на ЖКХ не приводил к улучшению качества услуг, а деньги оседали в чьих-то карманах.

Разрыв между бедными и богатыми продолжает расти. Об этом мы и другие многократно писали. Как считают некоторые специалисты, пополнение бюджета вследствие введения прогрессивного налога на доходы будет незначительным. И пусть, ведь нельзя на страну смотреть только через призму бюджета. Для большей части населения прогрессивный налог означает некую социальную справедливость, социальное выравнивание и возможность оказать более существенную поддержку социально уязвимым группам населения. Рыба, как известно, гниет с головы. Почти одни и те же люди находятся уже 16 лет у власти и забронзовели. Власти настолько хорошо и почти безнаказанно себя чувствуют (даже смещение с должности за казнокрадство не сопровождается отъёмом капитала, движимости и недвижимости, приобретенных не за официальную зарплату), что совсем не заинтересованы в радикальных или даже в простых переменах. Один из лидеров Единой России В.Плигин, по совместительству депутат ГД и бизнесмен, помог захватить воронежское предприятие, по свидетельству «Новой газеты» у И. Сечина и его жены Ольги имеется огромная яхта под флагом Каймановых островов. Кстати, зарплата И. Сечина составляет 500 тысяч руб. в день. Дело дошло до суда как бы за вмешательство в личную жизнь бизнесмена. Бизнесмены гребут деньги, делают их даже на генераторах электроэнергии, поставленных для Крыма. Чиновникам очень

высокого ранга (даже не коммерческим тузам) предоставлена возможность, естественно, не за высокую их зарплату, приобретать движимое и недвижимое имущество за рубежом. Например, у И.Шувалова такое имущество уже есть, есть даже собственный самолет (дальновидно записанный на сына), в котором, по заявлению его жены, они возят своих собак на международные выставки, что, по ее мнению, якобы способствует престижу нашей страны. Однако семейный Bombardier вскоре после огласки исчез из баз данных. Кстати, именно Шувалов был председателем комиссии, разрешившей строить элитные поселки для бизнесменов на месте полей, где специалисты из С-Петербурга сажали не тронутые, не съеденные и сохраненные ими в блокаду селекционные семена. Тогда мною это было расценено как акт бандитизма, как надругательство над памятью погибших от голода ленинградцев. А произошло это потому, что И.И.Шувалов (юрист, после А.Кудрина куратор экономического блока в правительстве) напрямую связан со многими олигархами и лоббирует их интересы, а не интересы граждан и страны в целом. Примерно то же самое происходит и в других местах. Например, опытное поле «Немчиновка» Московского НИИ сельского хозяйства, на котором шла селекция рекордных по качеству и урожайности (по сравнению с канадскими и германскими сортами) сортов пшеницы. Селекционеры уже вывели сорт озимой пшеницы, с помощью которой можно накормить высококачественным (по белку, клейкости и т.д.) хлебом всю страну и выйти на передовые рубежи по мировым продажам. Однако у «компетентной» правительственной комиссии опять же во главе с И.Шуваловым с его наплевательским отношением к богатствам страны хватило совести загубить это дело и передать селекционные земли под застройку. Другой земли в пустыющей стране, видимо, не нашлось. Сейчас появилось желание отобрать существовавшие 150 лет плодородные земли у Сельхозакадемии им. К.А.Тимирязева, закрыть все теплицы и установить там колонны с вертикальными посадками и капельным орошением. Но ведь такие колонны с вертикальной фермой, гидропоникой и аэропоникой можно устанавливать на любых землях и в любом месте, даже в закрытых помещениях. Просто руки чешутся оттяпать землю почти в центре разросшейся Москвы. Еще интереснее выглядит предложение В.Мау, готового избавиться от пенсионеров в стране, не расстреливая их, а высылая в дешевые страны при доходах от сдаваемой в Москве квартиры. Правда, есть примеры и другого решения проблем пенсионеров. Например, в Липецкой области создан образцовый центр по реабилитации пожилых и инвалидов. Все во власти уже понимают, что нормальных пенсий в России не будет и в лучшем случае будет выплачиваться минимум, которого хватит на еду, без какой-либо индексации в этом году (да и в последующих тоже) для работающих пенсионеров, которые отдали и отдадут свой труд на общую пользу. Власти сейчас размышляют о том, что бы можно выжать из работающих пенсионеров. Например, не платить им пенсии, хотя государство должно быть заинтересовано в остаточной трудоспособности пенсионеров. И тут возникает соблазн вновь откупиться разовыми подачками

из бюджета, а не из ПФР, что и было решено и о чем с напускной горечью заявил премьер-министр. А в стране почти 43 млн. пенсионеров, и если бы пенсии были сразу проиндексированы на 12.9%, как по закону, а не на 4%, то уровень жизни пенсионеров несколько бы повысился. А так власти в 2016 г. сэкономили 300 млрд. руб. (куда они ушли?), а в 2017 г. - будет еще больше. Если в России размер пенсии составляет 30% от средней по стране зарплаты, то в развитых странах в долевым исчислении в 2-2.5 раза больше (от их средней зарплаты). Это позволяет западным пенсионерам вести достойный образ жизни, много путешествовать, помогать детям и т.д. У нас принято решение о выплате в начале 2017 г. всем пенсионерам по 5 тысяч рублей. Среди всех пенсионеров есть бывшие министры, чиновники и депутаты, которые даже не заметят этой выплаты, так зачем она им. Конечно, индексация пенсий для властей менее выгодна, чем разовая выплата, которой стараются откупиться от пенсионеров. И это несмотря на то, что индексация, ее сроки, размер и порядок предписаны законом. Значит, если власти вправе нарушать законы, то что тогда говорить о других. А «рыночники» (В.Назаров и др.) предлагают отказаться от государственной ответственности за наполнение ПФР, а ввести добровольную накопительную пенсию, когда каждый человек сам будет отчислять часть денег для своей будущей пенсии. И такое антигуманное предложение может быть принято нашей властью. В 2017 г. размеры пенсий для неработающих пенсионеров должны увеличить на 5.8%. В связи с дефицитом средств в бюджете сейчас рассматривается вопрос о переходе с трехлетнего планирования на одноразовый бюджет. Между тем, и это подчеркивалось, деньги в стране есть, и как свидетельствует Счетная палата, как минимум 500 млрд. руб. просто закопано в землю- строительство тысяч объектов было начато, но не завершено. А если собрать воедино все материалы проверок Счетной палаты РФ, то получится просто фантастическая сумма. Сейчас Россия четко распадается на 2 страны: богатых и бедных, которые нигде не пересекаются, ни в работе, ни в местах проживания, ни на отдыхе, ни в магазинах, ни в больницах, ни на кладбище. Если очень богатые (а их 1% населения), к которым относятся некоторые депутаты ГД (среди них есть и олигархи), семьи ряда чиновников правительства и губернаторов, топ-менеджеры госкомпаний и корпораций, руководители и владельцы сырьевых и других корпораций, криминальные авторитеты и другие, имеют минимальный доход от 5 млн. руб. на человека в месяц, владеют элитными квартирами и особняками, счетами в банках, яхтами, самолетами, люксовскими автомобилями, питаются в дорогих ресторанах и одеваются в дорогих бутиках, то бедные (а их около 70%), к которым относятся лица с доходом в среднем в 30 тысяч руб. и менее на человека в месяц (пенсионеры, многодетные семьи, бюджетники, работники транспорта, торговли, сельского хозяйства, обрабатывающих производств и другие), имеют минимальный набор условий жизни. И вот на фоне кризиса, когда народ призывают затянуть пояса, представители власти и крупного бизнеса не скрывают свои огромные траты, хотя часть своего бизнеса и часть доходов и имущества

могут перевести на ближайших родственников. Как, глядя на чиновничью верхушку, должны вести себя остальные чиновники в разных сферах деятельности, имеющие возможность «решать вопросы»? А как должны на эти доходы и телевизионные тусовки реагировать простые люди, проживающие даже не в глубинке? Вот и выходит, что страна поражена коррупцией по типу «живи сам и дай пожить другому», с которой некому бороться. Коррупция превратилась в образ жизни, в вид бизнеса, когда должностные лица, используя административный ресурс и свои чиновничьи возможности, создают специальные условия, помогающие им решать задачи собственного обогащения. О том, что это относится и к верхним эшелонам власти свидетельствует контролируемая органами ФСБ взятка, полученная министром экономического развития А. Улюкаеву в размере 2 млн. долларов. Не слабо, но нашел у кого брать - у главы «Сибнефти», коллеги Президента РФ. Все это не имеет никакого отношения к борьбе с коррупцией, а означает лишь ожесточенную борьбу внутри элиты за влияние на принятие решений и за распределение финансовых потоков. Считается, что помимо ЖКХ самым коррумпированным является фармацевтический рынок. Так, Федеральная антимонопольная служба приводит данные о том, что в результате сговора цены на некоторые лекарства завышены в десятки раз, а цены на дженерики могут отличаться в 160 раз. Перечень льготных лекарств значительно в разных размерах похудел в регионах, что, с одной стороны, делает малодоступным получение нужных лекарств, а с другой, создает выраженное неравенство между пациентами в разных регионах. Наиболее коррумпированными являются совсем не те территории, где посадили губернаторов, а, как считают специалисты, Курская и Астраханская области, Удмуртская республика. А теперь к ним добавилась и Кемеровская область. Разрыв между богатыми и бедными регионами достигает семикратного размера, что опять же требует не единого подхода ко всем регионам, а дифференцированного. Наибольшие коррупционные риски относятся к ЖКХ, национальным проектам, социальным и большим федеральным программам, госзакупкам, где содержатся значительные бюджетные средства или деньги населения. Хороший вариант: брать коммерческим структурам средства в бюджете (под строительство дорог и т.д.), а потом их не возвращать. Правда, есть план с возможной уголовной ответственностью за «откаты» при госзакупках. Коммерческий подкуп, взятки, откаты и в целом коррупция в РФ, по свидетельству совместного доклада Высшей школы экономики и Всемирного банка, вышли из-под контроля. Мошенничают почти все, кто имеет любой, в том числе, административный, доступ к материальным ценностям, вплоть до главы лётного отряда Президента РФ. Достаточно посмотреть на особняки вокруг крупных городов, не говоря уже о яхтах и зарубежных замках. Правда, предлагается установить запоздалый контроль за расходами даже бывших чиновников с выявлением неподтвержденных доходов. При этом совершенно не учитывается системный международный опыт (например, Сингапура) и борьбу с коррупцией будут вести сами коррупционеры. По данным

Transparency International вседозволенность группируется вокруг элитных кооперативов (Озеро, Акулинино, Сосны и др.), членами которых являются высокие чиновники и олигархи. Однако, в своем большинстве чиновники не являются «эффективными» менеджерами, что видно на примере полностью провальной многолетней деятельности непотопляемого В.Л. Мутко (моторист, инженер по судовым машинам, кэн, сам спортом не занимался, но руководил спортивным туризмом), превратившего спорт в многоаспектный прибыльный бизнес. Именно под него создавалось министерство спорта, туризма и молодежной политики с тем, чтобы перевести деятельного В. Фетисова на другую работу. Именно он заложил мину под международное олимпийское движение, которое зародилось на холме Олимпии в 776 г. до н.э., когда атлеты соревновались в борьбе, беге и гонках на колесницах, и возродилось Пьером де Кубертенем лишь в 1896 г., когда была проведена летняя Олимпиада в Афинах. Кстати, в США, занявших первое командное место на Олимпиаде в Рио-де-Жанейро, нет министерства спорта, и средства из государственного бюджета на спорт не выделяются. В провале оказались спортивное и параолимпийское движение, футбол, туризм, и молодежная политика наряду с подмоченной репутацией всей нашей великой спортивной державы. И вот такой «специалист», которому отказывают в аккредитации на Олимпийские игры, руководил всем нашим спортом и футбольным союзом. Он не понял, что без широкого развития физкультурного движения выдающиеся спортсмены не появятся, тем более, что для этого нужно создавать соответствующие и бесплатные условия. Достаточно вспомнить физкультурно-спортивный опыт ГДР. Сейчас наступает время отрезвляющего анализа причин неудач в спорте и в этом главными причинами являются система Минспорта и позиция государства. Похоже, что означенному топ-менеджеру предложат вскоре другое, не менее доходное место, например, таможенную службу, эксглава которой жил явно не по средствам или, даже, -бери выше. Со своими обязанностями В.Мутко явно не справился и в наказание за провальные подготовку и участие в олимпиадах, недоразвитие массового физкультурного и молодежного движения, но с учетом личной преданности В.Мутко повышается в должности до вице-премьера. И тем самым как бы демонстрируется всему миру, что меры приняты и В.Мутко отстранен от прямого руководства спортом. Вообще, таможенная служба является одной из самых коррумпированных служб и назначение туда в качестве руководителя, выходца из спецслужб В. Булавина весьма показательно. В этом году бюджет недополучит от таможни 400 млрд. руб. Вот, как интересно у нас в стране решаются кадровые вопросы в высших эшелонах власти. Мало кто во власти живет по средствам, потому удивляться нечему. По свидетельству А.Минкина, в правительстве сидят не идиоты, и в качестве примера приводится свежее постановление Правительства РФ о том, что задачи министерства культуры должны решать все ему подведомственные организации. Правительство просто на минуточку перепутало, кто у нас для кого. Это министерство должно обеспечивать задачи учреждений культуры и способствовать их решению. И так у нас во

всем, в образовании, здравоохранении, в промышленности, в бизнесе, в государственном управлении, словом, везде. О неприкасаемости властной и финансовой элиты говорит и факт закрытия МВД дела о хищении бюджетных средств при строительстве олимпийских объектов, видимо, по указанию сверху. Публикуемые данные о коррупции в высших эшелонах региональных властей заставляют невольно экстраполировать это на всю власть. И тут возникает вопрос, неужели во власти у нас нет честных людей, или их очень мало? То, что настало время не профессионалов, свидетельствует недавнее пребывание мебельщика в кресле министра обороны (теперь он в Ростехе) или перевод министра образования Д.В.Ливанова (инженер-металлург, профессор, бывший проректор и ректор Института стали и сплавов, родственник по своей матери вице-премьеру Д.Рагозину), участника развала школьного образования и науки в стране, в торгово-экономического представителя. Чиновничья элита прекрасно приспособилась к несменяемой в последние 16 лет власти. Известная аксиома, не требующая доказательства, гласит, что от перемены мест слагаемых сумма не меняется. И почти все они, рокирующие, по словам И.А.Крылова, в музыканты не годятся, но другой, гораздо более профессиональной, ответственной, патриотичной и честной команды в ближайшем окружении Президента РФ пока нет. Происходящая иногда «смена караула» в чиновничьем стане связана также и с тем, что многие управленцы либо сильно увязли в коррупции и тем самым стали дискредитировать власть, либо стали государству просто не по карману и, по сути, происходит сбрасывание (или перевод) балласта из «неэффективных» чиновников. Правда, наибольшие позитивные подвижки произошли во внешней политике и в усилении обороноспособности, как бы к этому не относиться. А это значит, что только в двух случаях удалось реализовать принцип: *The right man at the right place*. Средств в федеральном бюджете не хватает, а власть имущие привыкли за высоким забором жить на широкую ногу и перевоспитать любителей роскоши шансов нет. Даже продолжать эту тему дальше не хочется, хотя примеры по ней почти бесконечны. Единственный выход, которым никто не воспользуется, - полная смена элит, ведь в России очень много умных, талантливых людей и профессионалов. Когда высокие чиновники оповещают о том, что мы выходим из экономического кризиса или уже нащупали пути выхода из него, они просто забывают указать, за счет чего это происходит, что они такого для этого сделали. Отсюда полное недоверие к их словам, ибо простые люди ситуацию ощущают лучше по все возрастающим ценам, опережающим и зарплаты, и пенсии. Ну, что ж, денег нет, но придется потерпеть. В качестве примера того, куда следует двигаться, можно привести творческую и квалифицированную команду, разработавшую перспективную Стратегию охраны здоровья в РФ (Власов В.В., Воробьев П.А., Гонтмахер Е.Ш., Ермаков С.П., Комаров Ю.М., Кравченко Н.А., Линденбратен А.Л., Рагозин А.В., Саверский А.В., Улумбекова Г.Э.). Другой такой сильной и

разносторонней команды в сфере охраны здоровья и организации оказания медицинской помощи просто нет.

Крайние либеральные взгляды сводились к тому, что рынок всё и всех расставит по местам (у нас это не получилось!), уравновесит спрос и предложение, что рынок- не благотворительность, а жесткая борьба за прибыль (у нас- с рейдерскими захватами и коррупционными схемами), что в рынке выживают сильнейшие, что рынок должен проникнуть не только в экономику, но и в другие сферы (услуг), что рынок признает только выгоду и экономическую целесообразность. Однако рынок у нас- пока это средство удушения населения и нарушения его социальных прав и свобод. Но как-то наши «рыночники» забыли, что в социализированных странах Европы именно государство устанавливает правила игры на рыночном поле, не будучи на нем действующим полевым игроком, и через разумную и гибкую налоговую политику финансирует приоритетные проекты и поддерживает социально уязвимые группы населения, в разных странах разные. Правда, несмотря на некоторые имеющиеся атрибуты, демократией у нас пока еще «не пахнет», а от цивилизованных рыночных отношений мы еще очень далеки. Так, до сих пор с 1991 г. неясно, какая государственная (вроде бы демократия) или экономическая (вроде бы рыночная экономика) система будет создана у нас в стране, так как их вариантов и сочетаний имеется огромное множество. Хотелось бы знать, куда мы движемся и движемся ли вообще. Думается, что об этом умалчивается намеренно, поскольку, как говорится, рыбы у нас водится еще много и в мутной воде ее легче поймать, а страждущие рыбаки есть. Поживем- увидим. А это очень важно, поскольку в журнале *Lancet* (02.08.2016) в рубрике *Global Health* опубликованы результаты исследования по 60 странам о влиянии демократии на здоровье детей. H.Pieters, D.Curzi et al убедительно показали, что чем меньше демократии и больше автократии, тем выше младенческая смертность. Вывод делайте сами.

Почти год проживший без движения президиум экономического совета при Президенте РФ с приходом туда председателя Комитета гражданских инициатив А.Кудрина вдруг оживился и стало всем ясно, что остро необходим выход из экономического тупика. Но Президент РФ, как председатель этого совета, затеял состязательность нескольких подходов (Столыпинского клуба и А.Кудрина), что серьезно влияет на качество и сроки разработки экономической программы, в которой готовы участвовать многие, но без какой-либо ответственности. А.Кудрин четко начал работу с системного описания экономики и человеческого капитала в терминах дефектов с тем, чтобы показать Президенту и стране карту рисков, без которой ни создание стратегии, ни ее реализация невозможны. Он подчеркнул, что уже третий год в стране снижаются реальные доходы граждан и уровень их жизни, что ведет к новым вызовам для элиты и власти страны. Кроме того, предлагается резко снизить налоги на малый и средний

бизнес, уменьшить административное давление, отменить налог на прибыль малых предприятий, отказаться от налогов на фермеров, усилить контроль за тарифами, произвести структурную перестройку, показано, что развитие экономики невозможно без создания комфортной для предпринимательства среды и т.д. Но, на наш взгляд, главное в настоящее время - это стимулирование внутреннего спроса, т.е. вложение денег в людей, в человеческий капитал. А.Кудрин считает, что можно в какой-то степени обойтись без повышения налогов и пенсионного возраста, если вовремя провести структурные реформы и маневрирование государственными ресурсами. Он предлагает, и с этим трудно не согласиться, увеличить инвестиции в человека, повысив расходы на образование, здравоохранение (мы считаем, что только после наведения в отрасли порядка) и инфраструктуру на 1-3% ВВП, и эти инвестиции дадут отдачу уже через 3-4 года, а экономика будет прирастать по 4% в год. А.Кудрин считает, что повышать зарплату занятым в бюджетной сфере нельзя, да, к тому же, и денег для этого нет. Вместе с тем, деньги в стране есть и немалые, и это красной нитью проходит через всю книгу. Очень четко А.Кудрин осветил неэффективность нынешней системы государственного управления, которое строится не на достижении целей и целевых показателей, а на выполнении поручений, которые в отличие от поставленных целей нужно как бы выполнять. По поручениям в стране проводится более 2-х миллионов проверок, которые не приводят к желаемым результатам. Здесь, как нам кажется, нужен дифференцированный подход. В ранее выполнявшихся проектах вложения росли, а результаты не существенно улучшались. И за те же средства можно было получить более весомые результаты. А.Кудрин сделал предположение о том, что наша экономика стала выходить из пике и при условии снижения доли госсектора в экономике и избавления от «нефтяной иглы» к 2021 г. рост экономики может достичь 3-4% в год. Полагаю, что группа специалистов, разработавших выше упомянутую стратегию охраны здоровья, могла бы подключиться к этой работе в части развития человеческого капитала. Столыпинский клуб предложил обеспечить экономический рост дополнительным печатанием большого числа денег с выдачей их только тем, кто не станет их уводить за рубеж и будет инвестировать в отечественное производство. Такой подход вполне устраивает номенклатуру, которая много вещает о необходимости перемен, но менять по сути ничего не хочет. Между тем, ситуация в экономике аховая, в чем не хотят признаться чиновники, но о чем откровенно говорит Президент РФ: «Если мы не найдем новых источников роста, то динамика ВВП будет находиться где-то около нулевой отметки». И действительно, финансовая система находится в кризисе, наличествуют дефицит бюджета и долги регионов, падение инвестиций, сокращаются экономика и социальная сфера, фиксируется падение доходов и сокращение потребления населением и т.д. Академик А.Г.Аганбегян видит в качестве упомянутых выше источников роста увеличение инвестиций в человеческий капитал, в экономику знаний и приводит соответствующие выкладки (АиФ №39, 2016

г.). Тем не менее, какие бы решения не принимались, важно, чтобы они не носили чисто популистский характер, а были бы взвешенными и обоснованными с оценкой последствий их принятия, с возможностью оценить степень достижения цели по специальным критериям. Эти решения должны в первую очередь относиться к тем сферам, которые дадут максимально важный эффект для страны и населения, но не по отдельности, а именно для страны и населения совместно.

Сейчас появилась модная теория *sharing economy*, согласно которой издержки компаний можно частично переложить на население. Экономика совместного пользования предполагает также обмен возможностями между разными людьми: квартирами, в которые временно поселяют приезжих, предоставление машины в помощь соседу, магазины, дающие в пользование товар по фиксированным ценам и т.д. Полагаю, что это у нас не приживется.

Увеличивать же сейчас расходы на здравоохранение без упорядочения системы и наведения должного порядка в отрасли было бы большой ошибкой, т.к. дополнительные средства могут быть опять не туда потрачены без должной отдачи, либо просто разворованы. В этом отношении в целях экономии времени возможно одновременно проводить увеличение расходов и упорядочение системы. Федеральная антимонопольная служба (ФАС) считает, что лекарственное обеспечение в стране находится в руках мафии и потому цены на лекарства непрерывно растут.

По данным Г.Э.Улумбековой (2016) в 2016 г. в сопоставимых ценах не хватало до уровня 2014 года 470 млрд. рублей общих расходов на здравоохранение при том, что у нас государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП в 1.5 раза ниже, чем даже в странах Восточной Европы. Бюджет Федерального фонда ОМС в 2015 г. был исполнен на 97.1% (1.573.543,4 млн. руб.), а расходы составили 1.638.8 млрд. руб. Не понятно из каких источников устранялся образовавшийся дефицит в 66.2 млрд.руб. Но, как представляется, дело не столько в затратах (США по шкале Блумберга оседлали только 44 место) и дело не столько в лечебно-диагностической медицине, сколько в организации охраны здоровья и в организации медицинской помощи. Однако, министр здравоохранения РФ не считает, что отрасль испытывает дефицит финансирования и, к сожалению, пренебрегает расчетами и выкладками специалистов.

И хотя, как известно, общая смертность зависит от социально-экономических условий жизни, однако предотвратимая ее часть (а это не менее 40% всей преждевременной смертности), к которой полностью относится произошедший рост смертности, целиком зависит именно от организации медицинской помощи. Чем ниже будет доступность медицинской помощи, тем ниже будет регистрируемая заболеваемость и тем выше смертность. Поэтому перед тем, как ставить вопрос о целесообразности увеличения расходов на здравоохранение, необходимо в отрасли навести должный порядок с учетом обоснованных приоритетов развития здравоохранения. Эта мысль сквозным порядком пройдет через все

разделы данной книги. Никто не оспаривает достижения клинической медицины, особенно в Москве, хотя именно в Москве создана самая дорогая, затратная и, пожалуй, самая не эффективная система организации здравоохранения. В ряде московских больниц, несмотря на заверения Департамента здравоохранения Москвы, дело обстоит из рук вон плохо: больные содержатся взаперти, не дозваться медицинских работников, отмечается неадекватная помощь, имеет место нецелевое использование средств. А когда журналистские расследования такие случаи выявляют, то следуют обвинения со стороны городского Департамента здравоохранения в необъективности изложения устаревших фактов и в не достоверности используемой информации. Вот такое поле «чудес» или поле контрастов в московском здравоохранении: от эпизодической демонстрации робота да Винчи до ужасной инфекционной клинической больницы с тюремными порядками. Сейчас в Москве (приказ № 373/134 от 28.04.2016 г.) решили создать стационары кратковременного пребывания. А куда потом девать этих больных? По Волге от Самары до Астрахани отправился теплоход-поликлиника, где будет проходить обследование и консультирование детей. Аналогичным образом Минздрав РФ присоединился к консультативным передвижным железнодорожным поездам РЖД. Ну, проконсультировали, уехали, а что дальше? Все эти передвижные ЛПУ и их консультации не имеют особого смысла, если нет стационарных медицинских учреждений с врачами. Как Минздрав РФ, так и Департамент здравоохранения Москвы находятся в поиске, пытаюсь случайно нащупать верный путь в темной комнате при зашоренных глазах. Скорее всего, эти метания приведут лишь к бесполезным затратам значительных средств. А, что, не жалко, ведь не из своего кармана. Если прямо сейчас выделить дополнительные средства на развитие здравоохранения в стране, ничего в системе не меняя, то, как отмечалось, либо они опять не туда будут потрачены, либо будут разворованы и уйдут в откаты. Если на Западе коррупция противоречит действующим там законам, то у нас она в 90% случаев осуществляется при поддержке уже принятых законов и только в 10% случаев противоречит им.

Не люди должны быть для закона, как это пока имеет место, а закон должен быть для людей. Но об этом можно только мечтать. И так практически во всем. Например, в США, если преступник проник на частную территорию, он может быть убит на месте и жертве нападения не нужно доказывать свою невиновность. У нас законы другие, зачастую способствующие бандитам и грабителям, и нередко суды даже при громадном людском и экономическом ущербе от грабежей, воровства и убийств, при разбойном проникновении в чужое жилище рассматривают совершенно нелепые «пределы необходимой самообороны» и могут назначить обороняющемуся и защищаемому жизни своих близких тюремный срок. Таких примеров уже накоплено множество, в том числе случай отражении нападения на оборонявшуюся семью Савченковых и другие. Прохожий вступился за девушку, которую попытались изнасиловать. Так судили не насильников, а прохожего, скрупулезно измеряя пределы его

самозащиты. Как свидетельствует народный художник А.Шилов, дом которого дважды обокрали в Одинцовском районе, даже при наличии законов полиция не хочет защищать граждан страны. Последний подобный случай произошел на Сахалине, где в дом пенсионера ночью ворвался грабитель, а хозяин, защищаясь, получил 4.5 года лишения свобод; правда, потом после долгих мытарств приговор был отменен. В процессе судебных разбирательств выявилась неприглядная роль следствия и прокуратуры, покрывающих грабителей и бандитов, вроде бы по закону. Житель Переславль-Залесского за свой счет отремонтировал полностью разбитый небольшой участок дороги, расширил его, обложил бордюром с пешеходной дорожкой и установил отражательные столбики. Так его теперь за самоуправство судят как бы по закону и требуют вернуть дорогу в первоначальное состояние. Весьма часто развитая бюрократия жестко подавляет инициативу с мест. Так, в Орловской области предложили местному предпринимателю поддерживать за его счет содержание моста через Оку, соединяющего четыре деревни, а потом захотели заставить его снести мост, грозя судебным преследованием и большими штрафами. В Астрахани жители проявили инициативу и за свой счет (денег в бюджете не было) заасфальтировали положенные на землю неровные бетонные плиты. Теперь чиновники требуют убрать уложенный асфальт, грозя штрафными санкциями. В одном селе Самарской области активный пенсионер своими руками создал площадку для детей, а потом поступило предписание чиновников о ее сносе, угрожая пенсионеру за «самовольное занятие земельного участка». В одном селе Архангельской области жители за свой счет отремонтировали разваливающуюся часовенку 1727 г., а теперь им грозит огромный штраф или лишение свободы до трех лет. И таких примеров по стране немало. О каком создании гражданского общества может идти речь при полностью безнаказанной бюрократии. Вместо того, чтобы разобраться в делах ряда лесников, выступающих против браконьерства, и пересмотра отдельных законов предлагается прятать лесников от угроз со стороны браконьеров в другой местности. Преследуя вооруженных браконьеров, лесники и охотинспекторы рискуют жизнью и могут по решению суда угодить за тюремную решетку. Вот какие у нас замечательные законы и суды. Или, когда кубанские фермеры на тракторах двинулись в Москву, чтобы доложить Президенту РФ о творимом беспределе в Краснодарском крае, об ущемлении прав фермеров, об отъеме у них земель крупными хищниками- агрохолдингами и т.д., их по дороге не просто остановили, а арестовали. Эти фермеры наивно решили, что «царь-батюшка» их рассудит, все по справедливости решит и им поможет. Этот пример еще раз показывает, что действенной системы государственного управления в стране нет при беспределе чиновников, и все пытаются достучаться до первого лица. А недавно мужчину, спасавшего знакомого от смерти при значительной передозировке наркотиков, суд признал виновным в убийстве по неосторожности с тюремным заключением и штрафом т.к. в результате силового применения непрямого массажа сердца оказались сломанными

ребра. Насильник в темном месте напал на девушку, а та защищалась с помощью электрошокера. Насильник подал на нее в суд, и суд, как бы всесторонне рассмотрев дело, признал меры самообороны чрезмерными и присудил девушку к штрафу. В результате махинаций с квартирой пятилетний ребенок в Туле оказался на улице и ни одна судебная инстанция не встала на его защиту. В Омске юношу Сергея, сироту-инвалида 2-й группы, из детдома, когда ему исполнилось 18 лет, «выбросили» на улицу без предоставления жилья, а еще раньше там же, несмотря на петиции 350000 человек незрячего сироту Славу бездушно выкинули из общежития из-за собаки-поводыря. Если обычные граждане незаконно вырубят деревья, то им грозит тюремное заключение до 7 лет, а если это же с заповедником сделает богатый, то в лучшем случае он будет награжден за заслуги, а в худшем-отделается незначительным штрафом. И такая вседозволенность и власть денег формируется с детства, а в тинейджерстве проявляется в практически безнаказанном лихачестве на дорогах, вплоть до ДТП и человеческих жертв. Вот такие у нас законы и суды. Вот опять и возникает вопрос: кто у нас для кого? Отсюда следует, что нужно в стране восстанавливать моральные принципы и моральные стимулы, а не только экономические. Особенно это относится к власти, которая не должна служить примером обогащения, а демонстрировать образцы высоко морального поведения.

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 так называемой Программе государственных гарантий. Обозначенная в Конституции РФ бесплатность медицинской помощи фактически таковой не является и затраты населения постоянно растут, больные тратят на лекарства в 2 раза больше средств, чем ОМС и бюджет вместе взятые. С учетом того, что до 70% наших граждан являются в той или иной степени неплатежеспособными (только 1% являются полностью финансово состоятельными), а почти 23 млн. имеют доходы ниже черты бедности (а в конце мая 2016 г. появились данные о 5 млн. «новых бедных»), доступность медицинской помощи с каждым годом снижается. Иначе говоря, одной из причин снижения доступности медицинской помощи является ее нарастающая платность. Министерство финансов предложило по примеру других стран ввести пособие по бедности для тех, кто находится за чертой бедности. В США, например, 20 % семейств с доходами ниже американской черты бедности получают финансовую помощь, а 60% семей-продовольственное пособие, льготы по оплате жилья и проезду на транспорте, бесплатную медицинскую помощь по программе Medicaid и т.д. Однако, необходимого для этого триллиона рублей в нашем бюджете еще долго не сыскать. Каким бы социальным не называли нынешний бюджет во всех властных структурах, денег на бедных там просто нет и брать их неоткуда.

Институт социологии РАН (Горшков М., Тихонова Н., 2013), подчеркивая, что бедность является настоящей и давней бедой России (и это при наших ресурсах), считают, что пропасть между богатыми и бедными гораздо выше, чем регистрирует официальная статистика. Если по официальным данным соотношение между 10% бедных и богатых оценивается как 1 к 16, при том, что богатые, естественно, не показывают все свои доходы, то по некоторым данным (как предупреждал безвременно ушедший из жизни академик Н.Шмелев) оно достигает 1 к 60. В СССР это соотношение было 1 к 4, в США- 1 к 6, а в рухнувшей в свое время экономике Аргентины-1 к 8. Вот и считается соотношение по децильным группам как 1 к 8 пороговым значением перед развалом экономики, недовольством населения, социальными взрывами. Специалистами Института социологии был также выведен средний возраст (40.9 лет) и охарактеризован портрет бедного человека. При этом бедным считается человек, уровень доходов которого не позволяет ему получить некий физиологически необходимый минимум жизненных благ, продуктов, услуг и обеспечить себе «базовое», без излишек качество жизни. Сами же люди признаками бедности считают отсутствие жилья или плохое жилье, плохое, некачественное и дешевое питание, отсутствие нормальной одежды и обуви, невозможность поездки в отпуск или похода в театр\кино, отсутствие средств для приобретения нужных лекарств или на визит к хорошему врачу. В первую очередь это касается почти 5 млн. безработных и «новых бедных», т.е. работающих людей, но прозябающих в нищете. Не случайно редактор отдела экономики газеты «Московский комсомолец» К.Смирнов опубликовал заметку под названием: «Бедность не порок, а «заслуга» правительства», в которой показал, что падение экономики идет в геометрической прогрессии, что никаких шансов серьезно поднять зарплаты и пенсии нет. А это означает, что на рост производительности труда и ВВП рассчитывать не приходится- нет спроса, нет и предложений. В отдельных случаях на поддержку от государства могут рассчитывать лишь малоимущие, да и то через множество барьеров, а остальные должны выкручиваться сами. Бедность сегодня отличается от послевоенной, когда доминировала вера в лучшее будущее, и характеризуется потухшим взглядом, утратой достоинства и самоуважения, различными ограничениями, ранним старением, беспросветностью, плохим здоровьем и гнилыми зубами, потреблением паленой водки, самоубийствами. Дети из таких семей с ранних лет особенно остро чувствуют неравенство и несправедливость, свою ущербность, среди них выше беспризорность, частота приводов в полицию и т.д. Почему, когда говорят о росте объемов платных медицинских услуг, стыдливо замалчивают, за счет кого: то ли это те 30%, к которым относятся состоятельные и самодостаточные люди, за исключением 1% сверхбогатых, которые обследуются и лечатся в других местах, или за счет остальных 70%? А это очень важно, но намеренно замалчивается и скрывается.

Недавно министр труда М. Топилин заявил, что в России нет бедных пенсионеров, поскольку они получают доплату до прожиточного минимума.

А если бы его самого посадить на прожиточный минимум в 7781 рубль (2014 г.)? После 2012 г. реальные доходы россиян, а, значит, и уровень их жизни, ежегодно снижаются по разным внутренним и внешним причинам, что является серьезным вызовом для властной элиты и должно быть учтено при составлении программ и проведении структурных и функциональных преобразований. В 2016 г. прожиточный минимум составил уже 9956 руб. Очень богатые становятся еще богаче, а бедные систематически беднеют, что не может не отразиться на состоянии их здоровья. Этому способствуют, с одной стороны, замороженные пенсии, низкие зарплаты, потеря работы или перевод на неполный рабочий день, а, с другой стороны, постоянно возрастающие поборы с населения, рост цен на все (питание, ЖКХ, связь, медицинскую помощь и др.), рост налогов и штрафов, циничный отъем жилья у пенсионеров и одиноких и т.д. Люди не уверены в завтрашнем дне, привыкают к мысли о том, что кризис затянется, делают по возможности запасы впрок или отказываются от покупок, перешли на дешевое питание, что влияет на состояние их здоровья. Именно здесь, в системе охраны здоровья, как отмечалось, формируются основные «поломы» в здоровье, которые затем будут нуждаться в «восстановительном ремонте» в виде оказания медицинской помощи. Вот и получается, что в условиях кризиса роль здравоохранения существенно возрастает.

Еще десятилетие назад большинство россиян активно поддерживали капиталистический способ производства, конкуренцию и частную инициативу, полагая, что именно они выведут страну на траекторию устойчивого социально-экономического роста. Сегодня же частный энтузиазм тает просто на глазах и растет запрос на государственный капитализм (что-то похожее на Китай), т.е. на относительную стабильность. Отечественные демографы и специалисты по семейным отношениям обращают внимание власти на то, что с рождением второго ребенка семья оказывается в трудном положении. А это ведет к алкоголизации, насилию в семье, разводам, замедленному развитию детей и т.д.

Социологи констатируют, что в обществе растет напряженность между богатыми и бедными и у 41% россиян богатые вызывают сильное раздражение. Это раздражение связано не столько с самим фактом богатства, сколько со способами его получения, воровством, коррупцией, особенностями вызывающего поведения, хамством, кичливостью и вседозволенностью, с телевизионными тусовками и т.д. Только в одной Москве, как оценивается, проживают 100 тысяч скороспелых долларовых миллионеров, не говоря уже о других богатых людях, выставляющих напоказ свои доходы и условия жизни. Интересно, как реагируют на такие телевизионные шоу простые граждане, например, селяне? Показная вседозволенность характеризует не только богатых людей, но и членов их семьи. Достаточно посмотреть, что творится на автодорогах Москвы. Беспредел на колесах «золотых отпрысков», не боящихся ответственности, следствия и суда, необходимо останавливать и наказывать любыми законными способами. Однако, богатые отпрыски наглеют с каждым днем,

они уверены в том, что они хозяева жизни, что им все дозволено, что за деньги можно обойти закон и договориться с законом, который писан не для всех одинаково. И вот недавний случай, когда за незаконные антиобщественные проступки последовало наказание в виде 300 часов исправительных работ. В результате у людей нет ощущения, что закон восторжествовал, что закон един для всех в нашей стране, а судебные преследования отдельных не чистых на руку высокопоставленных чиновников ни о чем не говорит, поскольку таких в стране немало. Все это происходит на фоне резкого падения нравственной культуры и моральных норм, исчезновения понятий о приличиях, повсеместного культа денег и быстрого, не всегда законного, их накопления у олигархов-нуворишей. На празднование 18-летия своего сына российский миллиардер С. Саркисов потратил 18 млн. рублей, на которые среднестатистическая российская семья могла бы существовать свыше 40 лет. У полковника Захарченко, заместителя начальника управления по борьбе с коррупцией, обнаружили валюты на 9 млрд. рублей, еще 300 млн. евро (21 млрд. рублей) на счетах в швейцарских банках и 120 млн. долларов. За эти деньги можно было бы четыре года содержать весь г. Мурманск, построить 4 больницы, 37 поликлиник, 43 современных школы, 280 детских садов и т.п. Скорее всего это были не личные деньги полковника, а как смотрителя за «общаком». Ведь ему, как одному из руководителей управления, было хорошо известно, кто и на каких денежных потоках сидит, с кого и что можно взять, кто нуждается в крышевании или устранении конкурентов и т.д. Значит, он действовал не в одиночку, а где все остальные? Вся эта история очень напоминает клановые разборки и средние века. А в общем, грубо говоря, у нас государство экономически обеспечивает в первую очередь финансовые и политические интересы узкого слоя «элиты», которая этим государством и управляет, а на все остальное (развитие страны, социальные обязательства и т.д.) выделяются средства по остаточному принципу, но после полного удовлетворения «элиты». Против этого можно возражать, но по сути дело обстоит именно так. Ведь по разным рейтингам Россия входит в число самых коррумпированных стран мира. А так, денег в стране нет. К этому можно добавить незаконный вывоз представителями Минкультуры за рубеж исторического и культурного наследия страны ради больших денег. Повсеместно ликвидируются проходы к водоемам, а в Крыму - к морю, сокращаются лесные массивы и все это в угоду богатым застройщикам. В Подмосковье уничтожается 100 гектаров старейшего и уникального Челюскинского леса вблизи г. Мытищи. Когда этот лес перешел в частные руки, то новый хозяин решил на этом месте возвести огромный жилой микрорайон. Вырубка леса идет без имеющегося разрешения на застройку. А жители могут только бесполезно протестовать против этого. Это еще раз подчеркивает целесообразность сосредоточения в честных и справедливых руках государства всех основных систем жизнеобеспечения. Даже в Москве, где создаются новые парки и скверы, несмотря на протесты местных жителей и под напором застройщика ликвидирована сосновая роща (под маркой

вырубки сухостоя, самосева и поросли) в районе Живописной улицы. Именно власти, игнорируя мнение москвичей, выдали соответствующее разрешение. Территория зеленых насаждений города мала, в их защиту выступают граждане, они же протестуют против застройки каждого мало-мальски пригодного участка земли, поскольку не хотят жить в каменных джунглях и в условиях загрязнения окружающей среды. Этот перечень можно продолжить, ибо подобных случаев и подобных полковников в стране немало. А нам говорят, что в стране нет денег и всему остальному населению нужно затягивать пояса. Поистине, справедлива неумирающая ремарка А.Райкина о том, что охраняем, то и имеем. Коррупционеры борются с коррупцией, работники культуры расхищают культурные ценности и т.д. Вот почему за время борьбы с коррупцией она умножилась многократно. ЛДПР в целях социального выравнивания предлагает ввести прогрессивную шкалу налогов, когда зарплата до 30 тыс. руб. в месяц не должна облагаться налогом, а свыше 200 тысяч облагать повышенным налогом. Только при задании на строительство одного эфемерного объекта в Сокольническом районе Москвы 98 млн. бюджетных рублей ушли на невыполненные работы. И таких примеров по стране можно привести огромное множество, начиная с проведенной в свое время приватизации и продажи кораблей по 1 доллару за каждый. Сейчас в ходу старая советская уловка со средней зарплатой, средней пенсией, средним доходом, средним уровнем бедности, с половиной бублика (одним бубликом, а другим - дырка от него). Деньги «гребут», либо присасываясь к бюджету, либо путем откатов за «разрешение», либо за счет поборов с населения; остальные источники обогащения не столь значительны. Нередко берут кредиты по чужим паспортам и, конечно же, их не возвращают. Все это говорит о царящей в стране вседозволенности и о том, что правоохранительные органы, активно участвующие в рейдерских захватах, не выполняют свои должные функции. Уместно напомнить, что Древний Рим рухнул не под напором варваров, а из-за разъедающей его изнутри ржавчины. В других странах богатые ведут себя намного скромнее. Например, богатейший человек планеты Билл Гейтс носит часы за 100 долларов, и не выпендривается. Более того, там миллиардеры сообразили, что с собой всех денег им не унести и потому они стали вкладывать свои деньги в социальные программы. По американским законам любой перелет любого человека (любого чиновника), длительностью до 13 часов, возможен только в экономическом классе. Чем не достойный пример для подражания? В России меценатство и благотворительность процветали до 1917 года, а в США меценатство и благотворительность превратились в перманентную систему. Только у нас в стране сейчас во время кризиса продажа люксовых автомобилей выросла на 27%, в том числе Ягуара - на 47%, Альфа Ромео - на 78% и т.д., возросла продажа «наиболее востребованных населением» дамских сумочек и чемоданов.

Здравоохранение, образование, культура и наука финансируются, как и прежде, по остаточному от амбициозных проектов принципу. Сейчас отъём жилья чиновниками проводится при помощи правоохранительных органов

по следующей схеме: коммерческое жилье предоставляется фиктивному дольщику, тот перепродает квартиру другому лицу, тот- третьему и тогда у последнего владельца квартира отбирается через суд, т.к. первый дольщик получил ее обманным путем, а потом она опять продается. Кстати, в 2015 г. на капремонт зданий было собрано с населения 97 млрд. руб., контракты заключили лишь на 25 млрд. руб., а остальные бесследно исчезли и никто за это не понес наказания. По данным Счетной палаты бюджетные деньги во многих случаях выделяются бесследно, бесконтрольно и безвозвратно, что ведет к ежегодному долгу перед бюджетом по триллиону рублей и в 2015 г. он составил 3.6 трлн. рублей. Считающиеся государственными многие компании транжируют бюджетные деньги. Так, «Газпром» вложил 2.4 трлн. руб. в пока что неостребованные месторождения и трубопроводы, а «РЖД», получив колоссальные средства на реконструкцию БАМа и Транссиба, тратит их неэффективно, Центральный банк (по данным А.Г.Аганбегяна) из-за обесценивания евро, в которых он держал большую часть резервов, за 2014-2015 гг. потерял 42 млрд. долл., т.е. 2.7 трлн. руб., что больше всего бюджета на здравоохранение или образование и могло бы почти полностью перекрыть дефицит бюджета, который составляет более 3% ВВП. Это еще раз подтверждает факт, что деньги в стране есть, и немалые, только тратятся они не всегда как следует, поскольку так расставлены бюджетные приоритеты, или просто утрачиваются.

А.Г.Аганбегян считает, что вместо неэффективных трат триллионов, необходимо выделить 50 млрд. руб. на снижение 5% ставки инвестиционного кредита и профинансировать такие производства, где затраченные деньги можно вернуть. Активы госбанков приближаются к 50 трлн. руб. (расходы федерального бюджета в 3 раза меньше), и они могли бы выделить средства для значимых государственных объектов. И это вместо предпочитаемых властью поборов с предприятий, населения, пенсионеров. Кстати, некоторые поборы уже вышли за пределы обсуждения и готовы появиться в виде готовых решений. Так, предполагается собирать с каждого человека по 8-9 тысяч рублей в год на медицинскую помощь, не зависимо от потребности в ней, а для тех, кому эта помощь должна быть оказана, она сверх внесенных денег будет оплачиваться за счет ОМС. При этом хотят использовать опыт стран с рыночным здравоохранением, что окончательно добьет нашу Конституцию. Будут расти налоги не на элитные владения, а на обычную движимость и непрезентабельную недвижимость, на садовые участки и недостроенные домики и т.д. Складывается впечатление, что все правительственные чиновники только и думают о дополнительных поборах с рядовых граждан и тем самым скрыть нерациональные траты, хищения и пополнить бюджет, который опять же будет истрачен не на людей, а на амбициозные проекты.

Недавно принято решение о закрытии в одной из территорий приюта для пожилых и немощных людей из-за выявленных недостатков в его работе с выселением пожилых на улицу. По действующему закону (!) все правильно, а по совести надо было навести должный порядок в этом приюте, равно как и

во всей стране. Также по закону, а точнее по требованию Украины через Интерпол, готовились выдать Украине на расправу бывшего ополченца, защитника Славянска и его семью, получивших вид на жительство в Норильске, но пока этот вопрос отложили. На кого рассчитаны такие законы и кому они выгодны? Между тем в стране должны не только приниматься социально значимые законы, но и они должны эффективно работать. Заодно придется распрощаться с надеждой на деньги отдельным регионам Сибири и Дальнего Востока, видимо, включая и Сахалин. Правда, для Крыма, находящегося на особом положении, изыскали 5 млрд. рублей, в том числе для Севастополя- 0.5 млрд. Вскоре, как отмечалось, закончится Резервный фонд и придется использовать средства Фонда Национального благосостояния.

Простые люди постоянно оказываются заложниками местной политики и их мнение никого не интересует. Так, в Москве под «единую гребенку» и без учета конкретных условий, без учета мнения граждан (не подставных лиц), без замены снесены отдельные, никому не мешающие и не портящие общий вид, удобные для людей рынки и торговые палатки с хлебом, элементарными продуктами по дороге домой, с цветами, книгами и другие; при значительном дефиците жилья строятся элитные здания и показательно рушатся пусть даже незаконно возведенные (нередко уже с жильцами) строения вместо того, чтобы наложить штраф на строителей, лишить их лицензии, помочь в оформлении и узаконивании и т.д. Снос так называемого самостроения, даже капитального, преподносится как торжество закона, хотя в целом ряде случаев эти сооружения никому не мешали, имели разрешительные документы от прежней городской администрации и их снос полностью противоречит интересам людей. На освобождающихся площадях тут же производят замену плитки и хаотично устанавливают бесполезные скамейки. В результате у москвичей возникают проблемы: где по-быстрому купить газету, хлеб, цветы и т.д.? Такое впечатление, что пришлый мэр Москву и москвичей ненавидит (все помнят его высказывание сразу же после назначения), и делает все возможное, чтобы затруднить им жизнь. В стране вроде денег нет, а в Москве происходит многомиллиардное укладывание и переукладывание бордюров и поребриков с места на место. Сюда же относятся непонятное людям расширение пустующих плиточных тротуаров за счет заполненной до отказа проезжей части и перекрытие дорог без ливневой канализации или с засыпкой стоков, что во время проливных дождей приводит к затоплению центра Москвы, платность стоянок, угон автомобилей, вторжение в материальную сферу москвичей, намерение ввести платные стоянки во дворах и платный въезд во дворы, готовится очередная «парковочная реформа» с прогрессивным тарифом; планируется перенос памятника Пушкину (скульптор- Опекушин) и восстановление Страстного монастыря. Просто деньги девать некуда. Почему бы не восстановить «сорок сороков», т.е. всех разрушенных в советское время церквей, монастырей и колоколен? А потом, для кого и для чего это делается под прикрытием «заботы» о москвичах? Это ж надо было додуматься: в местности, где

полгода заморозки и морозы менять тротуар на скользкую плитку, на которой люди скользят и падают. То же самое можно сказать и о варварском уничтожении несанкционированных продуктов питания, которыми можно было поддержать хоть как-то малоимущих. В Москве, да и во всей стране, зима, как всегда, пришла неожиданно со снегопадами, заносами, метелями, морозами, гололедицей и ледяным дождем. Также мы не всегда готовы к весенней распутице, наводнениям, разливу рек, летним пожарам и засухе, осенним ливням, подтоплениям и листопаду.

Большим успехом можно считать выход на линии по некоторым маршрутам новых, низко посаженных и удобных для людей трамваев. Да, Москва, как столица, постоянно развивается, но улучшению жизни москвичей уделяется очень мало внимания. Внешне Москва хорошеет и в благоустройство города вкладывается немало средств и усилий. Но поскольку это делается, в основном, волонтаристски и по решению властей, многие парки, аллеи и бульвары просто пустуют, например, на Ленинградском проспекте, где высаженные второпях деревья скоро зачахнут. На Тверской улице планируется высадить более 100 крупномерных липы сорта «Паллида» высотой в 7 метров в возрасте 35 лет. Однако, как считают специалисты, липы могут не прижиться из-за малого места для их корневой системы. А что сделано для улучшения жизни москвичей? В Москве строятся помпезные новые транспортные развязки, мосты, туннели, как бы благоустраиваются улицы (150 улиц), создаются парки и скверы (150 новых парков), возводятся элитные, продаваемые квартиры в жилых зданиях, развлекательные центры и т.д., что позволяет рапортовать о значительных успехах (сплошной пиар), но практически мало что делается для улучшения жизни людей в виде приближенных к ним магазинов повседневного спроса, социального жилья, снижения коммунальных трат и т.д. По сообщению общественного движения «Моссовет» в столице намерены провести весной 2017 г. общегородской референдум за отставку мэра, срок полномочий которого завершается в 2018 г. Ему инкриминируют варварский, не всегда обоснованный, снос сооружений и палаток, кому-то в угоду повсеместную замену асфальта на плитку, отмену маршруток, политику в отношении очередников на жилье, ликвидацию лесопарков, нерациональную и нецелевую трату огромного бюджета с госдолгом в 98.7 млрд.руб., с нарушениями и без учета мнений жителей, уничтожение местного самоуправления, незащищенность жителей, а также недостатки, отмеченные в данной работе. Кстати, поспешно и с низким качеством введенные дороги и дорожные развязки, например, Дмитровское шоссе, требуют постоянного ремонта, перекрытия дорог и их частей и дополнительных затрат. Такое впечатление, что построенные на скорую руку дороги нуждаются в перманентном ремонте: вначале перекрывается одна полоса и ремонтируется, потом другая и т.д. Правда, введенные еще со времен Ю.М.Лужкова прибавки к пенсиям и зарплатам некоторым категориям людей и профессиям из бюджетной сферы и льготы действуют до сих пор и помогают отдельным слоям населения выжить в этом городе с высокой стоимостной планкой. За

ближайшие 5 лет в Москве планируется построить еще 377 км дорог, 41 станцию метро, 21 станцию городского наземного транспорта, 60 спортивных объектов, уже ввели в действие три новые станции метро на Люблинско-Дмитровской линии. Это очень хорошо и вроде бы делается для москвичей, но у них не такие масштабные, а повседневные проблемы и запросы, о которых упоминалось ранее, а также защита своей жизни и собственного имущества. Уличные знаки в Москве не помогают, а мешают водителям. Наверняка, представители московской власти бывали в Вашингтоне, вот и переняли бы их опыт. На каждом перекрестке там справа и слева указаны улицы с номерами домов, пешеходные переходы четко обозначены и видны в любую погоду, о съезде с дороги и развороте указатели с отметкой о расстоянии предупреждают несколько раз заранее, везде установлены таймеры, транспорт, как и везде на Западе, ходит строго по расписанию и т.д. Нельзя в Москве с городских улиц убирать экологически безопасные трамваи (как в Чехии и Германии), наземные электрички (как в Берлине) и троллейбусы, являющиеся основным и исключительно маневренным общественным транспортом, например, в Зальцбурге.

В Москве черные риелторы при попустительстве властей и правоохранительных органов применяют виртуозные и изощренные действия по отъему квартир или денег, похищают пожилых людей ради захвата их квартир, цены на которые очень высоки. В последнее время стало процветать мошенничество по отъему жилищ, сдаваемых в аренду. Афера состоит в том, что по поддельным документам сданное в аренду жилье перепродают много раз. И все это из-за дефицита жилья. Отдельные работники ЖКХ под видом уборщиков проникают в квартиры одиноких пенсионеров, грабят их и захватывают квартиры. И такого рода публикаций в прессе немало, что говорит о нежелании властей заниматься проблемами именно граждан. Например, вот уже длительное время искалеченные женщины не могут добиться наказания (этим занимаются не власти, а сами жертвы) для водителя, напавшего на них с бейсбольной битой. А в состоявшемся отчете мэра перед Мосгордумой все выглядело исключительно в розовых тонах и звучало как многочисленные победы на разных участках трудового фронта. Все это также имеет отношение к здоровью людей. Власти Москвы в лице вице-мэра Л.Печатникова, разобравшись со здравоохранением и образованием путем их «оптимизации», взяли за театры, которых в Москве (известных и неизвестных, крупных и мелких) насчитывается 88 (не считая 23 театра федерального подчинения), которые получают 50 млрд. руб. из бюджета Москвы; это даже больше, чем отраслевые траты Министерства культуры РФ.

Только в Москве 80 тысяч семей, т.е. почти 300 тысяч человек практически бесполезно стоят в многолетней городской квартирной очереди. Деньги на это выделяются, но они не способствуют продвижению очереди; на них строится элитное жилье, которое потом продается. В результате богатые люди становятся владельцами нескольких квартир. Эта очередь, ранее

раздельная (для многодетных, инвалидов и др.), теперь слилась в единую. Растет число недовольных очередников, которых власти исключили из очереди на жилье без предоставления жилого помещения. А число таких исключенных за 6 лет сократилось почти в 3 раза, поскольку строительство социального жилья для очередников практически прекратилось. Что только московские чиновники не придумывали, чтобы сократить очередь? Они даже учитывали летние садовые домики на 6 сотках земли, пока еще не введенные в полную эксплуатацию дачи, расторжение брака и вступление в брак и т.д. Дело дошло даже до того, что люди боялись вступать в брак и откладывали создание семьи. И это все называется социальной защитой москвичей. А за последние годы в Москве число детских городских поликлиник уменьшилось в 3.75 раза, в 2.5 раза уменьшилось число детских больниц, в 44 раза число поликлиник для взрослых, общее число коек уменьшилось на 23 тысячи и т.д., но наиболее болезненным процессом было сокращение медицинского персонала. Только за один год (2014) число штатных должностей врачей в Москве сократилось на 6 тысяч, занятых - на 4.3 тысячи и почти 3 тысячи врачей были уволены. Все это происходило в условиях сокращения, ликвидации и укрупнения ЛПУ, а высвобождаемые здания будут продаваться. Правда, мэр Собянин пообещал за три года построить 30 поликлиник. Интересно, вначале их позакрывали, ликвидировали или укрупнили, а теперь собираются возводить новые. Как-то не по-хозяйски. Сейчас принято, на наш взгляд, ошибочное решение о ликвидации всех лабораторий при московских поликлиниках. Ошибочное потому, что лабораторная служба, как и другие медицинские службы, должна быть выстроена в определенном иерархическом порядке, от простейших исследований к самым сложным. И тогда система здравоохранения будет наиболее эффективной. В Москве намерены создать медицинские таксофоны с экраном, с помощью которого будет осуществляться видеосвязь с врачом. Идея полностью нелепая и нереальная, т.к. возле каждого такого таксофона нужно будет иметь круглосуточный полицейский пост, а то может получиться как с подогревающими скамейками в Филевском парке, разрушенными вандалами. В Москве так устанавливаются некоторые новые светофоры, чтобы образовывались большие и длительные «пробки». Мы уже писали о том, как подвели базу под плановое снижение объемов помощи и сокращение штатов. Все очень просто. Если раньше все потребности в медицинской помощи рассчитывались на все население, то теперь московские власти исходят только из числа зарегистрированных пациентов в поликлиниках и поменявших полис ОМС (а это 12 млн. чел.) для подушевого финансирования. А 7 млн. человек оказались не зарегистрированными, поскольку у них в течение года не было надобности в посещении поликлиники, что дает широкие возможности для приписок. Приписками занимаются многие, но самое большое число приписок характерно для поликлиник 11, 67, 69, 218 и ряда стоматологических поликлиник. В 2015 г. было зафиксировано 37 тысяч оплаченных приписок. Теперь будут усилены контролирующие органы. Вот к чему ведет волюнтаристская политика в

здравоохранении. Или взять другое новшество, московское изобретение. С 2017 г. за случаи экстренной госпитализации больных в стационары врачей поликлиник будут штрафовать. Но ведь доставка больных по экстренным медицинским показаниям осуществляет скорая медицинская помощь, нередко не в рабочее время. Это во-первых. Во-вторых, врачи поликлиник, перестраховываясь, могут вообще перестать направлять больных на госпитализацию и в результате больные будут умирать на дому, не дождавшись нужной госпитализации. Планируется для инвалидов и оставшихся ветеранов ВОВ создать мобильные бригады быстрого реагирования с периодическими их осмотрами и учетом условий жизни. А кто постоянно ими будет заниматься? В общем, московские власти, имея большие деньги, потихоньку развлекаются. Такое впечатление, что они на нашу голову с Луны свалились, ничего не зная о том, что раньше прорабатывалось на практике и поэтому многие их «новшества» просто убоги. Что толку (ни холодно, ни жарко) от того, что, как сообщается, по уровню информационного обеспечения здравоохранения Москва обогнала Лондон, Нью-Йорк и другие столицы? Вот если бы по уровню жизни... Есть намерение распространить опыт Москвы по электронным амбулаторным картам и электронной записи на прием к врачам в другие регионы. Между тем, в Medscape от 01.08.2016 г. L. Devine с соавторами опубликовали результаты серьезного исследования среди врачей Нью-Йорка о первоочередном влиянии электронных записей в качестве главного фактора на синдром выгорания (усталости) врачей- burn-out syndrome. Получается палка как бы о двух концах. Этот синдром есть и у наших врачей, но пока причины у него совсем иные, большей частью бюрократические, организационные и экономические. Почему-то многие состоятельные больные предпочитают пройти обследование и лечение за рубежом (в США, Германии, Японии), а не в московских клиниках, а это значит, что дело не только в техническом оснащении. Почему из клиник Дюссельдорфа, а не из лучших отечественных клиник Москвы или С-Петербурга, врачи готовы организовать для россиян дистанционное медицинское консультирование? Интересно, как при действительно свободном изъяснении своих мнений проголосовали бы москвичи за такого иногороднего мэра? Недовольство жителями деятельностью мэра стало проявляться пока разрозненно и локально в разных местах Москвы, например, в Кузьминках, а жители Люблина и Марьино протестуют с 2009 г. и требуют закрытие торговых центров. Тоже самое происходит в Басманном районе Москвы, в Западном анклав столицы, в Тушинском районе на территории парка и в других местах Москвы. Москвичи недовольны закрытием и сносом газетных киосков, по стране их за 3 года снесли 10 000. Думаю, что мнение москвичей властями будет, как обычно, проигнорировано. За последние 15 лет Москва потеряла 700 гектаров деревьев и кустарников, в то время как в Берлине и Лондоне площадь зеленых насаждений только расширяется. В Москве зеленые насаждения занимают менее 40% территории и потому их утрата весьма чувствительна. Только в 2016 г. возникли громкие конфликты власти

с москвичами из-за уничтожения деревьев в парках «Дубки», «Кусково» и в Лужниках. Неограниченная урбанизация территорий, жадность застройщиков и не адекватная градостроительная политика властей Москвы и Московского региона ведет к сокращению лесных массивов как внутри Москвы (например, богатого своим биоразнообразием уникального «Лосиного острова»), так и вокруг нее. Так, уже 300 тысяч участков лесного фонда нарастающими темпами захвачены и застроены. Скоро от наших лесов в Москве и в округе ничего не останется. Во многих районах Московской области, да и в других регионах, к застроенным садоводческим товариществам был подведен газ, а теперь газовщики, выигрывая суды, требуют сноса садовых домиков, садов и заборов в связи с минимальным их расстоянием от магистральных газопроводов. Люди нервничают, мотаются по судам, бесполезно сопротивляются. А это все имеет непосредственное отношение к здоровью граждан. В Москве, как и в С-Петербурге и во всей стране зима ежегодно приходит неожиданно со снегопадом, заносами, грязью, гололедицей, ледяным дождем и висячими сосульками, о чем свидетельствуют жалобы граждан, пешеходов и водителей. Так же неожиданно приходит весна с ее распутицей и вешними потоками, лето с необходимостью уборки улиц, осень с ее частыми дождями и листопадом. Если мы не готовы к планово возникающим коллизиям, то что тогда говорить о других, в том числе техногенных катастрофах.

Журналист О.Попцов описал недавний случай (12.06.2016 г.) в Москве, когда 80-летняя старушка, получающая 14 тыс. руб. пенсии (включая московскую надбавку) жаловалась ему на то, что почти вся пенсия уходит на оплату за жилье, денег на продукты и лекарства нет, страшно заходить в магазины. Вот и получается, что как и вся страна, Москва разделена на 2 части: удобную и неудобную для жизни.

Всего в стране на 2012 год аварийными по разным причинам были официально признаны 47 тысяч зданий (на самом деле их значительно больше), все жители которых должны быть расселены до сентября 2017 г., но вряд ли это будет сделано в полном объеме (а это видно на примере Омска, где люди обращаются в суд), поскольку только в 49 регионах программа переселения выполнена наполовину, в остальных - еще меньше. А для того, чтобы признать дом аварийным, необходимо иметь специально занимающихся этим делом освобожденных жильцов с хорошим здоровьем и настойчивым характером для преодоления значительного числа чиновничьих и судебных барьеров. Решение об аварийности зависит от активности и настойчивости самих жильцов, которым всячески препятствуют местные чиновники. Опять же возникает вопрос: кто у нас для кого? Все это относится к системе охраны здоровья. Вместо создания государственной сети домов сестринского ухода, хосписов и домов медико-социального ухода, которых так в Москве и в стране не хватает, решение этих проблем отдали в частные руки и только в Москве и Московской области организованы 15 частных пансионатов для пожилых с достаточно приличными условиями. Но не все дети в состоянии оплачивать там пребывание своих престарелых

родителей, бабушек и дедушек или уход за ними на дому. Вместо расширения сети и мощностей хосписов департамент здравоохранения Москвы решил объединить имеющиеся маломощные (по 30 коек) 8 хосписов с Центром паллиативной медицины в одно учреждение. Поскольку в 2015 г. в стране паллиативную помощь получили только 25% от числа нуждающихся в ней, то нельзя согласиться с мнением о том, что с помощью объединения можно будет полностью удовлетворить потребности москвичей в паллиативной медицинской помощи.

Мы уже отмечали, что некоторым фактором, стимулирующим рождаемость в 1980-ые годы, было продвижение многодетных семей в очереди на получение бесплатного жилья. Рыночными могут быть экономика, бытовые услуги, но не социальная сфера, которая должна находиться под эгидой (протекцией) государства. По примеру Москвы стали действовать и в других местах, в том числе там, где люди живут в бараках или ветхих зданиях без элементарных удобств. Этот вопрос взаимодействия народа и власти извечен, и избиратели должны иметь конституционное право отозвать негодную им власть. Периодические показушно-экскурсионные выходы в люди чиновников высокого ранга из-за высокого забора, т.е. в некоторые наполненные магазины, аптеки с широким ассортиментом, передовые ЛПУ, в продвинутые уникальные теплицы, отдельные предприятия и т.д. создают иллюзию полного благополучия в стране, как это было и в Брежневские времена. Например, недавно премьер-министр только после визита в Центр сердечно-сосудистой хирургии понял, что с расходными материалами дело обстоит плохо на протяжении последних 10 лет. Или когда Президент РФ побывал в первый свой срок в нескольких сибирских регионах, то он с удивлением отметил, что еще многие люди живут в бараках, для чего можно было так далеко не ездить. И таких примеров накопилось немало. А пока же действует принцип «народ- для власти, особенно накануне выборов, а не власть- для народа». Правительство намерено отпустить цены на дешевые лекарства (аспирин, глицин, панкреатин, ибупрофен, аскорбиновую кислоту и другие) и разрешить фармкомпаниям не согласовывать цены на них с Минздравом РФ и ФАС, что мгновенно дешевые препараты превратит в дорогие и значительно повысит прибыль частных фармацевтических компаний. Именно так правительство намерено поддержать совсем не бедствующих производителей лекарств в ущерб их потребителей. Ситуация усложняется тем, что во многих регионах средств на льготные лекарства не хватает. Даже в Москве лекарства по льготным рецептам для онкобольных отсутствуют в аптечной сети. Это связано с сокращением открытой части федерального бюджета в 2016 г. на 374.5 млрд. руб., в том числе на 28.6 млрд. руб. уменьшились расходы по разделу «Здравоохранение» и на 37% расходы на программу фармацевтики. В правительственных кругах обсуждается вопрос о снятии регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты. Как считают специалисты, надо не повышать цены на дешевые препараты, а заменить их на современные с одновременным введением полной или хотя

бы частичной компенсации затрат пациентов, не говоря уже о бесплатной выдаче лекарств по рецепту врача. Люди и так сейчас экономят на лекарствах, в том числе относящихся к средствам первой необходимости. Поэтому нельзя допустить произвол производителей лекарств. А переход на дешевые китайские лекарства невозможен из-за массовой там (до 80%) подделки клинических испытаний лекарственных препаратов. Вот такая у нас забота о больных. Теперь новый подарок: принято решение на треть уменьшить расходы на материнство и детство.

Об отсутствии дифференцированного подхода говорилось при анализе медико-демографических показателей. Но такой подход отсутствует и в других сферах. Например, согласно новому порядку организации образовательного процесса в ВУЗах предлагается уплотнить студенческие группы и сократить перерывы между занятиями до 40 минут. Но это полностью не подходит к медицинским ВУЗам, кафедры которых разбросаны по клиникам всего города, и в палату к больным большая группа студентов не поместится.

Расходы на здравоохранение растут во всех странах, кроме России, и к этому пора привыкнуть, а кое-где даже с темпами, опережающими рост ВВП. The Wall Street Journal 11.08.2016 г. сообщил, что администрация Б.Обамы ищет пути снижения непомерных расходов на здравоохранение. Кстати, там тому, кто приобрел медицинскую страховку самостоятельно, затраты в течение до 2-х лет могут быть частично компенсированы. Тем не менее, нынешняя Секретарь департамента здравоохранения и социальных служб (министр здравоохранения США) Sylvia Matthews Burwell анонсировала ежегодный отчет о деятельности по программам Medicare и Medicaid, в котором указывается, что стоимость затрат на медицинскую помощь в США будет только расти.

В 2015 г. доля коммерческой платной медицины в структуре рынка платных медицинских услуг составила 63.2% и число частных клиник, участвующих в системе ОМС с 2010 г. возросло в 3 раза. 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 бюджетных учреждениях, которые оснастились за государственный счет (фактически из средств налогоплательщиков) по программе модернизации, на которую были выделены значительные средства. Но вот, с какой стати, сформированные и оснащенные за счет налогоплательщиков медицинские учреждения оказывают им же медицинскую помощь за плату? Полный нонсенс. Только за один кризисный 2015 г. объемы платных услуг выросли на 9.1%, т.е. на 56.2 млрд. рублей и составили в целом 671.5 млрд. руб. Суммы весьма значительны и желающих к ним присоединиться и полечить за непосредственную плату немало. Не спасает положение оплата через кассу, поскольку оплата «из рук в карман» обойдется пациенту дешевле с большей выгодой для врача. Почти 50% всех потребителей платных услуг могли бы медицинскую помощь получить

бесплатно, но они об этом могут и не знать, а в ЛПУ их попросту разводят. Для большинства людей расходы на платные медицинские услуги являются значимой тратой для семейного бюджета. В некоторых медицинских учреждениях доля платных больных достигает 85%, особенно это выражено в Москве. При этом основными потребителями медицинской помощи остаются малоимущие слои населения: дети, хронически больные и пожилые, т.е. те, кто часто и длительно болеют. 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 нежизнеспособные 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. Не спасают систему надежды медицинских чиновников на государственно-частное партнерство (ГЧП) и на частную медицину, в которой занято всего 7% медицинских и фармацевтических работников, содержится только 0.5% больничных коек и к которым относится 5.4% всех амбулаторных посещений. Эта идея оказалась заманчивой для некоторых губернаторов и в Смоленской области (губернатор- А. Островский, вице-губернатор- Окунева) в рамках ГЧП стали открывать кабинеты ВОП с бесплатной для пациентов медицинской помощью за счет ОМС. Идея оказалась несостоятельной из-за дефицита денежных средств по сравнению с объемами помощи, оказанной частными ВОП. А губернатор Пензенской области И.Белозерцев намерен сделать ЛПУ самокупаемыми с тем, чтобы они могли привлекать внебюджетные средства, что означает похороны государственного здравоохранения и превращения его в частное со всеми вытекающими последствиями. Во всем мире практикуют общественно-частное партнерство (public-private partnership), когда частные некоммерческие клиники взаимодействуют с капиталом или с коммерческими клиниками. А это совсем другое дело. И здесь хорошим примером является Испания. Кстати, в частных клиниках может быть только более внимательное отношение к больным и лучшая организация внутренней работы, а врачи такие же, с одинаковой подготовкой, к тому же некоторые государственные клиники не хуже оснащены. В Москве в 2017 г. в системе ОМС будут работать уже 153 частные клиники. Минздрав РФ в рамках государственно- частного партнерства намерен привлечь частный бизнес к финансированию работы центров ВМП. Но из этого может ничего не получиться, если бизнес не увидит прямую экономическую выгоду для себя, не только в ближайшее время, но и на перспективу. Однако, спрос с частных клиник иной, они имеют возможность нанять лучших адвокатов для отстаивания своих интересов, и частные клиники либо не представляют отчетные данные, либо ответственность за предоставление и качество медицинской статистики не несут. 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 условии сохранении нынешней политики. Правда, отдельные частные клиники (например, Кардио Клиника в С-Петербурге и другие) стараются работать, не беря деньги с пациентов в рамках системы ОМС, однако их всячески притесняют, ограничивают в квотах, в плановых объемах помощи по ОМС. И это несмотря на поддержку ФАС, которая, кстати, слабо контролирует принятые ею же решения. А пациентов в государственных и частных клиниках особенно раздражают очереди и недостаточная квалификация медицинского персонала, и если очереди вызывали недовольство в частных клиниках у 33% опрошенных, то в государственных- у 48%, невысокое качество в частных клиниках- у 16%, а в государственных- 27% пациентов жаловались на грубость и хамство персонала, 11%- на навязывание медицинских услуг и 21%- на низкое качество этих услуг. Это были данные опроса Ассоциации агентств мониторинга качества и холдинга РОМИР. По известным данным М.Вrenner (1988), увеличение смертности всегда связано со снижением ВВП, т.е. между смертностью и ВВП существует достаточно тесная прямая и обратная зависимости. Это (в дополнение к другим материалам данной книги) еще раз подтверждает тезис о том, что вложения в здоровье стимулируют экономический рост, хотя зависимость при этом является не всегда прямой, а нередко опосредованной.

Одной из причин смерти являются допущенные врачебные ошибки, хотя, по нашему мнению, они не носят преднамеренный характер и любой (!) врач осознанно не может нанести ущерб своему пациенту. Самые объемные исследования врачебных ошибок проведены в США. Предварительные исследования там показали, что различные врачебные ошибки встречались у 3-4% пациентов, а при оказании интенсивной помощи- не менее 2 ошибок в день, 20 % которых приводили к тяжелым последствиям и фатальным исходам. Обследование больниц в штате Нью-Йорк показало, что 30% случаев смерти были обусловлены ошибками в медикаментозном назначении. Все это побудило Институт медицины США провести углубленное широкомасштабное исследование этой проблемы и оценить ее последствия. Приведем начальные этапы этой работы в хронологическом порядке.

1. Доклад Института медицины США 30.11.99 г. о результатах многолетних исследований: в США ежегодно от врачебных ошибок погибало от 44 до 98 тысяч пациентов (8-я причина в структуре смертности). От СПИДа погибало в 4.5 раза меньше, от рака молочной железы- в 2,5 раза меньше, в ДТП- в 2 раза меньше. Ежегодные экономические потери составили 38 млрд. долл. (в то время это почти весь наш федеральный бюджет), в том числе вследствие потенциально предотвратимых врачебных ошибок- от 17 до 29 млрд. долл. в год.

2. Выступление Президента США в Конгрессе по поводу врачебных ошибок 07.12.99 г. в 11-45. Поручение созданной в 1997 г. при Президенте США Комиссии (обратите внимание!) по качеству медицинской помощи и потреблению.

3. Доклад обозначенной Комиссии Президенту США 17.02.2000 г. «Что нужно сделать для безопасности пациентов» в полном и сокращенном вариантах. Цель: снизить предотвратимые врачебные ошибки за 5 лет на 50%. Проблема не отраслевая, а национальная, задействованы все министерства, ведомства и департаменты.
4. Утверждение Президентом США 19.02.2000 г. доклада и плана действий и сообщение об этом в Конгрессе США.
5. Отчет в 2003 г. нового Секретаря Департамента здравоохранения и социальных служб Томми Томсона (ранее- губернатор штата Висконсин) в Конгрессе о ходе работ по уменьшению числа врачебных ошибок. Устранение предотвратимых ошибок в больницах снижает стоимость стационарной помощи на 2 млрд. долл.
6. Отчет «Качество и безопасность в здравоохранении» 04.04.2004 на основе анализа 50 тысяч жалоб на ВОП показал, что в 23% случаев жалобы обусловлены врачебными ошибками, приведшими в 3% случаев к летальным исходам.
7. По данным National Academy for State Health Policy (2005) к концу 2004 г. в 22 штатах были созданы системы слежения за врачебными ошибками с их анализом, во многих штатах созданы центры по безопасности пациентов и намеченная цель снижения в 2 раза частоты предотвратимых врачебных ошибок к 2005 г. была достигнута.

Однако, проблема не исчезла. По опубликованным в 2013 г. данным, 16% всех летальных исходов в США (400 тысяч умерших) были обусловлены ошибками врачей. Тем не менее, администрация Б. Обамы занималась поиском денег на медицинскую страховку ранее не застрахованных американцев, и этой проблеме уделяла мало внимания. Сейчас затраты на здравоохранение в США составляют 18% от их ВВП, т.е. свыше 10200 долл. на 1 человека в год. Несмотря на все усилия, к 2016 г. число врачебных ошибок в США за 2014-2015 гг. не уменьшилось и по неполным данным The Washington Post (03.05.2016) от них погибли 251 тысяча человек (третья по важности причина смерти), больше чем от болезней органов дыхания, внешних причин, инсульта и от болезни Альцгеймера. Данные приведены по результатам исследования университета Джона Хопкинса под руководством профессора Мартина Макари. В США сложилась деликтная система ответственности с судом присяжных и судебным определением виновности или невиновности врача. Там врач, как субъект права, сам страхует свою профессиональную ответственность и себя от возможных ошибок и судебных исков.

В Европе по данным Комиссара ЕС по вопросам здравоохранения каждый год в арбитражные суды поступают 10 тысяч жалоб, в которых в 52% случаев определяются врачебные ошибки, на 25% связанные с хирургическими вмешательствами, на 10%- с послеоперационным лечением и диагностикой. Всего за год в большинстве стран ЕС из-за медицинских ошибок страдают 15 млн. человек. Только в одной больнице г. Стаффорд (Великобритания) за три года из-за халатности врачей погибло почти 1200 пациентов. Если в

целом по ЕС каждый десятый случай лечения наносит ущерб пациентам, то в Германии доля врачебных ошибок еще 10 лет тому назад была ничтожно мала- всего 0.35% от числа обращений к врачам. Правда, по имеющимся последним данным, за год в Германии сейчас совершается не менее 100 тысяч врачебных ошибок, от которых умирают 25 тысяч человек. Есть гипотеза о том, что это связано с наплывом в Германию врачей из Восточной Европы, в то время как врачи из Германии с охотой переезжали в Великобританию из-за меньшей чиновничьей бюрократизации и более высокой оплаты, оставляя свои рабочие места для мигрантов. В самой большой земле Германии- Северном Рейне- Вестфалии (9 млн. жителей, 50 тысяч врачей) с 1975 г. в соответствии с Земельным законом о врачебных профессиях функционирует Комиссия по врачебным ошибкам для выяснения претензий, проведения объективной экспертизы, выявления причин и принятия решений в составе отставного судьи, 8 юристов и 79 врачей. В результате 90% всех проблем и конфликтов решаются на досудебном уровне, и это правильно, и только 10% дел попадают в суд. В Австралии до 80% случаев смерти в больницах обусловлены медицинскими ошибками. И, тем не менее, в Германии, равно как в США, Канаде, Великобритании, Швеции, Финляндии, Австралии, Новой Зеландии страхование от врачебных ошибок является обязательным. Если врач не является субъектом права, а наемным работником, то за него ответственность несет наниматель. В Канаде из-за врачебных ошибок и их осложнений требуется дополнительно 1.1 млн. койко-дней, а 24 тысячи пациентов ежегодно погибают из-за допущенных ошибок. В Великобритании и Финляндии врачи назначали препараты со множеством противопоказаний, в Италии ведется следствие против 4 тысяч врачей и т.д. Снижению частоты ошибок способствует применение доказанных мировой практикой медицинских технологий, т.е. доказательной медицины (Evident Based Medicine), в основу которой положены специальные и профессиональные исследования в рамках науки «клиническая эпидемиология», позволившей на больших научно-клинических данных статистически увязать применяемые технологии с результатами для пациентов. Этими исследованиями занимаются специальный институт NICE и научная группа SIGN, которые выдают рекомендации общего характера с числом голосов (позитивной вероятностью) за ту или иную группу методов. Указанные клинические рекомендации (clinical guidance) по определению носят рекомендательный характер и используются странами, независимо от модели здравоохранения, для разработки обязательных национальных медицинских стандартов. Затем эти стандарты преобразуются в утвержденные на местах локальные клинические протоколы, учитывающие имеющиеся конкретные возможности и последовательность (алгоритм) действий. У нас в стране разработка клинических рекомендаций (руководств) не нужна, да и не возможна, т.к. не получилось исследовательской смычки между специалистами по аналитической статистике и клиницистами.

В РФ исследование врачебных ошибок не проводилось, хотя эксперты оценивают их число в 40-50 тысяч в год. Правда, система выявления и регистрации врачебных ошибок в стране не налажена и потому за последний год обсуждается только 700 подобных случаев. Это значит, что врачи ошибаются не чаще среднестатистического человека. В нашей стране проблеме возможных медицинских ошибок уделяли большое внимание Пирогов, Боткин, Спасокукоцкий, Вересаев, Давыдовский, Эльштейн и другие. Сейчас в России ставится задача обязательного страхования от врачебных ошибок, однако что такое врачебная ошибка и как ее идентифицировать, пока до конца юридически не установлено. Скорее всего, это понятие профессиональное и этим должны, как и в развитых странах, заниматься профессиональные медицинские сообщества, но пока в нашей стране они совсем не готовы к этому. Если есть желание провалить медицинские ассоциации у нас, то тогда стоит их нагрузить общепринятыми в мире функциями (ре- лицензирование, разработка медицинских стандартов, обеспечение качества, снижение частоты врачебных ошибок, повышение квалификации и т.д.), к чему они пока не готовы и с чем они явно не справятся. Теперь, по решению Верховного суда, за неправильный диагноз будут платить врачи, и не пациенты будут доказывать в суде наличие допущенных врачами ошибок, а врачи будут доказывать свою правоту перед судом. В стране не ведется учет (статистика) врачебных ошибок, не проводились и соответствующие полномасштабные исследования. Этими вопросами нужно будет заниматься в ближайшее время с тем, чтобы обезопасить пациентов и защитить врачей. Для иллюстрации приведем несколько из последних примеров судебной практики. Только с помощью суда удалось привлечь к ответственности врачей московской ГКБ №71, забывшим салфетку после грыжесечения, а также руководителя отделения ФГУ по отоларингологии за большие взятки. Однако, есть случаи летальных исходов вследствие врачебных ошибок. Смешно сказать, но по разработанным Минздравом РФ медицинским стандартам лечить нельзя; в лучшем случае и с большой натяжкой их можно использовать для экономических расчетов, например, в больницах. В этих стандартах полностью отсутствуют технологии и последовательность действий. А не получились стандарты потому, что они должны базироваться на серии многочисленных исследований, статистически увязывающих результаты лечения с применяемыми технологиями (клиническая эпидемиология), как это делается на международном уровне: английский институт NICE (Национальный институт клинических предпочтений) и шотландская система SIGN, профессиональными разработками которых пользуются во всем мире. Осознав это, Минздрав РФ прекратил все работы по улучшению качества медицинской помощи, видимо, уповав на применение современной техники. Уже много раз министр здравоохранения РФ признавалась в том, что медицинские стандарты представляют собой прейскуррант объемов и цен и не могут быть использоваться в клинических целях для ведения больных.. Однако, в ноябре 2016 г. Минздрав РФ заявил, что меняет порядки оказания

медицинской помощи и вместо жестких медицинских стандартов будут использоваться гибкие и не столь жесткие клинические рекомендации, не отдавая себе отчет о том, что они собой представляют, как и где разрабатываются и как должны внедряться в практику. Как представляется, это заявление сделано для того, чтобы продемонстрировать видимость работы по качеству и угодить кураторам министерства. Кстати, в документах Минздрава РФ весьма часто понятие качество медицинской помощи подменяется качеством деятельности, что весьма разные по всем параметрам вещи. Качество есть всегда, оно свойственно всем предметам, процессам и явлениям, но обладает разной степенью выраженности. Качественной медицинскую помощь можно назвать тогда, когда правильно и обоснованно выбранные технологии ведения пациентов приводят к наилучшим результатам для пациентов в современных условиях. Работам в этой сфере содействуют организованное в 1986 г. Всемирное общество по обеспечению качества с центром в Мельбурне (ISQua), соответствующее европейское общество (EQuIP), Всероссийское общество качества (ВОК), членом которых я являюсь, а также АСМОК- ассоциация содействия медицинскому обеспечению качества в России (президент- Улумбекова Г.Э.) Если с 1920 по 1940 гг. во всем мире старались оценить качество, проводя его аудит, экспертизу и осуществляя контроль за ним, а до 1990-х годов все занимались обеспечением качества и управлением им, то после этого настала эра качества управления и качества менеджмента. Судя по всему, мы основательно застряли на первом этапе и основные усилия все еще сосредотачиваем на оценке, экспертизе и контроле качества медицинской помощи, что следует из приказов Минздрава, ФЗ №326 (о медицинском страховании) и действующей системы ОМС. Этот этап в мире давно пройден и там поняли, что гораздо важнее (и сложнее) оценки является обеспечение качества. А оно достигается путем применения международных стандартов ИСО, использования научно обоснованных и статистически доказанных результатами исследований медицинских технологий на основе международно принятых клинических рекомендаций, подкрепленных необходимыми ресурсами, а также с помощью правильно организованных процессов лицензирования и аккредитации. В соответствии с Руководством по социальной ответственности (международный стандарт ИСО 26 000:2010), устойчивое развитие основано на поддержании здоровья экосистем, социальной справедливости, хорошем организационном управлении, прозрачном и этичном поведении и включает в себя здоровье, качество жизни, благосостояние общества в сочетании с социальной справедливостью как способа выражения широких ожиданий общества. В этом стандарте, который может быть положен в основу развития нашей страны, разделы 6.7.4, 6.8, 6.8.8 имеют непосредственное отношение к охране здоровья. И уже в развитие этого стандарта в феврале 2013 г. в Женеве состоялось совещание 27 стран под эгидой ВОЗ и Всемирного банка, на котором рассматривались практические вопросы универсального покрытия расходов на здравоохранение (Universal Health Coverage) из общественных фондов и

перевода этой проблемы из отраслевого ведения на политический уровень. Данный стандарт еще раз подтверждает мысль о том, что охрана здоровья- это система социального выравнивания в любом обществе, которая восстанавливает утраченную социальную справедливость, ибо перед лицом болезни или смерти все одинаково равны, не зависимо от происхождения, положения в обществе, доходов и возможностей. Широкою известность получила знаменитая триада Аведиса Донабедиана (с которым я был знаком), автора классических работ по качеству медицинской помощи: качество ресурсов- качество процессов (технологий)- качество результатов. При этом стандарты устанавливаются на результаты и именно с них, т.е. с конца, начинается весь анализ качества оказанной медицинской помощи. Из изложенного следует наше заметное отставание в теории развития здравоохранения, о чем уже говорилось. Мы здесь намеренно не рассматриваем вопросы клинической эпидемиологии, доказательной медицины (EBM), клинических руководств (clinical guidances), вероятностей исходов лечения в зависимости от выбранных технологий, международных стандартов ISO, диагностически связанных (родственных) групп (DRGs), медицинских стандартов и локальных клинических протоколов, лицензирования, аккредитации и сертификации, терминологии и др., имеющих непосредственное или опосредованное отношение к качеству медицинской помощи. Скажем только, что все страны, как отмечалось, берут за образец разработанные на научной основе клинические руководства NICE и SIGN, преобразуют их в медицинские стандарты, из которых вытекают конкретные локальные клинические протоколы ведения больных с определенной последовательностью действий. К сожалению, у нас в стране нередко качество медицинской помощи подменяется понятием качества деятельности (например, в ФЗ №323 и в других официальных документах), что весьма далеко не одно и то же, не синонимы, имеют отношение к разным объектам, измеряются по-разному и требуют разных усилий. Качество деятельности имеет прямое отношение к медицинским работникам, к отдельным медицинским учреждениям и их совокупности и опосредованно относится к пациентам. Им оперируют медицинские власти в стране и Москве, показывая, например, число пролеченных больных с помощью высоких технологий. Качество медицинской помощи непосредственно относится к нуждающимся пациентам и оценивается по результатам ее оказания и изменениям в состоянии пациента, а не по числу пролеченных больных. Из этой неверно понимаемой бифуркации качества вытекают и все последующие теоретические и практические послы в здравоохранении, усиливающие наше отставание. Приведем несколько примеров. Фигурируемая во многих документах экстренная медицинская помощь, характеризует определенный вид оказываемой помощи, а более правильное ее наименование- помощь по экстренным медицинским показаниям больным- имеет непосредственное отношение к пациентам, В первом случае, для оценки и улучшения качества медицинской деятельности и ее организации можно применять международные стандарты ИСО

соответствующей серии, а во втором случае- доказательную медицину, ориентированную на лучшие результаты для пациентов. В первом случае, когда речь идет о качестве деятельности, то в фокусе внимания могут быть медицинские работники, отдельное медицинское учреждение или их совокупность. Именно поэтому у нас составляются концепции и программы развития здравоохранения, хотя, по примеру ряда развитых стран, они должны иметь непосредственное отношение к улучшению здоровья населения в широком понимании этого смысла. Объединительным моментом могут быть правильно разработанные медицинские стандарты, в которых, в соответствии с триадой А.Донабедиана, присутствуют и необходимые ресурсы, и элементы деятельности с применяемыми технологиями, и результаты для пациентов. Качество у нас запуталось среди не всегда верно трактуемых трех сосен: аккредитация, лицензирование, сертификация. При этом под аккредитацией ошибочно понимается разрешение на деятельность, т.е. лицензирование. Сейчас споры идут о том, кто должен выдавать разрешение, утверждать и т.д. На самом деле первоначально выдавать такое разрешение должна уполномоченная комиссия, а пролонгировать его профессиональные медицинские общества (в том числе по балльной системе), но никак не учреждение, где работает врач. Это все может служить основой для еще одной самостоятельной книги.

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 медицины состоит в переводе острой боли в хроническую, т.е. острого заболевания в длительно протекающее. И все это исходит не снизу, от врачей и медсестер, а при попустительстве и содействии 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, при том, что 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. «оптимизированы» еще 359 больниц и поликлиник, из них 29 полностью закрыты. Только за 2013-2015 гг. вопреки официальным заверениям число медицинских учреждений сократилось почти на 800 единиц, в том числе больниц- на 251, амбулаторно-поликлинических учреждений- на 144, диспансеров- на 92, стоматологических поликлиник- на 37. По плану «оптимизации» Минздрава РФ в 2015 г. «оптимизированы» еще 472 больницы, из которых 41 закрыта. Всего же «оптимизации» подверглись 952 медицинских учреждения, из которых часть ликвидирована, а остальные присоединены к другим

учреждениям в виде маломощных филиалов. Согласно имеющимся планам (источник- Счетная палата РФ), количество медицинских учреждений и дальше будет сокращаться: за ближайшее 4-летие 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. Если, например, в поселке Итомля Тверской области еще 30 лет тому назад была больница с приличным стационаром и операционной, с роддомом, то в результате «оптимизации» с позиции экономической выгоды на 120 деревень остались лишь 4 круглосуточных койки и 12 дневных, да и то ценой невероятных усилий. На 90 тысяч сократилось в стране 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 Москве по официальным данным при сокращении коечного фонда в 2015 г. пролечено в стационарах на 100 тысяч больных больше, чем в 2014 г. В это верится с трудом и может лишь свидетельствовать об ускоренной выписке из стационаров не полностью вылеченных и реабилитированных больных, что, возможно, как раз и привело к росту смертности на дому сразу же после выписки на дом. В сельской местности число больниц сократили в 4 раза, а амбулаторных пунктов- в 3 раза. Особенно большое число медицинских учреждений было закрыто в малых городах и в малых населенных пунктах, что из-за значительных расстояний делает для их жителей медицинскую помощь практически недоступной. В Пермском крае додумались до создания рекомендуемых значений для работы СМП (не более 11 вызовов в неделю) и для участковой службы (1 случай смерти). Вообще многие действия в здравоохранении, исходящие из центрального или региональных органов здравоохранения, достойны канувшего в Лету журнала «Крокодил» или рубрики «Нарочно не придумаешь», что говорит о профессиональной некомпетентности многих нынешних скороспелых управленцев. Примеров тому множество и в качестве одного из них можно привести приказ Минздрава РФ № 254н от 21.04.2016 г., позволяющий выписку льготных рецептов на три месяца пациентам с хроническим заболеванием даже при отсутствии нужного медикамента в аптеках. Эксперты в таких случаях рекомендуют обращаться в суд, хотя некоторые больные могут до этого не дожить. Обо всем этом уже достаточно много написано. А начинается «оптимизация» в малых городах и на селе с ликвидации экономически невыгодных рабочих мест, с закрытия ряда производств, исчезновения многих поселений, ликвидации школ, медицинских учреждений, клубов, библиотек и т.д. Сейчас, когда в какой-то мере началось восстановление сельского здравоохранения, впору вспомнить (хотя бы для сравнения), каким оно было ранее, поскольку многие этого уже и не помнят. Из общего числа госпитализированных за год на долю областных больниц приходилось только 5%, ЦРБ- 40%, РБ- 8%, участковых больниц- 47%, а амбулаторная внебольничная помощь в 4% случаев

оказывалась в областных консультативных поликлиниках, 43% в поликлинических отделениях ЦРБ и РБ, 53% в сельских амбулаториях и в ФАПах. Отсюда видно, что наибольшая по объему медицинская помощь оказывалась именно в тех медицинских учреждениях общего типа, которые затем подверглись насильственной «оптимизации». Сейчас к федеральному уровню относится 3.3% всех больниц, к субъектному уровню- 64.3%, а к муниципальному- только 32,4%. Сельские больницы были и остаются трех типов: сельские участковые (на 25-100 коек в зависимости от категории и внекатегорийные- менее 25 коек), обеспечивающие медицинскую помощь на врачебном участке, районные номерные больницы (РБ) на 50-120 коек для отдаленных районов и, наконец, центральные районные больницы (ЦРБ) с центром в городском или крупном узловом сельском населенном пункте на 75-400 коек в 4-6 отделениях. Это все больницы общего типа. Отдельно в городах и областных (краевых, республиканских) центрах существовали многопрофильные и специализированные больницы. Правда, медицинская помощь сельским жителям оказывалась также в городских больницах, где для этого выделялось до 15% больничных коек, а также в областных (краевых, республиканских) больницах, которые нередко являлись клиническими больницами, т.к. служили базой для додипломного или последипломного образования. В каждом большом регионе при министре здравоохранения Б.В.Петровском были введены в строй крупные больницы на 600-1000 и более коек, которые не только выполняли диагностическую и лечебно-консультативную роль, но и проводили огромную организационно-методическую и выездную консультативную работу на территории. В прежние времена сельские участковые больницы 1 и 2 категории (свыше 50 коек) составляли только 4% от общего числа участковых больниц, 3-ей и 4-ой категории (25-50 коек)- 17%, а участковых больниц с числом коек менее 25- было 79%. Вообще-то эти больницы не играли значимую роль в оказании медицинской помощи сельскому населению, на них приходилось менее половины объемов стационарной помощи и не более 15% от объемов амбулаторной помощи. Однако тогда было понимание того, что маломощные ЛПУ на селе ликвидировать нельзя и по особенностям организационных форм деятельности их можно было разделить на 2 группы, одна из которых относилась к факторам и специфике труда на селе (постоянные), например, характер сельскохозяйственного производства и труда, наличие вредностей, расстояния между поселениями с разной численностью жителей, характеристика дорог и транспортных сообщений, а другая- имела отношение непосредственно к здравоохранению (переменные факторы), например, укомплектованность кадрами, объемы диспансеризации и всей профилактической работы, результаты лечения и т.д. Численность населения на участке колебалась от 3000 до 9000 человек, при этом население, как правило, проживало в нескольких поселениях с радиусом обслуживания в 5-25 км, а иногда и больше. В состав участковой больницы помимо врача (или нескольких врачей), зубного врача со средним образованием, фельдшерского, медсестринского и младшего медицинского персонала, стационара и

амбулатории входили также аптечный пункт, санитарный фельдшер с помощником (дезинфектором), простейшая лаборатория, физиотерапевтический кабинет, рентген-кабинет, малая операционная, манипуляционная, смотровая и перевязочная, помещение для родов, гужевой и автотранспорт, пищеблок с диет-сестрой, подсобное хозяйство, складские помещения, административно-хозяйственный персонал, не говоря уже о подчиненных ФАПах, ФП и колхозных родильных домах. Графики работы подстраивались под сезонность и особенности работы тружеников села. Велась также значительная санитарно-просветительная работа, осуществлялись противоэпидемические мероприятия, текущий и предупредительный санитарный надзор, контроль за качеством питьевой воды из колодцев, профилактические осмотры и диспансеризация, проводились выезды на ФАПы и в населенные пункты, к приезду по плану и вне плана узких специалистов из ЦРБ или областной больницы готовились для консультации пациенты. В общем, имелось всё, что нужно было для оказания лечебно-профилактической помощи общего типа жителям территориального участка. Важно то, что наиболее тяжелая острая патология возникала ночью, что обусловлено менталитетом сельских жителей (проблемы возникали с вечера, надеялись на то, что пройдет до утра, но не проходило), и по наиболее тяжелым заболеваниям и травмам, осложнениям беременностей (отошли воды, кровотечения) поступали экстренные ночные вызовы на дом, в поселения или в больницу. Одна должность врача устанавливалась на 25 коек, а количество коек определялось на научной основе, исходя из потребностей населения. За то, что обучение в вузах было бесплатным, выпускник тогда должен был по распределению отработать минимально три года. За это отвечал вуз, куда поступала из мест распределения карточка доезда выпускника. Эта система была порушена более 25 лет тому назад и ничего путного взамен нее пока не предложено.

Вместо того, чтобы взять все позитивное из прошлого, устранив имевшиеся дефекты, развивать систему здравоохранения дальше, медицинские чиновники под влиянием горе-экономистов и с учетом рентабельности решили провести пресловутую «оптимизацию» и, по данным А.Калининской и Л.Маликовой (2015), за последние 8 лет число участковых больниц уменьшилось в 21.2 раза, число коек в них - в 18.7 раза, число сельских амбулаторий - в 2.9 раза, число фельдшеров - на 6.5 тысяч, число ФАПов - почти на 8000, а по ФЦП «Социальное развитие села за 2003-2013 гг.» число вновь введенных ФАПов составило только 62.8% от всех запланированных и профинансированных, но не определенных исходя из потребности сельских жителей. Остальные деньги, как всегда, бесследно исчезли. Сейчас же Минздрав РФ рекомендует в поселениях от 100 человек при расстоянии до ближайшей больницы больше 6 км создавать свой ФАП или здравпункт, а в больницы, оказывающие скорую помощь, пациент должен попасть в течение часа. Одновременно в малочисленных населенных пунктах планируется организовывать дежурство подготовленных добровольцев на дому при том, что местные власти должны обеспечить

каждое домовое хозяйство аптечкой и телефонной связью. Сейчас уже функционируют 9373 таких домохозяйств. Удивительно, как это не додумались вырастить в каждом селе знахаря и бабку-повитуху? Из изложенного следует, что причины запустения села решаться не будут, а Минздрав просто пытается подстроиться к текущим негативным процессам, правда, не всегда правильно.

Между тем, градостроительные принципы что для города, что для села не должны существенно отличаться: учреждения общего типа (общего назначения) должны быть максимально приближенными к населению, а остальные - могут находиться на расстоянии. В настоящее время в РФ насчитывается 2390 городских населенных пунктов, из них городов- 46%, поселков городского типа- 54%, а это для огромной страны ничтожно мало, при том, что их численность и число жителей в них с каждым годом постепенно уменьшается. При этом вымирают не только небольшие городские поселения, но и в относительно крупных городах наметились негативные демографические процессы. Так, за последние 20 лет число городских населенных пунктов стало меньше на 720. Это означает, что сейчас крайне необходимо создать рационально организованную иерархическую (а не хаотическую) городскую инфраструктуру с учетом административного деления на внутригородские муниципальные образования и городские округа и особое внимание обратить на малые города.

И ранее указанные медицинские учреждения, включая роддома, были экономически невыгодными. Но тогда отчетливо понимали, что не экономика и деньги играют в здравоохранении первостепенную роль (они вторичны и должны обеспечивать основную деятельность), а разумная целесообразность, основанная на потребностях населения в различных видах медицинской помощи, которые уже свыше 40 лет не определялись, поскольку соответствующие научные разработки не заказывались Минздравом РФ, который всё и так знает. В результате и программы госгарантий, и программы ОМС не имеют достаточного научного обоснования.

По данным Счетной палаты РФ 17.5 тысяч населенных мест (13.5%) фактически лишены какой-либо, даже самой простейшей медицинской помощи. Однако, по нашему мнению, эти данные являются сильно заниженными, поскольку в каждом из 84.5 тысяч сельских населенных пунктов (а всего их осталось почти 130 тысяч), т.е. в 65%, проживают менее 100 жителей, в том числе в 25 тысячах (19.2%)- менее 10 человек. А ФАП (с фельдшером и акушеркой) целесообразно создавать на 400- 700 человек. Вместо кардинального решения проблемы Минздрав РФ планирует в этих поселениях обучить домохозяйства оказанию первой (домедицинской) помощи, что возвращает нас в средние века. Дело неплохое, но не так все должно быть сделано. На Сахалине уже имеются обученные домашние хозяйства, что является гораздо менее полезным действием, чем бытовавшая до Алма-Атинской конференции 1978 г. в развивающихся странах концепция

«босоногих врачей». 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). Если в целом по России смертность составляет 13.1‰, то, например, в Псковской области она достигла 22.6‰. Помимо обозначенных территорий высокая смертность отмечается также в Курской, Ивановской, Липецкой и Тамбовской областях (вскоре вырастет смертность и в других, пока еще относительно благополучных по демографической структуре, 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 с 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.

Если ОПЖ в целом по стране составляла 70.1 года (в 2015 г.-72.06, что вызывает определенные сомнения), то в сельской местности она гораздо меньше. Все это свидетельствует о том, что при разработке медико-демографических программ необходимо соблюдать выраженный дифференцированный подход к разным территориям. В последнее время ОПЖ выросла за год на 0.67 лет (что мало реально) и составила 72.06 года. Показатель общей смертности снизился на 3.7% с 13.5‰ до 13‰, а в трудоспособном возрасте - на 5.2%. Это данные Росстата. Для сравнения не будем брать страны с наиболее высокой ОПЖ. Возьмем, к примеру, Швецию, где сейчас ОПЖ для мужчин составляет 80.2 года, а для женщин - 84 года. При этом следует обратить внимание на 2 значения: минимальные различия в ОПЖ у мужчин и женщин и прогноз перспективу. К 2060 г. ОПЖ в Швеции у мужчин достигнет 80.4 года у женщин - 89 лет. А это значит, что даже при самых благоприятных условиях, темпы роста ОПЖ после 75 лет существенно замедляются (по 0.1-0.2 в год, не более). Снизилась в России смертность от туберкулеза на 18.6%, от болезней органов дыхания - на 12.5%, от внешних причин - на 7.1%, от болезней системы кровообращения - на 6.5%, от болезней органов пищеварения - на 5.6%, от злокачественных новообразований - на 1.5%. Далее министр В.Скворцова озвучила снижение младенческой смертности на 9.1%, с 6.6‰ до 6.0‰, а затем сообщила о снижении на 9.6% смертности детей до 1 года жизни. Какие из этих показателей верные, поскольку и в том и в другом случае речь идет о смерти младенцев? Сейчас младенческая смертность в Ненецком АО, Чувашии, Сахалинской и Магаданской областях почему-то снизилась до нереальных величин от 1.9 до 3.5‰, а самые высокие показатели зарегистрированы в республике Тыва, Еврейской АО, на Чукотке.

В связи с огромными расстояниями, разными природными условиями, наличием (или отсутствием) и состоянием дорог и транспортных сообщений население этих мест фактически лишено возможности получить хоть какую-либо медицинскую помощь, даже за деньги. А запустение этих поселений, как подчеркивалось, начиналось с ликвидации рабочих мест, закрытия больницы и школы, выполняющих в том числе функции очагов культуры и представительства власти на местах. Сейчас по данным Счетной палаты из 130 тысяч сельских населенных пунктов только в 35% (т.е. всего в 45500) из них имеется хоть какая-то возможность получить медицинская помощь, к тому же транспортная доступность ежегодно сокращается. А в 65% всех сельских поселений, т.е. в 84500 населенных пунктах получить медицинскую помощь практически невозможно. И это все приближает страну к социальной катастрофе.

25% умерших в России приходится на трудоспособный возраст, что в 2.5 раза выше, чем в развитых странах. Если бы в РФ смертность была хотя бы на уровне некоторых передовых развивающихся стран, то по данным А.Г.Аганбегяна (2016) это позволило бы сохранить 110 тысяч человеческих жизней в трудоспособном возрасте. И хотя в целом смертность у мужчин выше, чем у женщин на 27%, то в трудоспособном возрасте она в 3.7 раза выше, чем среди женщин. Ежегодные потери от избыточной (!) смертности трудоспособных оцениваются в 4.1 трлн. рублей (!). Только 60% 20-летних мужчин сейчас доживают до пенсионного возраста, что дает дефицитному ПФР (а дефицит обусловлен нецелевыми расходами и разбазариванием) дополнительно 60 млрд. руб. в год. А 40% работающих россиян, отработав 35 лет, получают пенсию не выше прожиточного минимума, на который прожить невозможно, да и деньги в ПФР заканчиваются. Среди мужчин на пожилые возраста приходится 54% всех умерших, а у женщин - 85%, т.е. умирают у нас в стране большей частью в пожилых возрастах.

В годы войны и сразу после нее рождалось мало детей, которым сейчас исполняется 71 год и более, а из числа родившихся в предвоенный период немногие дожили до сегодняшних дней. В совокупности их относительно мало и потому число умерших становится пока меньше. Вот через 5 лет, когда в пожилой возраст перейдет многочисленное поколение родившихся в начале 1950-х годов (послевоенная компенсаторная волна рождаемости), их станет гораздо больше и, соответственно, при сохраненных условиях возрастет число умерших. Все это отмечалось ранее и выше. В указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» поставлены амбициозные задачи снижения смертности к 2018 г. от болезней системы кровообращения, новообразований и других причин, что может быть не осуществлено в силу следующих причин: к этому периоду увеличится число пожилых людей, а средний возраст умерших от основных причин смерти приходится на возраст, превышающий среднюю продолжительность ожидаемой жизни, а также потому, что влияние здравоохранения в целом на общую смертность исследователями определяется всего в 15%, а на

преждевременную и предотвратимую смертность- в 40%. В России 80% больных умирают на дому и только 20%- в стационарах (а будет и того меньше, в т.ч. из-за сокращения числа больничных коек), хотя в развитых странах картина прямо противоположная. Пока же смертность от инфаркта миокарда снижается по известным причинам, а смертность от рака растет. Из всех умерших от БСК в стационарах умерли 17.8%, а от новообразований- 18.4%. Приведенные данные говорят сами за себя и, в том числе о том, что усилиями традиционного здравоохранения поставленные задачи можно решить только на бумаге. Между тем, данные Росстата о снижении смертности от целого ряда причин требуют не только стандартизации, но и верификации. Считается, что на болезни системы кровообращения приходилось в 2014 г. 56.6% всех случаев смерти, на злокачественные новообразования- 14.9%, на внешние причины- 9.9%, а на все остальные классы причин- 18.6% случаев смерти. Согласно последним данным на БСК приходится 48.7% всех случаев смерти, на злокачественные новообразования- 15.7%, на внешние причины- 9.3%. Однако, из этих данных практически постоянно делаются глубоко ошибочные выводы о приоритетах. Общие и стандартизованные показатели смертности, основанные на количестве умерших без учета их возраста, совершенно неоправданно завышают роль старших возрастных групп населения.

Более точные результаты можно получить при анализе ряда информативных показателей, например, среднего возраста умерших от отдельных причин и сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста. Почти 30% граждан России умирают в трудоспособном возрасте, в развитых странах доля умерших в трудоспособном возрасте в 2 раза меньше., а средний возраст умерших у нас значительно меньше (т.е. умирают у нас раньше), чем в западных странах: от инфекций- на 32 года, от болезней органов дыхания- на 20 лет, от болезней органов пищеварения- на 18.5 лет, от внешних причин- на 15.5 лет, от новообразований- на 10 лет, от болезней системы кровообращения- на 9 лет. От ИБС смертность в РФ по сравнению с Францией в 6.5 раз выше, а от ЦВБ- в 5.9 раз выше, по сравнению с Германией в РФ смертность от внешних причин в 5.5 раз выше. Из перенесших инсульт в России только 20% могут вернуться к своей работе, а 26% умирают (в Европе- менее 20%). Сейчас инсульты становятся одной из основных угроз здоровью и от него в стране умирают около 150000 в год (для сравнения от инфаркта миокарда- 64000).

Анализ показывает, что в России от главных болезней системы кровообращения люди умирают в возрастах, превышающих среднюю продолжительность предстоящей жизни. От других причин они умирают, хотя и в гораздо меньшем числе, но значительно раньше. И если число умерших от меньших причин, чем от БСК, умножить на количество лет их недожития хотя бы до ОПЖ, то получается, что от этих причин (в частности, от внешних причин и инфекций) общество несет просто огромные потери трудового потенциала и человеческого капитала в целом, не соизмеримые с потерями от БСК. Понятно, что приоритетными можно и нужно считать те

проблемы, которые определяют наиболее значимые общественные потери. Поэтому является чрезвычайно важной необходимостью оценки ущерба населения от преждевременной и предотвратимой смертности, вычисляемого с помощью методов потенциальной демографии Э.Фильрозе путем расчета потерянных лет потенциальной жизни в результате преждевременной смерти от различных причин.

Что касается смертности от рака, то ее можно снизить и отложить во времени путем массовой профилактики и возможно раннего, на начальных стадиях, выявления заболеваний, что при своевременном и адекватном вмешательстве существенно повышает однолетнюю (даже при трудно диагностируемых и плохо поддающихся лечению случаях рака внутренних органов), 5-летнюю и 10-летнюю выживаемость (при визуальных формах рака). Например, благодаря общественной онконастороженности и выявления заболевания на первой стадии, 5-летняя выживаемость при раке молочной железы в США составляет почти 99%, а в РФ- всего 60 %. При этом самые неблагоприятные показатели выживаемости оказались у женщин моложе 30 лет, хотя в группу риска попадают женщины в возрасте 40-49 лет и 60-69 лет с неблагоприятной наследственностью, длительно пребывающие на солнце, не рожавшие и не кормившие грудью младенцев, с нерегулярными, обильными и рано начавшимися месячными, имеющими большую грудь, употребляющие алкоголь, кофе, сахар и жирную пищу, имеющие избыточную массу тела и контакты с вредными веществами, ведущие малоподвижный образ жизни, рожавшие первенца после 30 лет, сделавшие более 7 аборт, находящиеся в постоянном стрессе с поздним, начавшимся после 55 лет климаксом. Мы намеренно привели эти данные, чтобы подчеркнуть многообразие и широкий диапазон факторов риска. Можно выделить несколько стадий развития рака молочной железы. Начальная стадия представляет собой неинвазивный рак, когда опухоль не выходит за пределы границы своего появления. На 1 стадии инвазивная опухоль распространяется на соседние ткани, но без поражения лимфатических узлов. На 2-й стадии разросшаяся инвазивная опухоль размером 2-5 см поражает лимфатические узлы, которые еще не спаяны друг с другом. Имеются классификации, в которых 2-я стадия разделяется на две: без метастазов и с метастазами в ближайшие подмышечные узлы. 3-я стадия разрастающейся опухоли свыше 5 см в диаметре также может подразделяться на 2 части: со значительным увеличением лимфатических узлов, спаянных между собой, и с прорастанием в грудную стенку и окружающую жировую ткань. Сюда же относится воспалительный рак, который можно спутать с маститом. 4-я стадия характеризуется поражением всей молочной железы, изъязвлениями и отдаленными метастазами, распространяющимся по молочным ходам, сосудам и капиллярам в печень, легкие, головной мозг, в тазовые и бедренные кости. Если рак выявлен на начальной и первой стадии, то выживаемость достигает в среднем 94%, на 2-й стадии она снижается до 70%, на 3-ей стадии- до 40%, на 4-й стадии- до 15%. Эти данные мы намеренно привели, подчеркнув высокую значимость

возможно раннего выявления рака (при самообследовании, при периодических профосмотрах, при скриннингах, при визитах к врачу). Маммография позволяет выявить небольшие опухоли (до 2-х см в диаметре), но чаще всего выявляется метастатический рак. И это зависит не о методики выявления, а от сроков обращения к маммологу. В целом заболеваемость раком молочной железы в мире растет и сейчас, как минимум, им страдает каждая десятая женщина. Примерно такая же картина и по другим видам новообразований, не исключая их визуальные формы. Рак легких возникает из клеток, выстилающих бронхи и легкие, и для таких опухолей характерен быстрый рост и раннее метастазирование. Меланомы в 70% случаев возникают из родинок. Рак толстого кишечника характерен для пожилого возраста и наиболее часто встречается в развитых странах с высоким уровнем жизни. Рак простаты встречается у каждого седьмого мужчины в возрасте старше 55 лет. Источником рака прямой кишки служат клетки, выстилающие прямую кишку, предшествующие оперативные вмешательства и сильные ушибы, а опухоль может прорасти стенку кишечника. Заболеваемость раком желудка во всем мире постепенно снижается. Рак шейки матки может быть предупрежден благодаря прививкам от вируса папилломы. А по болезням системы кровообращения нужно средствами профилактики «отодвинуть» пик смертности на более пожилые возраста (в США, например, от этих причин умирают на 10-15 лет позже). Между тем, политика в стране в сфере здравоохранения такова, что на каждого человека для его здорового образа жизни выделяется всего 5.8 руб. в год, а на лечение одного случая тяжелого заболевания - свыше 200 тыс. руб. Видимо, наши власти не имеют понятия, кто такой Гиппократ, и не знакомы с его словами о том, что некоторые болезни легче (и дешевле) предупредить, чем затем их лечить. А это предполагает определенный финансовый разворот от «тыловой» медицины (ВМП) к «линии фронта» здравоохранения (профилактика и ПМСП).

Чтобы было понятно, что у нас происходит с отдельными заболеваниями, покажем это и дальше в достаточно общих чертах, без деталей, на примере злокачественных новообразований. По данным ВОЗ в последнее время в мире ежегодно регистрируется около 13 млн. новых случаев злокачественных новообразований и 8 млн. смертей от рака, а самыми распространенными видами были рак легких, рак молочной железы, колоректальный рак, рак желудка и рак простаты. Меньше, чем за 10 лет число больных раком выросло на 20% (четверть этих случаев можно было предупредить), что позволило Всемирному фонду исследований рака (World Cancer Research Fund) назвать этот процесс «эпидемией». Россия входит в тройку европейских стран (после Венгрии и Украины) с самой высокой смертностью от рака, которая среди всех причин смерти в стране вышла на 2 место, отеснив на третью позицию смертность от внешних причин. Средний возраст умерших от рака составляет у мужчин – 64,1, у женщин – 66,7 года, т.е. не достигает уровня средней продолжительности ожидаемой жизни-ОПЖ. В настоящее время на учете состоит почти 3 млн. больных раком,

которые нуждаются в лечении. В целом заболеваемость практически всеми видами рака в России ниже, чем в развитых странах, что, скорее всего, обусловлено особенностями выявляемости (скорее- недовыявляемости), а смертность намного выше, что говорит о запущенности процессов. Так, на ранних стадиях (т.е. I и II) выявляется меньше половины всех случаев рака, в том числе на первой стадии – всего 25%, остальные - на III и IV стадиях, трудно поддающихся лечению. Правда, когда речь идет о раке внутренних органов, то рассчитывать на излечение, по свидетельству самих онкологов, затруднительно из-за их поздней симптоматики. Больше половины пациентов обращаются в медицинские учреждения спустя полгода и более от начала заболевания, что говорит о запущенности профилактической и санитарно-просветительской работы. За последние 10 лет число онкологических больных в стране возросло на 25,5%, каждый год 200 тыс. таких больных становятся инвалидами, из них 40% в трудоспособном возрасте. В результате общий экономический ущерб от рака составляет почти 100 млрд. руб. в год, что меньше требуемых затрат. В США, по данным Национального института рака, сумма ущерба приблизилась к 200 млрд. долл., из них 35% - прямые расходы на борьбу с раком, 55% - потери в трудоспособности, 10% - в связи с инвалидностью. Отсюда видна также и явная экономическая выгода борьбы с раком. По данным ежегодного американского доклада (2016) о прогрессе в борьбе против рака в последнее время появились результативные методы борьбы с раком в виде иммунопрепаратов и стала активно развиваться иммуноонкология. И это при том, что темпы роста расходов на здравоохранение опережали в США темпы роста ВВП. Кстати, самыми большими затратами на здравоохранение отличались страны с системой обязательного медицинского страхования, а минимальными- страны с государственно-бюджетной системой. И это очень важно для выбора перспективной модели здравоохранения в стране. Однако мировая медицина не стоит на месте, совершенствуются методы борьбы со злокачественными новообразованиями, разрабатываются новые подходы к предупреждению и лечению, ведутся исследования. Благодаря широкому внедрению маммографии, колоноскопии, сканирования, ультразвука, томографии и иммунотерапии в странах Запада удалось снизить смертность от рака. Естественно, универсальных средств для борьбы с этим недугом быть не может в силу разной природы рака. Так, в университете Гонконга (2010) установлено, что постоянная физическая активность снижает риск рака молочной железы, легких и др., журнал Nature в 2011 г., опубликовал работу о том, что химиотерапия способна спровоцировать повторное возникновение болезни, повреждая ДНК, в клинике университета Альберта (Эдмонтон, Канада) показано, что применение дихлорацетата уничтожает раковые клетки при раке легких, молочной железы и мозга, не затрагивая здоровых клеток, в Национальном институте человеческого генома (США) с привлечением трех крупнейших исследовательских центров страны, начиная с 2011 г., ведутся работы по использованию генетической диагностики в клинической практике, открывая тем самым «эру геномной медицины», в

израильских университетах Сорока и им. Бен-Гуриона раннюю диагностику раковых опухолей проводят посредством простого анализа крови: кровь пропускают через инфракрасный луч, выявляющий посторонние элементы, результат сверяют с выведенной математической формулой, что на примере 200 пациентов позволило с вероятностью в 90% определять наличие злокачественной опухоли. Исследования продолжаются. В России в свое время были также сделаны не совсем удачные попытки ученым Гавалло найти опухолевые маркеры в крови. Однако, это прерогатива экспериментаторов и клиницистов, поэтому вернемся к проблемам общественного здоровья и здравоохранения, что достаточно полно изложено в нашей книге «Пора камни собирать» (Москва, ГЭОТАР, 2015, 413 с.).

В течение года от момента выявления (!) рака у нас погибает 61% больных с раком пищевода, 54% - с раком легких и трахеи, 53% - с раком желудка, 30,5% - с раком прямой кишки, 22,6% - с раком молочной железы и 20% - с раком матки, что еще раз подчеркивает важность раннего выявления.

Например, рак желудка в 42% случаев выявляется на самой поздней IV стадии, когда появляются боли, иногда кровотечения (положительная реакция Грегерсена) и т.д. и когда лечение неэффективно и умирающие нуждаются в паллиативной помощи, домах сестринского ухода и хосписах, т.е. в достойных условиях для ухода из жизни, которых у нас или нет или их пока крайне недостаточно. Правда, в Московской области в 2016 г. открыты 9 отделений для неизлечимых больных, что, по-нашему мнению, хорошо, но недостаточно. Из 500 тыс. ежегодно выявленных и учтенных в стране больных с раком 30,5% умирают в тот же год, и только 30% имеют неплохие шансы на будущее. Характерно, что среди заболевших раком, мужчины чаще умирают, чем женщины, что обусловлено более высоким изначальным риском и более поздним выявлением заболевания. Наиболее часто метастазы, распространяющиеся током крови, направляются в печень и для их лечения применяют внутриартериальную химиоэмболизацию. Ее же следует применять и при первичном раке печени. Особенно опасен трудно распознаваемый на ранних стадиях рак толстого кишечника, возникающий часто на переходе от поперечной ободочной кишки в нисходящую. Для его диагностики до появления болевых симптомов всем лицам от 45-50 лет рекомендуется проходить колоноскопию или капсульную эндоскопию с предварительным полным очищением кишечника. Каждый год в РФ умирают от рака 285 тыс. больных из числа выявленных в текущем году (152.5 тысячи) и в предыдущие годы, но больше 50% из них могли бы остаться в живых при раннем их выявлении и адекватном лечении инновационными препаратами, не для всех доступными. В сфере применения лучевой терапии, включая точечную радиотерапию, наша страна отстает от западных стран. В Великобритании по данным противоракового фонда Macmillan Cancer Support за последние десятилетия показатели средней выживаемости (когда до определенного срока доживает половина всех больных) возросли с одного года до шести лет, причем, по шести видам рака они превысили 10 лет с наибольшим успехом при раке толстой кишки и

лимфоме Ходжкина, а по некоторым видам рака аналогичный прогресс не наблюдался (рак легких, желудка, пищевода, поджелудочной железы и мозга). Однако даже при таких относительных успехах и фактически при бесплатном лечении и государственной поддержке остальные побочные расходы в Великобритании действует разорительно на семьи пациентов. Каролинский институт в Швеции вывел допустимый уровень в 10-15 евро на душу населения в год (нормально – 17-22 евро), который можно считать минимально достаточным для лекарственного обеспечения онкологических больных (для России это означает 1,4 млрд. евро). Так вот, в США этот уровень превышен почти в 4 раза, в Канаде – в 3 раза, во Франции – в 2,2 раза, а в России он ниже в 2,5-4,0 раза и составляет всего 3,3 евро. При этом на онкологические препараты в западных странах в расчете на душу населения тратится в 5,5 раз больше средств (у нас иногда не на что лечить), а положение с онкологической помощью у нас хуже, чем во Франции в 16 раз и даже хуже, чем в Марокко. При этом нужно иметь в виду, что большая часть противоопухолевых препаратов повреждает раковые клетки в момент их деления, и чем чаще происходит деление, тем большее воздействие оказывает лекарство. Долгое время в СССР, США и в других странах исследования в этой области были по понятным причинам засекречены и проводились за правительственные деньги в закрытых военных институтах. Так, в США они активно велись в Fort Detrick- военной микробиологической лаборатории (штат Мэриленд), где параллельно разрабатывались новые виды биологического оружия и, скорее всего, на правительственные деньги разрабатывались не новые методы лечения, а новые формы рака. И когда там ученые в 1948 г. заявили, что нашли возбудитель рака, то их исследования немедленно закрыли, документы уничтожили, а самих ученых привлекли к ответственности за распространение ложных фактов. Правда, есть мнение о том, что разработка новых и действенных противоопухолевых препаратов сдерживается транснациональными фармацевтическими концернами, которые экономически заинтересованы в массовом развитии традиционных методов лечения и широком их распространении. Тем не менее, американское общество клинической онкологии убеждено в том, что только радикальные меры- программы профилактики, защита окружающей среды, борьба с курением, лечение генетических заболеваний, финансирование современных методов исследования и раннего лечения болезни- могут помочь в борьбе с этим недугом.

В Московской области и в Москве стараются преодолеть лекарственный дефицит при лечении онкобольных, который возник из-за неправильной организации системы торгов и мертворожденности утвержденной Минздравом РФ Стратегии лекарственного обеспечения. Только в Подмосковье сейчас проживают 200 тысяч онкологических больных и в 2016 г. среди всех закупленных препаратов 40% приходилось на онкопрепараты. Нередко больные получают отказы в выписке нужного препарата, его может не быть в продаже, а более дешевый отечественный аналог не всегда может заместить известный в мире препарат. Ни одна страна

не имеет возможности лечить больных с новообразованиями за государственный счет, и потому там находят дополнительные источники (благотворительные фонды, система ДМС и др.). Лечение в России онкологического больного стоит от 50 тысяч до нескольких миллионов рублей, все зависит от стадии заболевания и локализации опухоли, причем во многих случаях это траты самих пациентов, что противоречит Конституции РФ и превращает медицину в коммерческий бизнес с далеко не обнадеживающими результатами. При этом в подавляющем большинстве случаев применение дорогостоящих и эффективных препаратов не вылечивает, а может лишь продлить жизнь. Как считает А.Д. Каприн (2016), все лекарства дают временный эффект и мутации, вызывающие рак, могут прогрессировать. Для пациента с диагнозом рак сразу же возникает огромное число вопросов и проблем. Он находится в полном неведении и не знает, что делать, не может найти четкий алгоритм и доступную информацию о последовательности его действий, тонет в обилии информации о нетрадиционных и шарлатанских методах и аппаратах, в процессе лечения всегда возникает необходимость доплаты или 100% оплаты, непонятно, где лечиться, как, какие есть новые эффективные методы, и, вообще, излечимо ли его заболевание, кто в этом может помочь, простаивание в очередях, проволоочки, волокита, потеря времени, снижена доступность, качество помощи недостаточное, пациент не знает своих прав и гарантий государства, в результате стресс, потерянности, ухудшение состояния. Информация о профилактике рака с помощью здорового образа жизни не всегда проверена и доказана на практике, хотя конечно же лучше не курить, не злоупотреблять алкоголем, не употреблять чрезмерно горячую пищу и много соли. Все так называемые противораковые диеты со множеством овощей и без молока не имеют под собой обоснованных доказательств. Однако, онкологи уже давно установили, что возникновению и развитию рака пищевода, желудка, кишечника, печени, легкого, матки, яичников, поджелудочной, молочной и предстательной желез содействуют канцерогенный состав пищевых продуктов. Речь идет о пестицидах, азотистых веществах (нитратах и нитрозамине), синильной кислоте, винилхлориде, бензпирене и др. Зная, где содержатся эти вещества и как они образуются, можно осуществлять профилактику ряда онкозаболеваний. К сожалению, эти вопросы не поднимались на форумах «Движение против рака» и во время Всемирного дня борьбы с раковыми заболеваниями. Только в 7% случаев лечение полностью оплачивается за счет государства по льготе дополнительного лекарственного обеспечения. Как отмечалось, ни в одной стране мира онкология не финансируется стопроцентно из бюджета или средств обязательного медицинского страхования. Однако ситуация за рубежом не безвыходная – сейчас там есть много благотворительных фондов и программ и они, как правило, проходят в тех же самых онкологических лечебных учреждениях, что освобождает заболевшего от необходимости платить за свое лечение. В 2009 г. в России была начата Национальная онкологическая программа, и в ней уже участвовали 47 регионов страны. В дальнейшем

судьба этой программы оказалась туманной из-за дефицита средств. Тем не менее, можно констатировать, что здравоохранение в постсоветский период утратило онконастороженность, полностью пропали целевые профилактические осмотры (скрининги) на рак, предшествующие приему пациентов обязательные медицинские осмотры на выявление почти что визуальных форм рака (кожи, молочной железы, шейки матки, простаты, прямой кишки и т.д.). Кстати сказать, все железистые органы, выделяющие гормоны, зловоредные и для них характерен самый опасный рак. Сюда относятся молочная железа, щитовидная железа, поджелудочная железа и простата, имеющая в норме вес всего в 15 г. Нужно сказать, что даже в экономически богатых странах невозможно организовать полноценный скрининг на рак. Поэтому в развитых странах, следуя рекомендациям ВОЗ, скрининг проводится по трем злокачественным новообразованиям: рак шейки матки, молочной железы и колоректальный рак. Но даже такой ограниченный скрининг требует довольно весомых затрат. В США для диагностики колоректального рака применяют иммунохимический анализ кала на скрытую кровь с последующей колоноскопией. А недавно специалисты из Johns Hopkins Medical School предложили для этого неинвазивный тест, позволяющий с помощью масс-спектрометрии кала определять в нем метаболические изменения (жиры), сопровождающие развивающийся патологический процесс. Если в западных странах в обычных книжных магазинах продаются пособия по самоощущениям и самодиагностике визуальных форм рака, ведется активная работа с населением по повышению уровня его знаний, издаются для этого специальные журналы, то у нас преобладает не онконастороженность, а онкобоязнь. Особенно всё это касается общей сети поликлиник и больниц и, в первую очередь, частной медицины. Об этом говорилось на Всероссийском совещании по вопросам онкологии с участием терапевтов, невропатологов, хирургов, гинекологов и других специалистов. Прежде всего, это относится к врачам первичного звена – участковым терапевтам и педиатрам, врачам общей практики, частным врачам. Если же рак выявляется на самом начальном этапе, то до 80% больных прожили бы еще 5 лет и более. Поэтому для раннего выявления этого заболевания необходимо использовать все имеющиеся возможности: самообследование, профилактические осмотры, скрининги (общие и целевые), доврачебный осмотр медсестрой, первичный осмотр любым врачом, как это имело место ранее, и т.д. Каждая женщина во время утреннего туалета должна ощупывать свою грудь и при малейших изменениях, не дожидаясь срока назначенного скрининга, просто обязана в срочном порядке попасть на прием к врачу, лучше сразу к маммологу. Лекарства для онкобольных в соответствии с ФЗ № 94 закупаются по тендерам, и главным критерием при этом является, к сожалению, не эффективность препарата, а цена. Например, раньше закупался эффективный препарат аримидекс по 6,5 тыс. рублей, а сейчас тендеры выигрывает его намного менее эффективный аналог за 28 рублей. Видимо, новый состав ГД пересмотрит этот ФЗ (как и некоторые другие в

сфере здравоохранения), поскольку в существующем виде он представляет собой один из механизмов коррупции. Не готовы и многие федеральные стандарты лечения онкобольных, а те, которые подготовлены, исходят не из потребностей больных, а из имеющихся финансовых и других возможностей и носят не столько клинический, сколько выраженный экономический характер. Все выделяемые бюджетные деньги уходят на лечение 7 редко встречающихся заболеваний (это только 5% всех случаев рака), а на остальные денег практически не остается. Расчеты показывают, что минимально на лечение рака бюджет нужно увеличить в 4 раза. Безобразие состоит и в том, что инновационные препараты обычно не назначают на ранних стадиях рака, а лишь тогда, когда появились метастазы, т.е. когда они теряют свой эффект и практически бесполезны.

Минздрав РФ определяет квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь на каждый год, и теперь онкобольным в федеральных центрах отказывают в помощи и отправляют их по месту жительства для проведения дорогостоящей химиотерапии, а с 2015 г. вообще передано лечение таких пациентов в систему ОМС, в которой средств на такое лечение нет и накоплен огромный финансовый дефицит. Кстати, то, что мы нередко относим к высоким технологиям (hi-tech), во многих странах является ординарной, хотя и дорогостоящей технологической процедурой. Из-за нехватки денег практически повсеместно, и об этом было заявлено на круглом столе «Онкология в России», используют старые неадекватные схемы химиотерапии, а дорогостоящая высокотехнологичная помощь по квотам достается лишь 10-20% нуждающимся. Вот отсюда и приведенные выше результаты. Но, чтобы эту помощь по квоте получить иногородним больным, требуется от них немало усилий на долечном этапе, о чем пишут сами пациенты. Между тем ведущие специалисты- медики, в том числе онкологи, считают необходимым централизовать все вопросы здравоохранения (включая его финансирование), как системы национальной безопасности, и перестать перекладывать на регионы те задачи, которые они не в состоянии решить. А финансисты и экономисты- рыночники, походя занимаясь здравоохранением, имеют противоположную позицию и считают, что влияние государства на здравоохранение должно постепенно нивелироваться.

Между тем, деньги в стране есть, и немалые, однако, по свидетельству Счетной палаты, ими неэффективно управляют, не туда тратят и допускают хищения. Так, в 2015 г. 516.5 млрд. руб. из бюджетных средств было потрачено не так, в том числе со значительным превышением рыночной стоимости, и не на то, что планировалось. А это больше, чем необходимо дополнительно на все здравоохранение (479 млрд.), но меньше, чем на образование (564 млрд.). И смешные штрафные санкции тут не помогут. 722 млрд. рублей было выделено банкам для инвестиций и кредитования, но эти деньги исчезли. Ведь банки у нас серьезными и длительными инвестициями не занимаются, проще им существовать на разнице между заемными деньгами (в 2-7%) и выдаваемыми кредитами до 20%, а в случае дефицита

или при докапитализации получать деньги из бюджета. Иначе говоря, наши банки не выполняют свою роль в длительной инвестиционной политике, а пока являются паразитирующим наростом на государственном теле. Материалы Счетной палаты РФ 2016 г. показывают, что за пять лет в инновационном центре «Сколково» пущены на ветер миллиарды бюджетных денег, причем увод средств осуществляется в широком масштабе от чрезмерно высоких зарплат, завышенных грантов и стоимости обучения до чрезмерно высоких таможенных услуг. Выручка, полученная компаниями в Сколково за бюджетные деньги либо оседала в самих компаниях, либо уходила за рубеж, поскольку почти треть компаний принадлежат иностранным юридическим лицам. Фактически Сколково превратилось в одну из зияющих бездонных бочек, куда бесконтрольно проваливаются огромные бюджетные деньги, выделяемые как бы на преодоление технологической отсталости. Вот и получается, что правительственные финансисты ищут источники пополнения бюджета не по тем сусекам и доскреблись до пенсионеров, неработающих граждан, до других поборов с населения, до значительного сокращения социальных расходов. А по данным ВОЗ возможности даже нынешней нашей экономики в условиях кризиса позволяют тратить на здравоохранение в 1.5-2.0 раза больше средств. Сейчас бюджетные расходы на здравоохранение (2.7 трлн. руб.) составляют в ВВП большую часть всех расходов на здравоохранение (3.6% из 5.9%). При этом, если в текущих ценах расходы на здравоохранение (на что любят часто ссылаться) с 2013 г выросли на 13%, то в сопоставимых ценах - снизились на 18%. В Москве, Сахалинской, Смоленской и Тюменской областях отмечаются минимальные (в % от региональных ВВП) государственные расходы на здравоохранение, максимальные расходы - в национальных образованиях. Правда, в Восточных районах страны отмечаются максимальные государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения, и это правильно. Например, на Сахалине они в 2.96 раза выше, чем в среднем по стране. И даже этого мало в связи с особенностями и спецификой Сахалинской области, о чем пойдет речь ниже.

Представляет также интерес взгляд на эту проблему со стороны врачей-онкологов, опрос которых был проведен обществом «Равное право на жизнь». Большинство опрошенных считают, что:

- необходимо выделить лекарственное обеспечение онкологических больных в отдельное направление (Национальную стратегию по борьбе с раком) в связи с высокой стоимостью современных препаратов;

- перебои в финансировании программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) и нерегулярная поставка препаратов губительно сказываются на состоянии больных, вынужденных прерывать прописанные курсы лечения с применением инновационных препаратов, задержки и перерывы в лечении могут быть фатальными;

- система ДЛО не охватывает онкобольных, не имеющих инвалидность, в то время как онкологический диагноз должен быть вполне достаточным основанием для получения бесплатных лекарств;

- в список ДЛО включены далеко не все современные препараты и пополнение списка отстает от появления новых лекарств;
- список препаратов в ДЛО значительно сокращен, больные в системе ДЛО нередко оказываются в худшем положении, чем больные, не включенные в программу;
- включение больных в систему ДЛО и получение ими доступа к дорогостоящим препаратам занимает слишком много времени с фатальными последствиями для больных;
- недостаток средств заставляет врачей решать неразрешимую этическую проблему, кому из пациентов выписать жизненно необходимое лекарство, а кого оставить без такой медицинской помощи.

От себя добавим, что было бы справедливым указать, что в неоказании медицинской помощи онкобольным виноваты не врачи, как думают многие больные, а государство, финансирующее выявление и лечение таких больных лишь в незначительном объеме при весьма значительном ущербе от этих заболеваний. Примерно такая же, если не хуже вырисовывается картина с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая инсульты, с диабетом и многими другими заболеваниями, приводящими к инвалидности и летальным исходам. Иначе говоря, за многими причинами предотвратимой смерти у нас скрываются крупные дефекты в системе охраны здоровья и в организации медицинской помощи гражданам. Отсюда следует, что при нормальной организации медицинской помощи смертность от отдельных причин в стране могла бы снижаться в пределах влияния на нее медицинской помощи, а это составляет до 40% случаев за счет преждевременной и потенциально предотвратимой (preventable) смертности. При этом государство не на словах, а на деле должно быть непосредственно заинтересованным в росте числа здоровых и выздоровевших лиц. Такой же анализ, как по злокачественным новообразованиям и онкологии, может быть проведен и по другим ведущим причинам заболеваемости и смертности населения с выявлением проблемных ситуаций и вариантами их решения.

Другой показатель- средняя продолжительность предстоящей (ожидаемой) жизни (СПЖ или ОПЖ)- является гипотетическим и вероятностным, основанным на ретроспективном анализе смертности путем построения таблиц смертности (дожития), показывающих порядок вымирания. Фактически таблицы текущего дожития показывают, как население одновременно родившихся лиц, условно принятое за 10 000 или 100 000, постепенно уменьшается с увеличением возраста под влиянием смертности. Эти таблицы представляют собой математическую модель, определяющую вероятность умереть в данном возрасте, вероятность дожить до следующего возраста, вероятную длительность предстоящей жизни и т.д. Возможны три варианта построения такой модели, среди которых наиболее часто используется косвенный метод, позволяющий исчислить вероятности умереть на протяжении данного года жизни, не дожив до следующего, и отражающий порядок вымирания поколения родившихся, если бы на

протяжении жизни всего поколения сохранялись одни и те же условия жизни, что и в год составления таблицы. Различают полные и краткие (в которых используется возрастная группировка) таблицы дожития. Показатели ОПЖ рассчитываются на больших территориях (тогда они носят устойчивый и достоверный характер) и их можно рассчитывать как при рождении, так и для каждой возрастно-половой группы по отдельности. Особый аналитический интерес представляет оценка элиминационного резерва, когда гипотетически устраняется какая-то причина смерти или случаи смерти в какой-либо возрастной группе и определяется, как это может отразиться на ОПЖ в целом. Иначе говоря, это позволяет оценить «вклад» каждой возрастной группы и каждой причины смерти в величину ОПЖ. Сразу отметим, что и уже рассчитанные годовые показатели ОПЖ и поставленные на перспективу задачи вызывают большие сомнения их реальности в действительности (а не на бумаге), поскольку больше, чем на 0.37 года за один год ОПЖ увеличить практически невозможно, хотя Минздрав РФ демонстрирует двукратное увеличение этих возможностей (на 0.74 года каждый год, начиная с 2005 г.). По ОПЖ (в 2015 г.-71.2 г., 2016г.-72.06) у нас почти самый большой в мире разрыв у мужчин и женщин -12 лет (у мужчин- 65 года, у женщин- 77 лет) и самые низкие показатели ОПЖ в Европе. Отставание от других стран в ОПЖ у мужчин весьма значительно: на 16 лет меньше, чем в Швеции, и на 17 лет меньше, чем в Японии, и этот разрыв постоянно возрастает. Еще больше отставание в продолжительности здоровой жизни, которая составила в Японии, Швейцарии и Скандинавских странах свыше 83 лет. На Кубе высоких показателей ОПЖ добились благодаря развитию ОВП и семейной медицины, ежегодной диспансеризации, здоровому образу жизни и стимулированию физической активности, развитию фитнес-залов, центров обеспечения занятости, которые не дают пожилому человеку почувствовать себя брошенным и одиноким, развитию танцплощадок, системе частичных пансионатов, куда люди поступают на время. Из стран бывшего СССР дольше всего живут мужчины в Армении, Азербайджане и Эстонии (свыше 71 года), а в России- 65 лет, женщины- в Эстонии (свыше 80 лет), в России- 77 лет. И только в 2011 г. мы как будто бы достигли уровня 1968-1969 гг. (70 лет для обоих полов), т.е. оказались отброшенными более, чем на 40 лет назад. Вот как отразился на этом показателе переход к дикому и хищническому капитализму с высочайшим пиком смертности в 1993-94 гг. Различия в ОПЖ у мужчин и женщин в отдельных территориях РФ колеблются от 10 до 16 лет, а различия между минимальными и максимальными показателями ОПЖ для женщин по территориям колеблются от 9 до 15 лет, что также говорит об отсутствии обоснованной демографической политики в стране.

Исследования показывают, что самая низкая ОПЖ характерна для нищих и очень богатых людей, а наиболее высокая- для среднего класса, прослойка которого у нас пока незначительна. В европейском регионе благодаря политике (в том числе налоговой) социального выравнивания очень бедные и

очень богатые составляют вместе не более 10% всего населения. Остальные 90% составляют люди со средним уровнем материального благосостояния, они являются законопослушными, не занимаются бизнесом, не рискуют, не подвержены стрессу или каким-либо угрозам, располагают всем необходимым для полноценной жизни, не имеют значительных накоплений, но у них наивысшая ОПЖ. Но, кажется, что спокойной жизни там приходит конец в связи с нашествием мигрантов. Интересное исследование зависимости ОПЖ от размеров собственности проведено в Белоруссии (Молостов В.Д., 2013), которое позволило установить, что низкая ОПЖ характерна для нищих (42 года) и для очень богатых людей (48 лет), а максимальная ОПЖ отмечена у лиц со средним достатком материальных благ, не обладающих капиталом.

В указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 606 «О мерах по обеспечении реализации демографической политики Российской Федерации» помимо прочих поставлена задача увеличить ОПЖ к 2018 г. до 74 лет, что означает значительное снижение смертности (смотри выше) и ежегодное увеличение ОПЖ на 0.6 года, что в реальности достаточно сомнительно. Чтобы добиться действительного роста ОПЖ необходимо, в первую очередь, значительно снизить смертность у мужчин, прежде всего, в молодых и трудоспособных возрастах. ОПЖ на селе меньше, чем в городах, у мужчин - на 2 года, у женщин - на 1.6 года. Имеются данные о том, что сейчас мальчики, достигшие 16 лет, проживут меньше, чем в 1897 г., когда была проведена перепись населения в царской России. Однако, как этим нередко и неправомерно пользуются наши власти, напрямую сравнивать ОПЖ в России и в других странах и делать отсюда какие-либо выводы статистически неграмотно, т.к. у нас этот показатель рассчитывается архаичным образом, а в развитых странах его рассчитывают по методу Чанга (Chiang Ch. L.) и различия при этом достигают 2-3 лет, что весьма значительно. В связи с этим при подготовке доклада со сравнительным анализом состояния здоровья в России и США в рамках межправительственной комиссии Гор-Черномырдин мы были вынуждены заново строить таблицы дожития и пересчитывать показатели ОПЖ по международной методике. Фактически ОПЖ и ее производная ДАЛИ (DALY) являются результирующими показателями здоровья на территории, поскольку они рассчитываются по данным смертности, которые в свою очередь косвенным путем характеризуют заболеваемость (есть модели восстановления уровней хронических дегенеративных заболеваний исходя из более точной летальности от них), структуру и качество населения, и в совсем малой степени службы здравоохранения. Именно с них, т.е. с конца, нужно начинать территориальный анализ здоровья, а затем пошагово их разукрупнять, поскольку они характеризуют жизнеспособность населения в целом и не зависят от особенностей возрастной структуры населения.

В последние 30 лет во всем мире определяется не просто средняя длительность жизни вообще, показатель которой является одним из важнейших национальных критериев, а продолжительность здоровой и

качественной жизни с помощью индексов DALY и QALY. Показатель общего бремени болезней на 1000 человек (индекс DALY) составляет у нас 210 лет, что в 2 раза больше, чем в развитых странах. А это означает, что в России при меньшей длительности ОПЖ люди болеют большую часть своей жизни. Даже по отдельным заболеваниям и причинам смерти индекс нездоровой жизни в России достаточно высок. Так, по индексу ДАЛИ от болезней системы кровообращения РФ занимает в Европе второе место, хуже положение только в Украине. Если по заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями разрыв с европейскими странами у нас не столь значителен, то по смертности от этих болезней разница весьма существенна, что говорит о низком уровне всей профилактики, не своевременности выявления заболеваний и обращения за медицинской помощью (по разным причинам), сложностями в госпитализации, не вполне качественной медицинской помощи и т.д. При этом в Европе преобладают относительно легкие формы этих заболеваний, а у нас - более тяжелые и запущенные, в том числе требующие применения высоких дорогостоящих технологий или приводящие к летальным исходам.

В последние годы в стране стала расти смертность от самоубийств, главным образом, среди детей и подростков, что вызывает особую тревогу. Ежегодно кончают жизнь самоубийством 2000 детей. Фактически государство бросило детей, перестало ими заниматься и их заботить, и они теперь предоставлены сами себе, среди них с огромной скоростью распространяются особо опасные вредные привычки, падение морали, жестокость и другие негативные процессы. Суицидальные явления больше всего распространены среди детей и подростков из вполне благополучных семей, среди самоубийц много творческих личностей, ищущих смысл жизни. Но волна самоубийств перешла сейчас и на взрослых жителей, когда ведущая роль принадлежит безысходности и боли. Россияне лишаются работы, не могут расплатиться по долгам и прокормить детей. Рушатся семьи и отдельные люди решаются на отчаянные поступки, лишая себя жизни. В развитых странах врачи (особенно стоматологи и лечащие врачи) кончают жизнь самоубийством почти в 2 раза чаще других профессий. Такие данные представлены в журнале *Mental Health Daily* (2016) по материалам института безопасности и здоровья США. Растет ускоренными темпами смертность среди наркоманов, что характерно и для западных стран. Так, по данным *Office for National Statistics* (*BBC Health News* от 09.09.2016), число летальных исходов, обусловленных применением наркотиков, в 2015 г. в Англии и Уэльсе достигло самых высоких уровней - 3674 случаев смерти, причем средний возраст умерших с каждым годом возрастает и в возрасте 30-39 лет составил 98.4 случая на 1 млн. населения, а в возрасте 40-49 лет - 95.1. Самый высокий уровень смертности от наркотиков регистрируется в *Blackpool*.

Никому нет дела до того, что практически вымирает вся Центральная и Северо-Западная Россия, где коэффициенты смертности близки к 20%, а наименьшая смертность, приближающаяся к 4%, отмечается в

национальных образованиях, в т.ч. Северного Кавказа. Там же в отличие от Центральной России отмечается наиболее высокая рождаемость. Отсюда ясно, что внятной демографической политики в стране нет, несмотря на непонятно кем подготовленную и утвержденную Указом Президента РФ №1361 от 9.10.2007 г. Концепцию демографического развития РФ на период до 2025 г., а она должна быть дифференцированной с учетом конкретных местных условий и иметь не одни и те же цели и задачи, а разные по группам территорий, равно как и разные варианты действий. И это задача не региональных властей, на которые переложены основные демографические проблемы. Правда, в указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» наконец-то были предусмотрены добавления из федерального бюджета к расходным обязательствам тех субъектов Федерации, в которых сложилась неблагоприятная демографическая ситуация. Что из этого получилось и куда ушли выделенные средства пока непонятно, т.к. заметных позитивных сдвигов в медико-демографической ситуации пока не наблюдается.

Еще одним показателем, характеризующим отдельные аспекты смертности, является летальность, представляющая собой вероятность для больных, страдающих какой-либо болезнью, умереть от нее. Различают больничную и внебольничную летальность, послеоперационную летальность, досуточную летальность и летальность от отдельных заболеваний по отношению к числу заболевших. Что касается летальности, то ее рассчитывают в целом по больнице или по отдельным отделениям (больничная летальность), в короткие сроки после произведенных оперативных вмешательств (послеоперационная летальность), по времени от начала заболевания или травмы или при отдельных заболеваниях. Летальность рассчитывается, исходя из числа умерших от конкретного заболевания, но в расчете не на все население, а на число заболевших этим заболеванием (поступивших в больницу, прооперированных) и выражается в долях (процентах), что позволяет в определенной и достаточно косвенной степени судить о качестве медицинской помощи. Более правильной является оценка этих показателей при стандартизации по степени тяжести больных, а при оперативных вмешательствах по экстренным медицинским показаниям – по срокам от момента начала заболевания (до 6 часов, 6-12 часов, 12-24 часа, свыше суток).

Показатели младенческой и материнской смертности в нашей стране всегда были искусственно заниженными вследствие повышенного к ним внимания властей как к отражателям социального благополучия и индикаторам уровня медицинской помощи. Младенческая смертность, оставаясь на относительно низком уровне, снизилась в 67 субъектах РФ, причем в ряде территорий по не до конца установленным причинам достигла значений в развитых странах. В Сахалинской и Тульской областях младенческая смертность стабилизировалась. А самые высокие показатели (12-17‰) характерны для ряда национальных образований, где высока и рождаемость. При этом младенческую смертность и в целом смертность

детей можно значительно снизить за счет воздействия на предотвратимые причины и, прежде всего, внешние воздействия. Материнская смертность определяется ВОЗ как обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею либо ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины. Поэтому выделяют смерть, непосредственно связанную с акушерскими причинами, и смерть, косвенно связанную с акушерскими причинами, например, от болезни, возникшей в период беременности. В целом материнская смертность не оказывает заметного влияния на демографическую ситуацию, однако ее можно и нужно использовать в правильном контексте для оценки работы женских консультаций и родильных домов. При анализе материнской смертности следует иметь в виду, что только в 30% случаев имеет место одна конкретная причина смерти, а в 70% случаев отмечается сочетание нескольких причин. Среди конкретно обозначенных причин смерти первые пять мест у нас в стране занимают аборт вне лечебного учреждения, кровотечения, токсикозы, внематочная беременность, сепсис во время родов, т.е. причины, от которых в развитых странах женщины не умирают вообще.

Для «улучшения» на бумаге этих показателей существует несколько подходов: использование особых, отличных от мировых, критериев живорожденности и критериев материнства, перебрасывание смертности в случаи, не подлежащие строгому учету и контролю. Например, затягивание с регистрацией смерти детей 11-12 месяцев жизни до тех пор, пока им якобы не исполнится один год, или отнесение случаев ранней неонатальной смертности (до 6 суток жизни) в поздние выкидыши (это было «изобретением» нашей страны), не дающее право рожавшей женщине на получение полноценного послеродового отпуска. На международные критерии по материнской смертности переход состоялся ранее, а по младенческой смертности - в полном виде лишь с 2013 г. При этом уровень младенческой смертности поначалу возрос, поскольку на местах не везде были созданы условия для спасения новорожденных с низкой массой тела от 500 гр. и при наличии хотя бы одного признака жизни (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения гладкой мускулатуры). Следует отметить, что еще в поздний советский период созданная соответствующим приказом группа экспертов Минздрава СССР (руководитель - Ю.Комаров) произвела расчеты всех возможных последствий при переходе на международные критерии и подготовила соответствующие рекомендации. Несмотря на это, в стране до 1993 г. живым считался ребенок, родившийся при сроке беременности в 28 недель, длиной 35 см, массой тела от 1000 гр. и более, проявивший все признаки жизни, а также с меньшими критериями, чем обозначенные, но переживший перинатальный период (свыше 6 суток жизни). Нужно сказать, что инструкция Минздрава РСФСР от 4.12.1992 г. №318 не вполне соответствовала рекомендациям ВОЗ, что занижало число родившихся

живыми, занижало и число умерших в первые дни жизни (перинатальную и раннюю неонатальную смертность) и, в итоге, занижало в целом показатели младенческой смертности. Считалось, что данные по туберкулезу, инвалидности, младенческой смертности характеризовали социальное благополучие страны, и потому они подлежали некоторой секретности и закрытости (только для служебного пользования). С 2013 г. недостатки в признаках живорожденности были в определенной степени устранены. Вообще-то младенческая смертность рассчитывается исходя из числа умерших в течение первого года жизни детей в расчете на 1000 родившихся живыми за год. Но в течение года жизни умирают также дети, родившиеся в предыдущем календарном году. И потому по формуле Ратса берутся не все родившиеся живыми в данном году, а только 75% и добавляется 25% родившихся в предыдущем году. В.Ю.Альбицкий и М.Х.Вахитов предложили в знаменателе учитывать 80% родившихся в данном году и 20%- в предыдущем. Для достоверности и устойчивости этого показателя его можно рассчитывать при минимальной численности населения в 50 тыс. человек и при 1000 родившихся, т.е. на территории сельского врачебного участка его рассчитывать никак нельзя в силу его недостоверности, а целесообразно использовать абсолютные значения чисел умерших новорожденных. Среди причин младенческой смертности преобладают состояния, возникающие в перинатальном периоде, затем- врожденные аномалии, далее – болезни органов дыхания, отдельно выделяется пневмония, затем- инфекции, травмы и отравления, синдром внезапной смерти. Кроме младенческой смертности определяются также перинатальная смертность (период от 22 недель беременности до 6 полных дней жизни новорожденного), которая включает в себя антенатальную (внутриутробную), интранатальную (во время родов) и постнатальную или раннюю неонатальную смертность. Антенатальная и интранатальная смертность в сумме дают мертворождаемость. Отдельно показатель мертворождаемости рассчитывается исходя из числа родившихся мертвыми на 1000 всех родившихся (и живыми и мертвыми). Мертворожденные подлежат отдельной регистрации по специальным свидетельствам. Имеется также неонатальная смертность –до 1 месяца жизни новорожденного и постнеонатальная смертность- от месяца до года жизни. Рассчитываются также показатели смертности детей до 5 лет и показатели смертности от 1 года до 15 лет.

Наряду с материнской смертностью показатель перинатальной смертности может служить индикатором качества слежения за здоровьем и развитием плода и родовспоможения. По классификации ВОЗ перинатальный период начинается с 22 недель беременности (со 154 дня), когда масса плода достигает 500 г. и более, до первой недели жизни новорожденных. Именно в этот период происходит созревание функций, необходимых для самостоятельного существования организма новорожденного и в этот период вероятность развития у плода неврологических и соматических нарушений наиболее высокая. Как раз на

интервале от 28 до 40 недель беременности происходит подготовка к родам и к внеутробной жизни. Патология перинатального периода связана с неблагоприятными факторами, действующими в течение внутриутробного развития плода на уровне «мать-плод» (недостаточность маточно-плацентарного кровообращения, задержка и аномалии внутриутробного развития, гемолитическая болезнь, иммунные и инфекционные факторы, токсикозы, болезни, травмы и отравления беременных, принятие алкоголя во время беременности и курение, травмы беременных), с патологией родов (осложнения процессов родов могут привести к родовой травме, асфиксии плода и другим последствиям), а также связана с неблагоприятным воздействием внешней среды в первые 168 часов жизни новорожденного (внутрибольничная инфекция, гипотермия, дефицит сурфактанта и др.). Не случайно в МКБ-10 выделены отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, а врожденные пороки развития и некоторые специфические инфекции представлены отдельно.

Самостоятельной проблемой является недоношенность и маловесность новорожденных, среди которых рождается немало инвалидов по разным причинам. Правда, в 1980-е годы группа экспертов Минздрава СССР оценила последствия перехода на международные критерии материнской смертности и живорожденности, пришла к выводу о том, что доля детей с низкой массой тела и недоношенных может поначалу вырасти, а затем будет постепенно уменьшаться и рекомендовала их к применению. Перинатальная смертность доношенных детей в 15 раз меньше, чем недоношенных и в 4-5 раз меньше, чем у переносимых. Одна из основных проблем сейчас состоит не в предстоящем резком снижении рождаемости, а в постоянном росте доли нездоровых новорожденных (по официальным данным только треть новорожденных являются здоровыми, а по результатам исследований - и того меньше). Процесс акселерации завершился, и дети рождаются менее жизнеспособными с относительно низкой массой тела. Но это к перинатальным центрам не имеет никакого отношения, скорее - к профилактическим программам. Однако, если в анамнезе женщины был выкидыш, то при очередной беременности она должна наблюдаться в перинатальном центре (отделении).

На уровень младенческой смертности оказывают влияние социальные условия жизни и привычки матери, ее возраст, порядковый номер родов, величина интервала между родами, необходимость оперативных акушерских вмешательств, пол ребенка, качество дородового патронажа. При анализе младенческой смертности строятся таблицы дожития для детей первого года жизни, в результате рассчитывают вероятность смерти детей в каждом отдельно взятом периоде от рождения до 1 года. Показатели смертности детей по месяцам жизни можно получить только путем построения таблиц дожития. И тогда будет видно, в какие периоды жизни новорожденных появляется наибольшая вероятность умереть от той или иной причины. Таблицы строятся исходя из помесечной градации, числа детей, доживших до каждого месяца, числа умерших, вероятности умереть в каждом возрасте,

вероятности пережить каждый месяц жизни и, наконец, вероятности дожить из 100 000 родившихся до определенного возраста. Пик внезапной младенческой смертности приходится на 4-й месяц жизни и на ночное время на фоне предшествующего полного благополучия- синдром внезапной смерти новорожденных (респираторный дистресс). Поэтому во всем мире развернулась компания против засыпания новорожденных на животике и даже министры здравоохранения (например, в США Донна Шалейла) демонстрировали по телевидению, как нужно укладывать младенца спать. В Голландии еще 30 лет тому назад в год внезапно умирали по 190 младенцев (смерть в колыбели). После того, как была открыта связь между засыпанием (лежанием) младенцев на животе и внезапно наступающей смертью, акушерки из ОВП развернули по всей стране кампанию против того, чтобы дети спали на животе. И спустя 10 лет число случаев смерти в колыбели снизилось до 50, а сейчас от этой причины в Голландии умирают единицы.

В последние годы младенческая смертность в РФ снижалась достаточно быстрыми темпами, хотя уровни младенческой смертности пока еще значительно выше, чем в развитых странах. Это косвенно свидетельствует об имеющихся резервах в снижении младенческой смертности. Однако, мировой опыт показывает, что максимально годовое снижение этого показателя не может превышать определенную величину. Значит, что-то было не так в ее документальном учете и отчетности в 2000-ые годы, когда число умерших новорожденных и младенческая смертность чересчур интенсивно снижались. Так всего за один год с 2010 по 2011 гг. снижение показателя младенческой смертности в Приволжском и Сибирском федеральных округах превысило 7%, что вызывает большие сомнения. Не следует забывать о законе больших чисел русского математика Чебышева. Поэтому на небольших территориях (участок, район и т.д.) рассчитывать этот показатель не корректно, ибо даже один случай младенческой смертности может значительно повлиять на величину показателя, что серьезно искажает картину. Поэтому на таких территориях правомерно использование абсолютных (а не относительных) значений. Минздрав РФ особенно рассчитывает на значительное снижение материнской и младенческой смертности при внедрении в ближайшие 2-3 года 28 перинатальных центров в 27 регионах страны.

Самые высокие показатели младенческой смертности отмечены в национальных образованиях, что еще раз подчеркивает необходимость проведения дифференцированной демографической политики. Правда, несмотря на это, там отмечается выраженный систематический естественный прирост населения. В упомянутом ранее указе Президента РФ поставлена также задача снижения младенческой смертности к 2018 г. до 7‰, в условиях перехода на международные критерии живорожденности и неполной готовности всего здравоохранения к этому, особенно в отдаленных районах и после проведенной «оптимизации». Тем более, что, как показывают исследования, младенческая смертность от здравоохранения зависит всего на 35%, а материнская смертность- на 75%.

Только сравнительный анализ может помочь выделить проблемные позиции в снижении младенческой смертности. Так, если по смертности от перинатальных состояний и врожденных аномалий мы отстаем от развитых стран в 2-3 раза, то по смертности новорожденных от болезней органов дыхания, инфекций и внешних причин- в 15-20 раз. Это говорит о том, что в развитых странах вначале занялись относительно легко устранимыми причинами младенческой смертности, а уж затем- проблемами на уровне «мать-плод», для чего (!) создали сеть перинатальных центров. Отсюда следует, что начинать работу по снижению младенческой смертности нам нужно было не со строительства перинатальных (для последнего триместра беременности и первой недели жизни новорожденных) центров, и этот вывод можно было бы сделать, исходя из правильного сравнительного анализа показателей. Но мы смотрели и продолжаем смотреть, что там делается за рубежом и слепо кое-что копируем при совершенно разных стартовых позициях. Но, конечно, же не все. По данным The Wall Street Journal от 26 октября 2016 г. и клиники братьев Мэйо в Рочестере (штат Миннесота) случаи внезапной смерти у подростков можно было бы предупредить путем генетического скрининга на выявление потенциально опасных сердечных расстройств и создания генетического портрета их родителей. Но, пока в наших условиях это не возможно.

Что касается материнской смертности, то она неуклонно снижается. Правда, от родовых травм, токсикозов и кровотечений беременные и родильницы не должны умирать, в развитых странах материнская смертность находится на минимальном, единичном уровне и она обусловлена причинами, на которые трудно влиять, например, внезапными эмболиями. Поэтому в развитых странах не существуют отдельно взятые родильные дома, в которых невозможно немедленное оказание необходимой медицинской помощи (это наше изобретение, начало которому положено в годы разрухи и эпидемий), а вместо них существуют родильные отделения в крупных больницах. Кстати, во многих странах не разрешаются перелеты беременным в третьем триместре беременности по известным причинам, а во втором триместре- только по справке от врача. У нас же в связи с ликвидацией многих родильных домов и отделений нередко приходится на роды летать беременным в перинатальные центры за сотни и даже тысячи километров (например, из г. Игарки на севере Енисея в Красноярск).

Таким образом, снижение смертности и связанного с ней увеличением ОПЖ большей частью зависят от общей здравоохранительной политики в стране, т.е. от системы охраны здоровья, и в несколько меньшей степени (имеется в виду ее предотвратимая медицинскими средствами часть)- от правильной организации оказания медицинской помощи.

Вообще высокотехнологичная медицинская помощь- эта такая часть специализированной медицинской помощи, которая обеспечивается применением относительно новых, сложных и порой уникальных дорогостоящих методов и лечебно-диагностических технологий, с научно доказанной результативностью и базирующихся на достижениях

медицинской науки и смежных отраслей. Обычно у нас, в отличие от развитых стран, ВМП рассматривается как отдельный вид помощи с отдельным финансированием. В перечень ВМП входит почти 1500 медицинских технологий по 35 заболеваниям, состояниям и медицинским проблемам, например, эндопротезирование тазобедренных и коленных суставов, коронарная реваскуляризация миокарда, аортокоронарное шунтирование, стентирование, ангиопластика, экстракорпоральное оплодотворение и т.д. Поскольку эти методы и технологии исключительно дороги (в среднем каждый случай обходится в 150-200 тысяч рублей и дороже) и не каждый больной в состоянии их оплатить, то в отношении ВМП применено нормирование в виде специальных квот, выделяемых территориям или учреждениям по их заявкам. Заявки формируются произвольно, видимо, исходя из перспективного количества нуждающихся пациентов, однако без всякой научной обоснованности, т.к. потребности населения в этих (равно, как и в других) видах медицинской помощи не изучались свыше 40 лет, эти исследования Минздрав РФ просто не заказывал. ВМП в 31% случаев оказывается в медицинских учреждениях федерального подчинения и в 69%- в региональных. Нужно сразу же заметить, что региональные тарифы на оказание ВМП существенно ниже федеральных. Аналогичную ВМП по тем же стандартам можно получить непосредственно на платной основе даже в государственных медицинских учреждениях. Добровольное (частное) медицинское страхование, как солидарная система, пока не распространяется на ВМП. Если сравнивать нашу ВМП с аналогичной помощью в европейских странах, то выяснится, что, во-первых, она там оказывается во много раз больших объемах, во-вторых, стоимость одной единицы ее там несколько выше и она покрывается либо из бюджета либо из системы медицинского страхования, в третьих, там она стала уже не особенной, а обычной медицинской помощью, в четвертых, там она достаточно жестко контролируется в связи со своей высокой стоимостью, в пятых, сроки ожидания ВМП там несколько большие. Правда, общие затраты на ВМП в долях от всех затрат там значительно меньше. Казалось бы, на этом фоне у нас все более или менее благополучно с получением ВМП, но в целом там тратят на бесплатную для пациентов медицинскую помощь в несколько раз больше средств. И хотя пациенты по фиксированным квотам должны у нас получать ее бесплатно, однако они вынуждены платить за подготовку к ВМП, анализы, за обучение, за реабилитацию и т.д. Если до 2015 г. финансирование ВМП осуществлялось за счет бюджета, то с 2015 г. ВМП стала оплачиваться из средств ОМС при сокращенном или вообще отмененном квотировании. Дело в том, что ОМС – это не резиновая финансовая система, куда пытаются втиснуть всю медицинскую помощь (перед этим в систему ОМС перевели СМП). Понимая это, Минздрав РФ предложил пока сохранить финансирование инновационных (?) видов ВМП за счет федерального бюджета с квотированием. Для этого вся ВМП была подразделена на 2 части, одна часть которой вошла в Программу государственных гарантий и будет оплачиваться

за счет средств ОМС, а вторая часть- за счет бюджета списочным составом медицинских учреждений. Главное, что все губернаторы и мэры территорий, где внедряется ВМП, страшно этим гордятся. Нужно сказать, что число пациентов, нуждающихся в ВМП и получивших ее, год от года растет.

Например, в Москве (и это псевдо гордость мэра С.Собянина и вице-мэра Л.Печатникова) в 2016 г. плановые объемы ВМП увеличились на 76% по сравнению с 2015 г. А ВМП- это не только затраты на технологии (в среднем 150-200 тысяч руб. на 1 случай), не только высокая оплата труда, но и траты на обследования, расходные материалы, реактивы, на обслуживание и т.д. Получается довольно дорого. Возникает вопрос, что это за пациенты? Это больные с запущенными, ранее пропущенными и тяжелыми случаями хронических заболеваний и состояний, что говорит о крайне плохой и неэффективной организации всей медицинской помощи. Чем будет больше таких больных (а число их растет), тем больше будет потребность в дорогостоящей ВМП и тем больше будут возрастать затраты на здравоохранение. Например, вместо того, чтобы своевременно выявлять и лечить артрозы 1-й степени, мы гордимся увеличением случаев протезирования суставов с запущенным артрозом (4-й степени), вместо того, чтобы не допустить болезни сердца или их рано выявить, мы в запущенных и тяжелых случаях применяем ВМП даже с использованием совсем не дешевых роботов и т.д. В Москве планируется объединение всех 8 маломощных хосписов с Центром паллиативной медицины, что, однако, не спасает положение, т.к. паллиативную помощь получают лишь 25% нуждающихся, т.е. 14 тысяч больных ежегодно из 56 тысяч нуждающихся.

Во всем мире стараются пациентов «не допустить» до дорогостоящих высоких технологий и решить их проблемы на более ранних этапах. В первую очередь это относится к правильно организованной (а не так, как у нас предполагают) ПМСП, через которую должны проходить все 100% пациентов и на уровне которой должны решаться до 85% всех их проблем. Аксиома: ПМСП- Primary Health Care- это первичная забота о здоровье, а не еще один врач, ведущий первичный прием больных. Этим самым она по всем аспектам (по характеру и организации работы, по подготовке и знаниям врача и т.д.) существенно отличается от бытующих у нас полностью искаженных представлений. Известно, что при правильной организации ПМСП нагрузка на другие более дорогие виды помощи заметно снижается, а результативность их возрастает, что значительно повышает эффективность и уменьшает затраты. Это вторая аксиома.

В качестве примера приведем данные о 5-летнем преобразовании системы Medicare (медицинская помощь пожилым) в США. Там подсчитали, что один сложный случай заболевания (а им страдают 6% пожилых) обходится в 15 раз дороже обычной помощи, которой пользуются 94% пожилых. Была поставлена задача сократить расходы на медицинскую помощь пожилым в сложных случаях. В результате за 5 лет были закрыты некоторые специализированные (тыловые) центры, сокращены там кадры, а сэкономленные средства и ресурсы были переброшены на раннее выявление

заболеваний (целевые скрининги, ПМСП и своевременное лечение). В итоге рак простаты на ранних стадиях выявлялся ранее в 1% случаев, стал в 73%, улучшился скрининг на алкоголизм, выявленные на ранних стадиях заболевания не перерастали в хронические, а успешно лечились. Улучшились показатели восстановления здоровья, возросла удовлетворенность пожилых, снизились затраты.

Это не смешно, но в стране разрушена система санитарной авиации, особенно необходимая при огромных расстояниях, а в Москве вначале расстояния намеренно увеличили за счет укрупнения ЛПУ, а затем для доставки пациентов в отдаленные укрупненные ЛПУ стали использовать медицинские маршрутки и санитарные вертолеты. Отсутствие нормальной по сути организации медицинской помощи в Москве пытаются компенсировать дорогостоящими оберточными игрушками (система ЕМИАС, электронная запись, ситуационный центр и другие).

Что из изложенного следует для нашего здравоохранения? Необходимо значительно усиливать профилактическую работу (а не нынешнюю фикцию с 70% приписками), усиливать ПМСП (и все разрушенное муниципальное здравоохранение), создавать обоснованную этапность медицинской помощи с маршрутизацией пациентов и тогда на ВМП сможет поступать не более 0.05% всех пациентов, а, возможно, и того меньше. Для этого нужно прекратить «вбухивание» средств в тыловую медицину (центры ВМП, перинатальные и др. центры), перестать закупать дорогостоящее оборудование, поскольку в каждом парадном не нужен МРТ, ПЭТ, КТ (а КТ в Москве сейчас больше, чем во всей Германии), а сэкономленные средства вложить в предупреждение и возможно раннее выявление заболеваний для их более успешного лечения, т.е. в максимально приближенную к населению лечебно-профилактическую помощь общего типа. Кроме того, нужно выстроить иерархию обследований (от простых методов - к сложным) и разработать маршруты движения пациентов по уровням здравоохранения. Вся имеющуюся дорогостоящую диагностическую технику следует передать в диагностические центры. И тогда можно будет выстроить иерархию всей диагностической службы: методы экспресс-диагностики в общей врачебной практике, расширенные диагностические исследования в КДЦ, набор повседневных диагностических исследований в стационарах, эксклюзивные, уникальные диагностические исследования в диагностических центрах. Это, как правило, но могут быть и исключения, например, когда больному по направлению ВОП необходимо в срочном порядке провести КТ или МРТ. Аналогичным образом (от простого к сложному) должны быть выстроены и другие службы, например, аптечная сеть со своим набором медикаментов и материалов. Это позволит не только упорядочить всю систему оказания медицинской помощи, не только будет содействовать оптимизации маршрутов движения пациентов, но также позволит гораздо более экономно расходовать ресурсы и значительно снизить государственные затраты.

По данным Комиссии по макроэкономике и здоровью ВОЗ, во многих странах с недостаточным финансированием здравоохранения потери от

высокой заболеваемости и смертности настолько велики, что составляют более высокий процент от ВВП, чем расходы на здравоохранение, а перенос части платежей на население существенно ограничивает доступность медицинской помощи и приводит затем к еще большим затратам. Этот тезис ВОЗ идет вразрез с представлениями и рекомендациями наших рыночников от здравоохранения. Большинство стран сегодня централизуют свои системы финансирования здравоохранения для достижения равенства регионов в этом отношении. Более того, относительно «бедные» системы здравоохранения с финансированием до 1000 долларов на 1 жителя в год (как в России) просто должны быть централизованы, т.к. ими легче управлять, их легче контролировать и удерживать от непроизводительных трат. Правда, в государственно-бюджетных системах есть общая беда- наличие очередей. Однако с этим можно справиться с помощью внедрения контрактных (договорных) отношений между органами власти и учреждениями здравоохранения, включая общие врачебные практики. Контракты, вместо простого распределения средств, предусматривают оплату за оговоренные объемы, качество, результаты работы со штрафными санкциями и другими условиями. По сути, контракт включает в себя государственное задание. Недавний опыт Великобритании, Испании и ряда других стран показал положительные результаты контрактной системы в сочетании с бюджетным финансированием основных фондов (ЛПУ, оборудование, кадры) по смете расходов, в результате чего повысилась эффективность медицинской помощи и снизились очереди на плановую госпитализацию. При этом государство как бы выполняет функцию всеобщего страховщика.

Во всех странах Запада местным органам власти предоставляется большая финансовая автономия, оставляя там большую часть налогов, при оказании медицинской помощи с тенденцией переноса акцентов со стационарной помощи на амбулаторную и далее- на ПМСП, помощь на дому и профилактику. И это правильно, поскольку именно на местном уровне создаются все необходимые условия для повседневной жизни людей. Далее, по мере увеличения государственного финансирования здравоохранения и более рационального и эффективного использования ресурсов необходимо будет в соответствии с Конституцией РФ отменить платную медицинскую помощь в государственных и муниципальных ЛПУ, а вместо ППГ по оказанию бесплатной медицинской помощи может появиться ППГ бесплатных сервисных услуг при оказании бесплатной для пациентов медицинской помощи. Так, по крайней мере, должно быть, однако может быть и наоборот, когда бесплатная помощь будет полностью заменена на платную, и к этому сейчас есть поползновения.

Еще одними показателями здоровья являются физическое и психическое развитие, которые определяются только путем специальных исследований. Они показывают, что, как отмечалось, период акселерации завершился, и сейчас дети становятся ниже ростом и с худшим физическим развитием. О состоянии психики детей говорит нарастающее их девиантное поведение и рост числа самоубийств. Все это целиком и полностью зависит

от государства и его политики в стране по занятиям и воспитанию детей и подростков.

Мы намеренно уделили повышенное внимание статистике здоровья, поскольку нередко эти показатели используются в политических целях, приводя к ложным выводам. Эти показатели необходимо учитывать при экономическом развитии страны.

Далее рассмотрим очень кратко ошибки, возникающие при анализе статистики здравоохранения.

Показатели обеспеченности населения различными видами медицинской помощи.

Вначале речь пойдет о количестве медицинских учреждений разного типа, которое практически ежегодно сокращается, и это было ранее показано. Гражданам это преподносится как некое благо, дескать, неэффективные и маломощные учреждения ликвидируются, идет процесс укрупнения, что позволит медицинскую помощь сделать более качественной и комплексной. Но никто из министерских работников не заявил, что в результате помощь может стать для большинства граждан недоступной, да к тому же еще и платной. У кого на лечение денег нет должен найти себе бесплатное место на кладбище, что также весьма проблематично. Так что это процесс с точки зрения властей и с точки зрения тех, для кого существует эта система, выглядит совершенно по-разному. И кстати, а спросили ли об этом у медицинской общественности, у общества защиты прав пациентов и т.д.? Был ли референдум по этому поводу или хотя бы репрезентативный опрос граждан? К сожалению, в фокусе внимания министерства находится медицинское учреждение, а не главные действующие лица: пациенты и врачи.

Еще недавно в стране насчитывались 6.3 тысячи больниц на 1347.1 тыс. коек, 2912 подразделений скорой медицинской помощи, 16,3 тысячи амбулаторно-поликлинических учреждений на 3727.7 тыс. посещений. Подавляющая часть медицинских учреждений (84%) находится в ведении субъектов РФ, на долю больниц приходится почти 60% всех ЛПУ, что неоправданно много, и только 19% составляют самостоятельные амбулаторно-поликлинические учреждения. Если за один год число больных в круглосуточных стационарах уменьшилось на 500 тысяч, а в дневных стационарах добавилось лишь 100 тысяч, то возникает вопрос, куда подевались остальные, или они мгновенно выздоровели?

Различают обеспеченность населения врачами (и другим медперсоналом) и больничными койками. Если взять общую обеспеченность населения врачами, то она у нас еще недавно была самой высокой в мире - почти 50.3 на 10.000 населения (в 2014 году - 709.4 тысячи врачей и 1.5 млн. средних медработников). В настоящее время показатель обеспеченности врачами резко снизился, достигнув 37.2‰ при колебаниях от 24.7‰ в

Курганской области до 62.9‰ на Чукотке. Отмечается выраженный дисбаланс между отдельными территориями между городом и селом, между отдельными врачебными специальностями, между разными уровнями здравоохранения, между ПМСП и стационарной помощью, между врачами и средними медработниками, что также свидетельствует об отсутствии единой унифицированной и продуманной кадровой политики в здравоохранении. В здравоохранении России заняты 571.3 тысячи врачей и работников с высшим образованием. При этом 28% врачей находятся в пенсионном возрасте. Примерно тоже самое относится и к средним медицинским кадрам (1,35 млн чел. в 2015 г.), обеспеченность которыми снизилась до 89.6 ‰ в 2015 г. Несмотря на то, что в стране насчитывалось в 2010 г. 715 тыс. врачей (к 2015 г. их число снизилось до 547 тысяч за счет ликвидации и укрупнения медицинских учреждений), их дефицит, по данным Минздрава РФ, составлял более 150 тыс. чел. Как это может быть? На самом деле, все очень просто и обусловлено тремя группами причин: дефиницией врача, т.е., кого следует относить к врачам, подготовкой врачей и их распределением по территориям, уровням медицинской помощи и специальностям. Если сравнивать с западными странами, где обеспеченность населения врачами колеблется от 22 до 30 на 10.000 населения, то наша страна, где 1 врач приходится почти на 300 жителей, выглядит вроде бы неплохо. Но врач у нас и врач у них, где учитываются не все, а только практикующие врачи, это два разных человека. Мы к врачам относим стоматологов, а там они учитываются отдельно как дантисты, относим специалистов по физиотерапии, по лечебной физкультуре, наркологии, по санитарно-противоэпидемическому делу, главных врачей, которые в других странах не относятся к медицинским специальностям вообще. Как отмечалось, поскольку в других странах к врачам относят только практикующих специалистов, то в это понятие не входят врачи диагностических служб, патологоанатомы, научные работники, ординаторы и интерны, судебно-медицинские эксперты. У нас врачи считаются по выпуску, а там- по занятости в медицинской практике. И если использовать международные критерии, то окажется, что реальная обеспеченность населения врачами у нас составляет 26.8-31.5 врачей на 10.000 населения, что вполне сопоставимо с другими странами. И это при наших огромных пространствах, расстояниях и дорогах. Именно поэтому нельзя следовать западным рекомендациям о необходимости сокращения приема в высшие медицинские учебные заведения, а также нельзя сокращать численность врачей, поскольку «обученные» Минздравом РФ домохозяйства и парамедики их заменить никак не могут. Вторая причина заключается в ускоренной по сравнению с Западом подготовкой врачей. Поэтому во врачебной профессии наряду с хорошими, грамотными и вдумчивыми врачами (а некоторые из них- как говорится, врачи от Бога) встречается немало случайных и равнодушных людей, которые из врачевания делают коммерческий бизнес. Поэтому на протяжении нескольких десятков лет мы настаивали на том, что не каждый может быть врачом по набору своих душевных и человеческих качеств и что нужно создать рекомендательную

систему предварительного тестового отбора (по набору требуемых качеств) к профессии. Ведь успешно сданный ЕГЭ, скажем по химии, совсем не означает, что из абитуриента получится хороший врач, а плохие врачи нам не нужны. Такой подход применим и к некоторым другим профессиям, от которых зависят чисто человеческие качества подготовленных ими специалистов и в которых цена ошибок имеет важную социальную значимость (педагоги, юристы), влияющие на судьбы людей. Нельзя рассматривать пациента в качестве источника своего дохода, а именно этим грешат многие молодые специалисты, стремящиеся «отбить» затраты на свое обучение. Далее, в процессе обучения следует перейти на предметно-проблемный подход с акцентом на развитии клинического (системного) мышления, а на последипломном уровне ввести (восстановить) систему непрерывного медицинского образования и усовершенствования, в том числе стажировку на рабочем месте, двух- и трехзвеньевую систему (когда врачи из поликлиник стажировались в стационарах), систему наставничества и т.д. Параллельно следует, наконец, определиться с отношением к сертификации, аккредитации и лицензированию, приведя это все к международно сопоставимым понятиям и требованиям. Все это будет способствовать более высокому уровню качества оказываемой помощи и более гуманному и внимательному отношению к пациентам. Необходимо помнить, что школы и вузы отчасти выполняют функции СМИ, оказывая влияние на формирование мировоззрения молодого поколения. Этому благоприятствует переориентация выпускников школ, и наибольший конкурс отмечается на медицинские и экономические специальности, на направлениях, связанных с иностранными языками и международными отношениями.

Одновременно следует повсеместно проводить клинические и патолого-анатомические конференции и разборы сложных случаев и возможных врачебных ошибок. По замыслу И.В. Давыдовского такие конференции являются хорошей школой для молодых специалистов. В большинстве регионов снижение численности медицинского персонала является результатом либо механического движения (переезд, переход, увольнение), либо естественного (например, выход на пенсию), тем более, что почти половина врачей находятся в пенсионном или предпенсионном возрасте. Однако есть и регионы, где снижением численности медицинского персонала произошло только вследствие так называемой «оптимизации».

В связи с отсутствием в стране обоснованной кадровой политики в сфере здравоохранения, приведшей к указанным диспропорциям, и исследований потребностей населения во врачебных кадрах, ликвидацией последипломного распределения врачей отмечается крайне выраженная неравномерность в числе врачей по специальностям, по территориям и уровням оказания медицинской помощи. Так, на уровне первичного звена, где отмечается наибольшее число пациентов, сосредоточены всего 10% врачей (а также всего оснащения и финансирования)). Это говорит о том, что врачи сконцентрировались, в основном, во вторичном и третичном здравоохранении, а линия «фронта», несмотря на материальное

стимулирование, оказалась самым слабым звеном в силу малой своей привлекательности, зависимой от государственной политики в этой сфере. На селе, где проживает 26% населения, работают только 7% всех врачей (в последние годы их доля возросла до 9.8%), а остальные- 93%- сосредоточены в городах, в основном, в крупных. Получается, что на селе, в отдаленных районах и малых городах врачебная помощь является практически недоступной. Это же касается и медсестринской помощи, поскольку дефицит среднего медперсонала составляет более половины от числа имеющихся. Некоторые специалисты ошибочно видят решение этой проблемы в замене врача первичного звена на парамедика (об этом уже упоминалось), что нас возвращает в эпоху до Алма-Атинской конференции 1978 г., когда в развивающихся странах доминировала идея босоногих врачей. Но парамедики- это не врачи, не фельдшеры и даже не медсестры, и нигде в мире они самостоятельные функции не выполняют. В лучшем случае им доверяют транспортировку, т.е. сопровождение больного на госпитализацию. У нас такой культуры краткосрочной подготовки парамедиков пока нет, они не смогут нести ответственность за больного. При всей нашей системе организации медицинской помощи они не могут самостоятельно работать на скорой помощи и, вообще, в ПМСП, а только под контролем врача и в основном в службах транспортировки, медицинской реабилитации или медицинского ухода. Видимо, нужно начать правильную подготовку врачей первичного звена, создать для этого специальные факультеты и в итоге постепенно добиться того, чтобы в ПМСП были заняты, как в других странах, до 40-50% всех врачей.

Но не только отсутствует обоснованная кадровая политика и создается впечатление, что мы живем не в одной единой стране без какой-то общей политики во всей сфере здравоохранения. Так, из ежегодного доклада об исполнении Программы государственных гарантий следует колоссальный разброс по территориям в объемах и стоимости отдельных видов медицинской помощи (об этом уже упоминалось): по числу вызовов СМП- в 2.1 раза, по посещениям- в 2.5 раза, по койко-дням- в 2.7 раза, по пациенто-дням в дневных стационарах- в 7.5 раз; по стоимости 1 вызова СМП- в 6.9 раз, по стоимости 1 посещения- в 130.9 раз, 1 койко-дня- в 8.2 раза, 1 пациенто-дня- в 9.1 раза и в целом на территориальные программы государственных гарантий- в 10.7 раза. Причем, эти различия никак не анализируются, не объясняются и не сглаживаются. Между тем, по ПГГ из всех средств на оплату труда с начислениями тратится 63.6%, на непосредственно лечение крайне мало, в то время как в развитых странах структура затрат противоположная и большая часть средств уходит на лечение, а на оплату труда- до 20%.

Интересная трансформация произошла со скорой медицинской помощью. Не станем вдаваться в историю, пусть и недавнюю, когда хотели ликвидировать там врачей и оставить фельдшера-водителя и фельдшера-санитара. Эта не подходящая для нашей страны идея оказалась полностью несостоятельной. Но затем было принято решение уничтожить СМП на

муниципальном уровне. Вначале на 66.2% уменьшили ее финансирование, что привело к снижению числа выездов на 59.3%, а затем передали ее в ведение региональному уровню. В результате затраты возросли на 36.5 млрд. рублей, радиус обслуживания возрос, уменьшилось число выездов, а когда помощь вызвавшему заранее не укладывалась в 20 минут, то мог последовать отказ в выезде. Кому выгодно было такое решение? Вот еще один из резервов внутренней экономии расходов, поскольку СМП является самым дорогим (после ВМП) видом помощи. Кстати, и стоимость одного посещения в муниципальные медицинские учреждения на 34.4% дешевле, чем в региональные, а ВМП дороже обычной стационарной помощи в 6.8 раза.

Скорее всего, при правильной организации всей медицинской помощи и больничных коек нам столько не нужно будет, поскольку четвертая часть из них пустует, а по некоторым профилям койки заняты в году не более, чем на 60%, на трети коек лежат больные без достаточных показаний для госпитализации. Например, четверть операций в стационарах делаются на коже и подкожной клетчатке, которые можно делать в амбулаторных условиях при достаточном развитии дневной хирургии. Нельзя забывать, что больничная койка - это место для интенсивного круглосуточного наблюдения и лечения. Отсюда, правда, не следует вывод о необходимости немедленного сокращения коечной сети без решения проблем пациентов. Нужно постепенно часть больных перевести под наблюдение ВОП, на амбулаторное лечение, часть разместить в стационарах дневного пребывания или перевести под домашнее наблюдение при необходимых для этого условиях и т.п. Нужно при этом также учитывать специфику нашей страны (ее просторы и расстояния) и особенности менталитета населения, состоящие в том, что только в условиях стационара можно быть уверенным в приеме больными всех назначений врача в полном виде. Если принять одно амбулаторное посещение за единицу, то стоимость одного койко-дня будет в 5.6 раз дороже, стоимость 1 пациенто-дня в дневном стационаре - в 3.1 раза дороже, а стоимость одного вызова скорой медицинской помощи - в 6.3 раза дороже. Вот и получается, что в ряде территорий сокращается число посещений на одного жителя в год (видимость экономии на спичках), но при этом растет число вызовов на станцию скорой медицинской помощи (которая пока бесплатна), что ведет к значительному удорожанию всей медицинской помощи. Если сопоставить повод вызова по скорой помощи с его результатами, то окажется, что повод вызова (боль в спине, боль в животе, кровотечение, рваная рана, сильная головная боль и т.д.) не является информативным для определения очередности вызова и выбора специализированной бригады.

По нашему мнению, в стране уделяется чрезвычайно мало внимания помощи на дому, медико-социальному уходу (в том числе домам сестринского ухода, медико-социальным пансионатам для престарелых и т.п.) и паллиативной медицинской помощи, предназначенной для достойного ухода из жизни. Согласно международным классификациям, неизлечимых болезней насчитывается более 500. Многие из них протекают с сильным и

нетерпимым болевым синдромом. Особенно тяжело видеть детей со смертельным недугом. Однако на всю нашу страну имеется только один приличный детский хоспис в С-Петербурге. К сожалению как центральные, так и региональные власти практически не замечают больных в терминальных состояниях и мало что для них делают, что следует из ряда громких самоубийств. Между тем, все научные и практические разработки для медико-социального ухода и хосписов имеются, о чем мы неоднократно писали. Нельзя забывать о том, что вся система организации медицинской помощи представляет собой цикл, начиная от родильных отделений и ПМСП и кончая хосписом, что соответствует английскому принципу оказания медицинской помощи (1948): *Cradle to grave* (с пеленок до могилы).

Кроме того, весьма полезны школы общественного здравоохранения (*Schools of Public Health*) по примеру таких школ в Гетеборге (Швеция), Бирмингеме (США), Алматы (Казахстан) и т.д., предназначенные для подготовки немедицинских кадров по общественному здравоохранению, т.е. по системе охраны здоровья. Целесообразно также стараться восстановить доверие населения к здравоохранению, в том числе путем подготовки соответствующих фильмов. Но фильмы должны быть реальными, не такими как про полицейских или агентов, которых показывают или как очень глубоких и вдумчивых аналитиков, или как карикатурных, бегающих и полных придурков и дебилов, которые, по замыслу сценаристов, как бы случайно раскрывают преступления только потому, что преступники выглядят еще тупее.

Вообще, организация медицинской помощи требует повышенного внимания, поскольку она самая массовая из деятельности всех подсистем социальной инфраструктуры. Как известно, согласно данным официальной статистики, в течение года пациенты посещают амбулаторно-поликлинические учреждения 1330 млн. раз (в среднем 9.3 посещения на каждого жителя в год), 31.3 млн. человек ежегодно попадают в больницы, т.е. свыше 20% от всего населения страны, периодическими профилактическими осмотрами охвачены 50.5 млн. человек и это число пусть даже фиктивно, но неуклонно растет, 51.2 млн. составляет число вызовов скорой медицинской помощи, профилактическими стоматологическими осмотрами охвачены 18.9 млн. пациентов. Несмотря на то, что многие приведенные показатели вызывают сомнения, с таким количеством людей не имеет дело ни одна другая сфера деятельности. Именно поэтому, а не только в связи с обновлениями технологий (каждая последующая технология всегда дороже предыдущей), темпы роста затрат на здравоохранение в развитых странах опережают темпы роста ВВП, а сами затраты превышают расходы на образование и оборону. Не случайно, к примеру, в США министр здравоохранения (секретарь Департамента здравоохранения и социальных служб) входит в пятерку наиболее значимых национальных лидеров.

Показатели деятельности

Практически все показатели, характеризующие деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений, не отличаются достоверностью и практически всегда содержат приписки, увеличивающие объемы работ и повышающие оплату труда. Исследования показали, что в реальности число посещений на 1 жителя в год следует уменьшить в 2 раза с 9.0 до 4-5, в том числе количество посещений с профилактической целью. Особенно значительны приписки (до 70%) при учете количества периодических профилактических осмотров, поскольку каждый осмотр – это деньги и на эти приписки «закрывают глаза» руководители здравоохранения. Такая же картина и с диагностической службой и с функцией врачебной должности и т.д. Приписки, как правило, завышают объемы амбулаторной и профилактической работы. Показатели деятельности стационаров: среднее число дней занятости койки в году, нагрузка на 1 койку за год, средние сроки пребывания больного и отделения (учитывается только одно отделение) и средние сроки лечения в связи с отдельными заболеваниями (учитывается только одно последнее заболевание) также не являются вполне достоверными. Иначе говоря, любому специалисту, использующему или анализирующему любые показатели деятельности медицинских учреждений или медицинских работников, необходимо четко знать, как эти показатели формируются и что в реальности они отображают, какого типа и глубину процесса. Все изложенное необходимо учитывать при реализации в стране обоснованной и ориентированной на человека (а не на медицинские учреждения или экономию расходов) политики в сфере охраны здоровья, а, как известно, политика – это вопрос о целях.

Таким образом, в данной работе мы в достаточно кратком виде представили почти весь спектр показателей, характеризующих здоровье и здравоохранение, и показали, как можно при неправильной их оценке и использовании прийти к ложным выводам. Но других показателей просто нет, и потому нужно учиться правильно пользоваться теми, которые существуют. Их и необходимо использовать для системы мониторинга показателей здоровья и здравоохранения.

Мониторинг представляет собой непрерывный процесс наблюдения и регистрации параметров объекта, в сравнении с заданными критериями. Соответственно мониторинг здоровья основан на систематическом сборе, обработке и анализа основных показателей здоровья населения в территориальном аспекте для выработки политики и обоснования принятия решений в сфере охраны здоровья, оценки их последствий, составления и оценки соответствующих программ и проектов, информирования общественности. При анализе данных мониторинга целесообразно начинать с самых конечных результатов (индексов ОПЖ и ДАЛИ) и, если они не устраивают (в динамике или при сравнении с подобными территориями, или в среднем по стране), то тогда нужен более детальный и углубленный анализ с использованием всех мониторируемых показателей. Следует отметить, что отдельных мониторинговых систем уже существует в мире и в России

немало. К их числу относятся системы «окружающая среда и здоровье», здоровье матерей и детей, здоровье школьников, экономическое положение и здоровье, семейное здоровье, здоровые города, индивидуальные мониторинги здоровья, мониторинг сексуального и репродуктивного здоровья, мониторинг по отдельным показателям здоровья (например, мониторинг смертности, онкорегистр), мониторинг заболеваний, регистрируемых в общей врачебной практике, и другие. Эти системы могут охватывать отдельные группы пациентов, отдельные учреждения и службы здравоохранения, отдельные территории и даже страны. Первый лонгитудинальный мониторинг здоровья был зафиксирован в маленьком городке Фремингхэме (США) в 1952г., в период которого и появилось понимание того, что ИБС- это болезнь века. В Голландии, где ПМСП получила практически неплохое развитие, на протяжении десятков лет собирается выборочная информация (5%) о заболеваниях пациентов от врачей общей практики, у которых фиксируется до 80% всех случаев заболеваний, в виде так называемых Sentinel Site Monitoring (Sentinel Stations) с направлением информации для анализа в некоторые университеты и в уникальный Национальный институт ПМСП (Nivel). ВОЗ помимо обеспечения стран методологией мониторинга собирает необходимую информацию о здоровье, что позволяет проводить страноведческий анализ, выпускать в Обсерватории ВОЗ аналитические материалы и сборники, устанавливать определенные закономерности (например, о том, что 80% населения земли находится в состоянии предболезни и 20% больны), выявлять основные проблемы и болевые точки и ориентировать разные страны на борьбу с эпидемиями, факторами риска и другими проблемами здоровья. В качестве примера можно привести выступление Генерального директора ВОЗ на 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, основанное на мониторинге и анализе отдельных показателей здоровья. В центре внимания совместной глобальной конференции ВОЗ и Министерства социального обеспечения и здравоохранения Финляндии «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики» была система мониторинга здоровья. В Европейском региональном бюро ВОЗ функционирует отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций, в задачи которого входят регулярный сбор и анализ данных для оценки тенденций в состоянии и охране здоровья как по отдельным странам, так и в целом по региону с их публикацией в основном и он-лайнном режимах. Отдел также предоставляет странам методические руководства и инструментарий для оценки качества информации о здоровье, способствует интеграции информационных систем и организует обучение по вопросам международной сопоставимости показателей здоровья. Данные по показателям общественного здоровья, накапливаемые в базе данных ЕРБ ВОЗ, используются Обсерваторией ВОЗ для выпуска статистических и аналитических сборников по здравоохранению отдельных стран, входящих в Европейский регион. В опубликованном «Докладе ВОЗ о состоянии здоровья и здравоохранения в Европе с выработкой курса на благополучие»

приведены по странам основные медико-демографические тенденции, показатели ОПЖ, смертности, в т.ч. по причинам, данные о преждевременной смертности, накопленном бремени болезней и о факторах риска. Эти данные получены из системы мониторинга здоровья по отдельным странам. В России, как отмечалось, ведутся отдельные работы по мониторингу, в ряде органов здравоохранения созданы соответствующие подразделения. Например, в Департаменте здравоохранения Москвы функционирует отдел мониторинга здоровья, осуществляющий, главным образом, мониторинг за состоянием здоровья новорожденных, рожениц, детей и подростков до 18 лет.

Таким образом, в систему мониторинга должны быть включены две группы показателей:

1. Характеризующие состояние и динамику здоровья (сплошным методом) и систему охраны здоровья (возможны выборки)
2. Характеризующие объемы, структуру, функции, доступность и качество медицинской помощи, а также результаты деятельности медицинских учреждений и служб.

Исходя из изложенного были определены показатели (индикаторы), которые могут быть использованы в системе мониторинге здоровья и здравоохранения Сахалинской области. Однако, мониторинг может позволить выявить лишь систематически возникающие проблемы в здоровье населения и в системе здравоохранения в виде относительно объективной картины, естественно, без вариантов их решения. А решения этих проблем лежат в сфере государственного управления и политики. Всегда, особенно в условиях кризиса, следует вкладывать государственные средства не в предложение и развитие производства, а в спрос, т.е. в людей, в их доходы, что найдет отклик в предложении. В отличие от ручного управления страной необходимо создавать устойчивую систему структурного управления, снять выборные барьеры и ограничения, победившая на выборах партия должна формировать правительство (самостоятельно или в коалиции пропорционально доле представительства в выборном органе) с тем, чтобы избиратели имели возможность отозвать не только депутатов, но и правительство, убрать высокий забор, отделяющий власть от народа со спецобеспечением и редкими экскурсионными выходами власти в люди, в народные магазины, аптеки, поликлиники, больницы, мастерские и т.д., провести гибкую налоговую политику и реструктуризацию бюджетных расходов исходя из общественных приоритетов и потребностей, значительно усилить муниципальный уровень, где создаются многие условия жизни людей, которым нужно больше доверять. Этот перечень нужных стратегических мер можно продолжать до бесконечности, и пусть этим займутся профессионалы. Вопрос в том- прислушиваются ли к их мнению? Не получилось бы как это бывало раньше, например, в противодействии Т.Д.Лысенко и В.Р.Вильямса с Д.Н.Прянишниковым, Н.И.Вавиловым, А.В.Чаяновым, Н.М.Тулайковым и др., когда в 1930-ые годы партийные и государственные лидеры страны поддержали на первый взгляд заманчивую,

но мракобесную позицию, практически разгромившую в стране сельскохозяйственную науку, селекцию и генетику и приведшую к эрозии почвы из-за отвальной пахоты.

Если говорить о Концепции развития охраны здоровья и медицинской помощи в стране и в каждом регионе в отдельности, то можно выделить несколько стратегических и перспективных направлений развития со смещением акцентов:

- от оказания медицинской помощи - к системе охраны здоровья
- от отраслевой ответственности за здоровье и его охрану- к государственной
- от акцента на лечение болезней- к социальной (первичной) и медицинской (вторичной) профилактике заболеваний
- от запущенных и хронических болезней- к их возможно раннему выявлению, своевременному и результативному лечению
- от лечения болезней- к лечению больного
- от стационарной и специализированной (включая дорогостоящую) медицинской помощи- к амбулаторной и ПМСП
- от неупорядоченной структуры оказания медицинской помощи- к иерархически выстроенной (от общих видов и приближенных к населению- к более отдаленным специализированным, от простого- к сложному)
- от принципа помощи «на себя» на широких просторах- к принципу помощи «от себя» с развитием санитарной авиации и телекоммуникационных связей
- от нахождения больных в терминальных состояниях на дому- к развитию медико-социального ухода и паллиативной медицинской помощи
- от эмпирической медицинской помощи- к научно обоснованной и доказанной с применением современных технологий, международных стандартов ISO и Доказательной медицины
- от разрушенного муниципального здравоохранения- к его восстановлению
- от «оптимизации» здравоохранения и укрупнения медицинских учреждений к повышению доступности медицинской помощи на основе установления потребностей населения
- от массового медицинского образования- к более качественному с индивидуальной подготовкой и предварительным отбором к профессии
- от механического заучивания обучающих материалов- к развитию у студентов-медиков клинического (системного) мышления
- от случайного пополнения знаний на последипломной стадии- к созданию системы непрерывного медицинского образования
- от остаточного финансирования здравоохранения- к достаточному, с минимальным выделением бюджетных средств в размере 7% ВВП
- от обязательного медицинского страхования- к государственно-бюджетной системе
- от коммерциализации государственных и муниципальных медицинских учреждений – к бесплатной для пациентов медицинской помощи в них
- от разрозненных профессиональных сообществ- к единой независимой профессиональной организации, как части гражданского общества в стране

-от пассивного участия пациентов и населения в деятельности медицинских служб- к их более активному влиянию на охрану здоровья и оказание медицинской помощи

-от недовольства пациентов- к их максимально возможной удовлетворенности

Такого рода направленность перспективных усилий в разных сочетаниях присуща для здравоохранения многих развитых стран и с успехом может быть использована на региональном уровне.

Первая стратегия (концепция) развития здравоохранения была разработана в 1994 г. большим коллективом специалистов под моим руководством. Она основывалась на чисто системной логике с применением методов математической статистики, классификации и экспертных оценок и обсуждалась на Коллегии Минздрава, где была одобрена, однако члены Коллегии ее не поняли и ничего потом по ней не делалось. Хотя логика построения концепции была проста, понятна и системна:

1. Вначале с помощью методов потенциальной демографии определялось, по каким проблемам здоровья общество несет наибольшие безвозвратные потери, с учетом среднего возраста умерших по каждой причине смерти.
2. Затем эти проблемы экспертным путем ранжировались и из них выделялись приоритеты, в том числе с учетом их реализации
3. По каждому приоритету определялись ответственные за них службы здравоохранения с соответствующим оценочным вкладом
4. Затем эти службы ранжировались по значимости, определялась степень их развития и адекватности, выявлялись дефекты
5. По каждому дефекту определялся перечень мероприятий по его устранению.
6. Все эти мероприятия собирались в одном месте, ранжировались, определялись приоритеты, необходимые ресурсы и критерии их выполнения.
7. В итоге определялось, что все это даст и к чему приведет.

К сожалению, такую объемную работу, посильную для целого института, повторить практически невозможно.

Еще в самом конце 2014 г. Минздрав РФ разработал и внес в правительство стратегию развития здравоохранения (не улучшения здоровья) на долгосрочный период, основная идея которой состояла в объединении всех ЛПУ, независимо от форм собственности, в единую Национальную систему здравоохранения. Однако, дальнейшего развития эта стратегия не получила.

Далее, В.И.Скворцова озвучила три проблемы, волнующие граждан: доступность ПМСП на селе и в отдаленных районах, качество бесплатной медицинской помощи и ценовую доступность лекарств. Она отметила рост доверия населения к государственным ЛПУ по сравнению с 2006 годом (почему бы не с 1913 г.?). Ведь за это время научно-технический прогресс не стоял на месте. И, тем не менее, только 40.4% опрошенных оказались удовлетворенными медицинской помощью, а в развитых странах эта величина достигает 90%. Значит, не все благополучно в датском королевстве.

30 августа 2016 г. министр здравоохранения РФ В.Скворцова озвучила 5 приоритетных проектов в качестве перспектив развития здравоохранения:

- 1.Снижение материнской и младенческой смертности
- 2.Повышение доступности медицинской помощи, прежде всего СМП и экстренной специализированной, жителям труднодоступных районов
- 3.Ликвидация дефицита участковых терапевтов и участковых педиатров
- 4.Внедрение цифровых технологий в медицину
- 5.Новый уровень контроля за закупками лекарств и установление на них референтных цен.

Скорее всего, эти проекты (направления) носят конкретный среднесрочный, а не долгосрочный характер и потому в перспективную стратегию их включать не следует. Чтобы нужно было бы сделать прямо сейчас? Во-первых, исключить законодательно частные коммерческие страховые медицинские организации (СМО), как ненужных посредников, из системы ОМС и поручить им заниматься частным добровольным страхованием (ДМС). Только за первое полугодие 2016 г. СМО собрали 91.2 млрд. рублей по линии ДМС, но это мало. Возможности ДМС следует расширить, доведя собираемые средства до 15-20% от общих расходов на здравоохранение, как в Великобритании, прекрасно обходящейся без ОМС. Второе, это придать территориальным фондам ОМС функцию страховщика, сделав их филиалами ФФОМС, который пока является единственным на всю страну страховщиком. Это в какой-то мере упростит и удешевит систему ОМС в качестве временной меры. В третьих, стоит прямо сейчас начать разработку перспективной модели здравоохранения с единственным страховщиком в лице государства. Стоит несколько слов сказать о Семашкинской модели здравоохранения, которую многие неспециалисты совершенно необоснованно отождествляют с советским здравоохранением, жестко централизованным, мобилизационным и недемократичным. Указанные принципы, ориентированные на пациентов, были одобрены и рекомендованы ВОЗ, но не нашли свое отражение в советское время. В качестве примера приведем принцип широкого участия масс трудящихся в решение проблем здравоохранения, поскольку этот демократический принципе не мог быть реализован в авторитарное время.

Но для данной работы (имеется в виду эта книга) необходимо в кратком виде представить пилотную Сахалинскую область и некоторые ее особенности.

Характеристика Сахалинской области

Сахалинская область (по сути только ее северная часть) образована постановлением ВЦИК и СНК РСФСР «О новом территориальном делении и районировании Дальневосточного края» от 20 октября 1932 года, поскольку южный Сахалин (к югу от 50 градуса северной широты) по Портсмутскому договору в США от 05.09.1905 г. после поражения России в русско-японской

войне отошел к Японии и на его территории было образовано губернаторство Карафуто с центром в городе Отомари (бывший поселок Корсаков). По итогам второй мировой войны и в результате ожесточенных боев во второй половине августа 1945 г. на 23 день военной компании японцы начали сдаваться в плен, а Сахалин и Курилы полностью вернулись в состав России. До русских и японцев Курилы были заселены айнами (сейчас они проживают на севере острова Хоккайдо в Японии), которые еще в 1713 г. признали над собой власть России и по официальному землеописанию эти острова, вплоть до Хоккайдо (другое название острова- Мацумая) относились к России.

Курильские острова (Большая и Малая Курильская гряда), общей площадью в 10.5 тыс. км, протянулись более чем на 1200 км от южной оконечности полуострова Камчатка (мыс Шипунского и мыс Лопатка на Кроноцком полуострове- заповеднике) до северных границ острова Хоккайдо (Япония) и большой дугой замыкают собой пространство, отделившееся некогда от материка ЕвроАзии, так называемую Охотскую плиту. При этом Большая Курильская гряда включает в себя острова северной, средней и южной группы с вулканами и сопками. Среди Курильских островов наибольшими являются остров Парамушир с поселком Северо-Курильск, вокруг которого расположены 23 вулкана, из которых 5 являются действующими, остров Итуруп с поселком Курильск, остров Кунашир с поселком Южно-Курильск, а также острова Уруп, Симушир, Шумшу и Онекотан. Представляет интерес скала Авось, находящаяся недалеко от острова Маканкруши, северо-западнее от острова Онекотан с Кольцевым озером, а также остров-вулкан Брат Черноев, где обитают морские львы-сивучи. Безымянный остров Курильской гряды в августе 2016 г. переименован в остров Пескова в честь известного натуралиста и телеведущего. В состав Малой Курильской гряды (восточнее острова Кунашир через Южно-Курильский пролив) входят острова Шикотан, Полонского, Зеленый, Танфильева, Юрий, Анучина. Все Курильские острова имеют важное военно- стратегическое и экономическое значение. На всех Курильских островах имеется огромное число озер, рек, сопков и вулканов (всего 68, из них 36 являются действующими), в этом районе нередки землетрясения и огромные цунами. Так, в 1952 г. три волны гигантского цунами высотой до 18 метров, вызванного землетрясением на юге Камчатки и в 20 км от нее под водой, фактически уничтожили, а точнее смыли Северо-Курильск и поселок Утесный. По официальным данным погибли 2336 человек. А волны высотой до 9 метров достигли даже Гавайских островов, нанеся там огромный ущерб, но без человеческих жертв. Со всей этой трагедией можно ознакомиться в музее Северо- Курильска. Никто не заметил, что жившие ранее здесь японцы на всякий случай соорудили лестницы, уводящие в сопки. В 1957 г. сильное землетрясение в 7 баллов произошло на острове Итуруп, когда в кипящей речке подпрыгивали валуны и разрушилась скала. Несмотря на запрет строительства в цунамоопасных зонах (Постановление Совмина РСФСР от 1964 г.), новые объекты продолжали сооружаться на опасных для жизни территориях. В 1973 г.

произошло извержение вулкана Тятя-яма на острове Кунашир. В 1994 году огромные цунами в который раз накрыли остров Шикотан, а в 2006 г. - остров Симушир. В 1995 г. землетрясение в 7.6 балла ударило по Сахалину с эпицентром в 30 км от поселка Нефтегорск (на 53 параллели в зоне нефтедобычи), который за 17 секунд был полностью уничтожен, а блочные дома рассыпались в труху. Погибли 2040 человек. Самая высокая точка Курил- вулкан Алаид на острове Атласова- 2339 м. На Курильских островах разведаны промышленные запасы руд цветных металлов (золота, серебра, титана), железа, ртути, природного газа, нефти, самородной серы. В районе вулкана Кудрявый на острове Итуруп с 7 заливами находится самое богатое, из известных в мире, минеральное месторождение рения, используемого в суперсплавах для космической и авиационной промышленности. Однако на Курилах разработки полезных ископаемых пока немногочисленны. Если на северных островах произрастают кустарники, ольха, береза, ива, рябина, кедр, на средне расположенных островах- заросли бамбука, тис, аралии разные, калина, можжевельники, то на южных островах- пихта, разные ели, лиственница, дуб, клен, ильм, различные лианы (в том числе китайский лимонник и дикий виноград), магнолия, пионы, эдельвейсы, различные ягодники. Климат, соответственно, морской, суровый, с холодной и длительной зимой, высокой влажностью. Южные Курилы представляют собой уникальное место, где за счет турбулентности морской воды из-за встречи двух течений (холодного- Оясио и теплого- Куроисио) происходит подъем корма для рыб с морского дна, что привлекает огромные косяки рыб. Из всех Курильских проливов незамерзающими, судоходными и глубокими являются только пролив Фриза между Урупом и Итурупом и пролив Екатерины между Итурупом и Кунаширом, что позволяет нашим подводным лодкам выходить в Тихий океан в подводном положении.

Япония регулярно включает в состав своей префектуры Хоккайдо южные острова архипелага и Малой Курильской гряды- Итуруп со множеством заливов и бухт, Кунашир, отделенный от Японии проливом Измены, Шикотан с рыбо- и крабопереработкой и группу мелких островов Хабомаи, на них претендуя. В Японии эти острова называют «северными территориями». На этих островах остались следы многолетнего пребывания японцев в виде окопов, дотов, блиндажей и разрушенных военных укреплений. 99.9% всех товаров и продуктов (кроме рыбы) доставляются на острова морем, которое нередко забито льдами, там часто возникают штормы и туманы. Все это затрудняет не только снабжение, но и оказание медицинской помощи. Из Южно-Сахалинска, например, на остров Итуруп судно идет почти сутки и курсирует оно раз в 4 дня, да и то, если повезет с погодой.

Правовые основы претензий Японии слабоваты и опираются, в основном, на Симодский двухсторонний трактат о торговле и границах (статья 2) от 1855 г., согласно которому южные Курильские острова были включены в состав Японии, и который утратил свою силу из-за русско-японской войны (1905 г.). На Ялтинской конференции (февраль 1945 г) принято решение об

отторжении от Японии южной части Сахалина и Курильских островов, а на Потсдамской конференции (26.06.1945 г.) суверенитет Японии был ограничен только островами Хоккайдо, Хонсю, Сикоку и Кюсю. Даже Рюкю и Окинава не входили в юрисдикцию Японии. Однако, японские дипломаты считают, что в акте о безоговорочной капитуляции после Второй мировой войны, подписанном вначале 02.09.1945 г. на борту американского линкора «Миссури» (от имени СССР акт подписал генерал-лейтенант К. Деревянко), а затем в Сан-Франциско в 1951 г., Япония утратила все права, но как бы не отказалась от этих островов. Четкости в Сан-Франциском договоре не было, в нем не полностью учитывались все предшествующие договоренности и потому советская делегация во главе с А. Громыко не подписала этот договор. Вообще Сахалин и Курильские острова несколько раз переходили из рук в руки. Первыми на этих территориях, где в южной части жили айны, а в северной - нивхи и эвенки, побывали в 1640 г. казаки И.Москвитина, затем туда направлялись экспедиции Антипина и Шабалина, Фриза (Голландия), В.Пояркова, В.Атласова, С.Крашенинникова, француза Ж-Р. Лаперуза, англичанина В.Р.Брутона, Г.И. Невельского в 1849 г. и другие.

Составленное при Екатерине Второй «Пространственное землеописание Российского государства» включало в состав Российской империи не только все Курильские острова, но и остров Хоккайдо, который к тому времени был заселен только айнами, ставшими российскими подданными, принявшими православие и носившие русские имена и фамилии. Этнических японцев тогда на этом острове не было вообще и айны воевали с японцами на севере следующего острова Хонсю. Факт российского подданства жителей Хоккайдо был изложен в письме Александра Первого японскому императору в 1804 году, желавшему первым установить посольские отношения с Японией, и с японской стороны не вызвал возражений. Возглавляли миссию прибывшие в порт Дэдзима (рядом с Нагасаки) на шлюпе «Надежда» граф Н.Резанов в ранге посла и капитан-лейтенант И.Ф.Крузенштерн. Но император Японии, проведя в раздумье почти полгода, устанавливая дипломатические отношения с Россией отказался. И даже подарки в 50 ящиках и тюках, привезенные русскими, принимать не стал. Весной 1805 г. «Надежда» через Корейский пролив ушла на север, и по пути И.Крузенштерн определил положение ряда спорных островов, открыл и описал залив Анива и бухту Терпения, открыл 4 маленьких острова Курильской гряды, назвав их Каменные ловушки. На шлюпе «Надежда» находился дядя Льва Толстого граф Федор Толстой-Американец, известный шулер и дуэлянт. Его за хулиганство и неподобающее поведение И.Ф.Крузенштерн высадил на Камчатке, откуда он вернулся в столицу лишь спустя полгода.

Вообще Хоккайдо для Японии был иноземной территорией, вроде Кореи. И первые японцы высадились на Хоккайдо в борьбе с айнами только в 1786 г. Самые первые претензии Японии на Сахалин были заявлены лишь в 1845 г., но тогда они получили жесткий дипломатический отпор со стороны царя Николая Первого. Однако в последующем произошло ослабление России, особенно в результате неудачной Крымской кампании 1854-55 гг. и Турецкой

кампании 1877 г. В 1855-1875 гг. эти спорные территории находились под совместным управлением России и Японии, а в 1875 г. был подписан С-Петербургский разделительный договор, согласно которому Сахалин отошел к России, а Курилы- к Японии. Япония активно готовилась к войне 1904 г., а в России царило шапкозакидательское настроение. Ни один план подготовки к дальневосточному конфликту (А.Куропаткин, Е.Алексеев, Главный морской штаб) не был даже рассмотрен. Однопутная железная дорога оказалась не готовой к перевозке военных грузов и солдат, и пропускная способность Сибирской железной дороги составляла тогда только 9 пар поездов в сутки, однако самым сдерживающим фактором был разрыв железной дороги у озера Байкал. Там зимой рельсы укладывались прямо таки на лед, а в остальное время года были задействованы баржи, пароходы и 2 ледокола и только спустя год была достроена дорога вокруг Байкала. За 1.5 военных года было перевезено 2698 воинских и 2529 грузовых транспортов, задействовано 80 санитарных поездов, в пути следования была создана необходимая придорожная инфраструктура. Особенно напряженная ситуация сложилась на железнодорожном ответвлении от Читы на Харбин, Мукден, Ляоян и далее до Порт-Артура. Тем не менее во время войны, японские потери в два раза превосходили потери русской армии, и Япония экономически была истощена (ее внешний государственный долг вырос в 4 раза).

В соответствии со статьей 9 упомянутого ранее Портсмутского договора 1905 г. к Японии (император Японии- Муцухито) отошла только южная часть Сахалина с прилегающими островами: Монерон- к западу и Тюлений к востоку от Сахалина, а Курильские острова так и продолжали находиться под протекцией Японии. Еще в начале войны японцы вторглись на Сахалин и большими силами подавили там всяческое сопротивление. Началась та война с неожиданного нападения 27 января 1904 г. японской эскадры (адмирал Х.Того) на русские военно-морские силы. Вообще, после поражения России в русско-японской войне Россия, которая к ней не была готова, лишилась не только ряда территорий, но и некоторых глубоководных гаваней, права держать Тихоокеанский флот, хотя удалось отказаться от выплаты огромной контрибуции, от демилитаризации Владивостока и т.д. И это только малая часть требований Японии, которые удалось сдержать благодаря дипломатическим усилиям главного российского переговорщика С.Ю.Витте. После поражения царь создал комиссию по расследованию причин этого, которая среди прочих установила коммуникационные причины, связанные с удаленностью от центральных губерний и промышленных центров на 8850 км, а от Японии расстояние до театра военных действий не превышало 300 км. Дело было также в том, что незадолго до войны царь продал железные дороги, на каждой из них были организованы акционерные общества с частным капиталом и этим дорогам не выгодно было бесплатно перевозить на дальние расстояния войска и вооружения. В результате в воюющие войска поступали пушки без снарядов, винтовки без патронов и т.д. По результатам работы комиссии царь выкупил обратно все железные дороги по

десятикратной цене и вернул их в собственность государства. И это было правильным, поскольку все важнейшие системы, обеспечивающие национальную безопасность и жизнедеятельность страны, должны быть в ведении государства. Этот пример мог бы стать хорошим уроком для нынешних времен, но не стал.

В 1906 г. Россией была отменена каторга на севере Сахалина и в 1909 г. 17 июня, была образована Сахалинская область Российской империи в составе северной части острова с центром Александровск-Сахалинский. В 1920 г., воспользовавшись гражданской войной и только что установленной советской властью на Дальнем Востоке японские войска захватывают северную часть Сахалина и оккупируют ее в течение 5 лет, до 1925 г., когда вынуждены были оттуда эвакуироваться. В 1956 г в подписанной сторонами Московской декларации говорится о прекращении состояния войны, об установлении дипломатических отношений, но окончательный вопрос об островах был отложен до заключения Мирного Договора, которого нет до сих пор, что не мешает развитию двухстороннего сотрудничества. И потому статус кво сохраняется, а Россия обоснованно считает эти территории своими и намерена их обустроить. Позиция России такова: продолжать переговоры возможно лишь после признания Японией итогов Второй мировой войны и российского суверенитета над «спорными территориями» и затем подписать мирный договор. В Московской декларации шла речь о 4-х южных Курильских островах, на которые претендует Япония. Согласно опросу более 50% японцев согласны на 2 острова (Шикотан и Хабомаи) из четырех. А недавно Президент РФ дал четко понять, что Россия своими территориями не торгует. Нынешнее руководство Японии это понимает, не выдвигает категорических и жестких безоговорочных требований и готово к торгово-экономическому сотрудничеству с Россией, да и в других сферах тоже, например, в здравоохранении. Премьер-министр С. Абэ пригласил Президента РФ посетить Японию в декабре 2016 г., где намерен еще раз обсудить островную проблему. Выступая 28 сентября 2016 г. в парламенте, премьер-министр Японии заявил, что Япония стремится к диалогу с Россией, чтобы получить 4 оспариваемых южнокурильских острова и заключить мирный договор.

У японцев есть достаточно приличная армия: 250 тысяч профессиональных военных, она хорошо оснащена и имеет самый большой в регионе мощный военный флот (около 70 эсминцев). Однако, по своей Конституции у них запрещено иметь наступательное вооружение. Тем не менее командование войсками Восточного военного округа подчеркивает, что Сахалин и Курильские острова являются восточным форпостом России, обеспечивающим безусловные гарантии безопасности и территориальной целостности страны. В связи с этим в регионе развивается военная инфраструктура, происходит плановое перевооружение соединений, повышается боеготовность и социальная защищенность всех категорий военнослужащих и членов их семей. В 2015 г. на Курильских островах были установлены зенитные ракетные комплексы малой дальности, а до конца

2016 г. планируется завершить формирование на островах всей военной инфраструктуры. В 2016 г. На острове Кунашир размещены ракетные береговые комплексы «Бал», а на острове Итуруп- береговой ракетный комплекс «Бастион», предназначенный для защиты морского побережья на 600 км. Боекомплект одного комплекса «Бастион» может включать до 36 ракет «Яхонт», способных поражать любые надводные корабли. Естественно, это вызвало озабоченность в Японии. Тем не менее, можно было бы расширить для Японии контролируемые квоты на вылов рыбы, а взамен предложить Японии принять участие в восстановлении инфраструктуры Курильских островов. Но это даже не местная, а государственная политическая проблема.

Малая Курильская гряда незначительно выступает на поверхности с плоскими и выровненными морем островами, поднимающимися над океаном до 40 метров, правда, остров Шикотан- местами на 214 метров, и в северо-восточном направлении продолжается в виде подводного хребта Витязь. Гряда отделена от японского острова Хоккайдо проливом Советским. Курильские острова заселены крайне неравномерно в 19 населенных пунктах, и только на 4-х островах (Парамушир, Итуруп, Кунашир и Шикотан) имеется постоянное население в 18 тысяч человек. На других островах постоянного населения нет. Ранее жителей было в 2 раза больше вследствие высоких дотаций и большого количества военнослужащих. Правда, почти в середине Курил на 48 параллели находится остров Матуа с действующим вулканом, где недавно высадился десант Русского географического общества, который установил, что в годы Второй мировой войны японцы превратили этот клочок земли в настоящую крепость с уникальной системой подземных лабиринтов до 150 метров в длину с высоковольтным кабелем (до 3 тысяч вольт), с установкой для очистки воды и с двумя взлетно-посадочными полосами с подогреваемым из термальных источников бетонным покрытием и др. До этого в 1920-ые годы японцы здесь разводили лис. Японские военные стали осваивать этот остров еще в начале 1930-х годов. Тут были выстроены двухполосный аэродром с подогревом для бомбардировщиков средней дальности и истребителей, оборонительные бетонные сооружения с подземным городом, с установленными зенитными и береговыми батареями, танками, лабораториями бактериологического и химического оружия и военно-морской базой. И все это было тщательно замаскировано. На острове было 2600 японских военнослужащих (а всего на Курилах- 40 000). Не случайно, в августе 1945 г. США захотелось получить контроль над островом Матуа, но получили дипломатический отпор от СССР. 25 августа 1945 г. японцы на острове сдались советским войскам. В общем, загадок осталось много и их решением займется следующая экспедиция на остров Матуа, поскольку на нем планируется разместить военно-морскую базу Тихоокеанского флота. На наш взгляд, это целесообразно сделать с восточной стороны острова, поскольку незамерзающих проливов между ближайшими островами вблизи нет.

Сейчас вся Сахалинская область является одним из самых малочисленных и удаленных регионов России и представляет собой сейсмически активную островную территорию, состоящую из острова Сахалин (главный остров), острова Монерон со стороны юго-западной оконечности Сахалина, острова Тюлений вблизи мыса Терпения с уникальным лежбищем морских котиков и 56 малых и средних островов Курильской гряды. Эти острова омываются водами Охотского, Японского морей и Тихого океана, от материка Сахалин отделен Татарским проливом, Амурским заливом и проливом Невельского, от Японии - проливом Лаперуза. Пролив назван в честь открывшего его в 1787 г. капитана 1-го ранга Жана Франсуа Голупа графа де Лаперуза, посланного французским королем Людовиком XVI на фрегатах «Буссоль» и «Астролябия» в кругосветную экспедицию. От Корсакова до Поронайска морем 450 км, до Магадана - 1700 км, до Петропавловска-Камчатского - 1600 км, до Курильска - 460 км, до Холмска - 250 км, до Владивостока (также из Холмска и Невельска) от 1000 км, от Северо-Курильска до Южно-Курильска - 1190 км, развивается каботажное судоходство в Амурском заливе (вплоть до Николаевска-на-Амуре) и в Татарском проливе (вплоть до Советской Гавани), функционирует паромная переправа. Когда в 1970-ые годы строилась Байкало-Амурская железнодорожная магистраль, то было намерение протянуть стальные рельсы на остров Сахалин. Для этого предполагалось использовать идеи и прежние наработки для строительства 10 километрового туннеля в самой узкой части Татарского пролива от мыса Лазарева на материке до мыса Погиби на Сахалине. Строительство туннеля было начато в 1950 г., от мыса Лазарева был прорыт ствол шахты и в 1.6 км от берега насыпан искусственный остров. На материке для этого была предусмотрена 350 км железнодорожная ветка от перегона между Комсомольском-на-Амуре и Советской Гаванью, т.е. от станции Селихин до мыса Лазарева. Тогда же в поселках Тымовское на Сахалине и Де-Кастри на материке были созданы лагеря для заключенных с жутчайшими бытовыми и производственными условиями. Тем не менее, туннель по разным причинам не был построен, в основном, в связи со смертью Сталина, а с 1973 г. Кстати, железные дороги в России стали строить с 1836 г., хотя еще за два года до этого в Тагиле была введена в строй «чугунка» на паровозе братьев Черепановых (Ефима и Мирона), которые были крепостными Демидовых, а Царско-сельская ветка была официально открыта лишь в 1837 г. БАМ начал строиться по Постановлению ЦК КПСС и Совета министров СССР №561 от 08.07.1974 г., основная часть строилась более 12 лет, а самый длинный в России Северо-Муйский туннель (15.3 км) сдан в эксплуатацию только в 2003 г. Сахалин с материком связала железнодорожная паромная переправа Ванино-Холмск. Татарский пролив замерзает и для обеспечения переправы зимой требуются ледоколы. Сейчас рассматриваются разные варианты связи Сахалина с материком: продолжение строительства туннеля, дамба или мост длиной в 7 км через пролив Невельского в сочетании с дамбой в 4 км. Однако, территориально к Сахалину ближе всего расположен не материк, а Япония (через пролив Лаперуза от мыса Крильон - южная оконечность

Сахалина- до японского острова Хоккайдо со скалой «Камень Опасности» - РФ), куда нередко частный рыболовный флот отвозит основной улов рыбы (лососевых, сельди, корюшки, скумбрии, сайры, терпуга, камбалы, наваги, минтая), краба, кальмаров, трепангов и других даров моря. Да и сами японцы нередко занимаются незаконным ловом в территориальных водах России, чему препятствует российская пограничная служба. Но большая часть улова поступает на отечественные предприятия. На заводе по переработке рыбы в Южно-Курильске на острове Кунашир используется лазер, а доставляют туда рыбу на недавно введенном в действие самом современном сейнере «Асбьорн», оснащенном специальными эхолотами для обнаружения глубоководных косяков рыб и новейшими тралами.

В связи со значительной протяженностью области с юга на север меняется климат от влажного муссонного с частыми осадками до сурового и холодного с частыми метелями. Сам остров Сахалин имеет в длину 948 км при средней ширине в 100 км. Площадь области- 87 тысяч кв. км, из них почти 10% приходится на охраняемые природные территории, включая заповедники, природный парк, заказники и т.д., в которых произрастают уникальные, например, элеутерококк, и редкие представители флоры с ягодниками (брусникой, красникой, малиной, морошкой, голубикой и др.) и имеется множественная фауна, в том числе с ценным мехом. Растительность буйная, высокая и густая. Правда, в последнее время в стране изменилось отношение к заповедникам и национальным паркам и, благодаря передаче ответственности за них на отраслевой уровень, судьба их незавидна. Много в области есть болот, мелких и средних рек и озер. Вулканическое происхождение проявляется не только в виде гористости местности, но и в виде действующих термальных источников. В области разведаны запасы нефти, ртути, цветных металлов, природного газа и газового конденсата, каменного и бурого угля, а также имеются ресурсы золота, серебра, титана, железа, рения, серы. С юга на север Сахалина протянулась железная дорога. На острове имеется сеть автомобильных дорог, соединяющих отдельные населенные пункты и ведущих к месторождениям полезных ископаемых, автобусные перевозки с городскими, пригородными и междугородными маршрутами. Автомобильный транспорт является базовым элементом транспортной системы всей Сахалинской области, кроме Северо-Курильского городского округа. Все автопарки являются собственниками малого и среднего бизнеса и оснащены автобусами отечественного, японского, корейского и др. производства. В общем- зоопарк автобусов. На городских, пригородных, межмуниципальных и междугородных маршрутах осуществляются основные грузоперевозки и перевозка свыше 25 млн. пассажиров, т.е. 95% от всего ежегодного пассажиропотока. В области имеются 8 аэропортов, ряд которых реконструируются (Хомутово, Новостройка, Ноглики, Шахтерск, Зональное, Менделеево, Буревестник, Итуруп), а также вертодром на острове Парамушир, и есть прямые рейсы на Москву, Хабаровск, Владивосток, Новосибирск и др., а также в Токио и Саппоро (Япония), Сеул (Южная Корея) и Харбин (Китай), имеются и

межмуниципальные рейсы. В области также имеются 8 морских портов и 11 морских терминалов. За счет бюджета области выполняются социально значимые перевозки на межмуниципальных маршрутах, а также перевозки с острова Парамушир в г. Петропавловск-Камчатский. Кроме этого имеется железнодорожный транспорт, насчитывающий 4 пары поездов дальнего следования и 5 пригородных железнодорожных маршрутов. К характеристикам железной дороги относятся ее однопутность, длина - свыше 800 км, и еще 3 ветки длиной 54 км, 35 действующих станций. Железнодорожная колея постепенно переводится на общероссийский стандарт с узкой колеи в 1067 мм на 1520 мм. Частично достройка железнодорожных путей велась в 1950-1970-ые годы. Островное расположение области определяет значимость морского транспорта, поскольку грузы на Сахалин и Курилы, а также в обратном направлении доставляются морем и на морской транспорт приходится свыше 60% всего грузооборота. В области развиты рыболовство, рыбная и рыбоконсервная промышленность вблизи морских портов, охотоводство, машиностроение и металлообработка, производство стройматериалов, добывающая, деревообрабатывающая и лесозаготовительная промышленность, целлюлозно-бумажная, легкая и пищевая промышленность, имеются тепловые- и электростанции, нефтепровод, лесной промысел, оленеводство, сельское хозяйство и животноводство и многое другое. В промышленности занято 20% работающего населения и они дают 60% валового регионального продукта. На долю нефтегазового сектора приходится свыше 90% общего объема промышленного производства.

Помимо котиков, нерпы, каланов, морских львов и тюленей в области имеются и другие промысловые звери: лисицы, соболя, горностаи, росомахи, норки, выдры, ондатры, зайцы, белки, енотовидные собаки, медведи и др. К сожалению, к ним охранные мероприятия на деле, а не на бумаге не всегда применяются. Более того, в отношении к животным нередко доминирует жестокость. Так недавно на берегу Охотского моря беспомощного детеныша нерпы (ларгу) сахалинские дети забили палками, а вызываемые спасатели отказались приехать вообще. Кстати, жестокость по отношению к домашним и диким животным проявляется повсеместно во всей стране, что может говорить о выплескивании накапливаемого гнева на безобидных братьев наших меньших. Мать 13-летнего сына из Подмосковья признается, что растет садистом и живодером. Судя по всему, период, когда можно было не допустить развития садистских наклонностей, упущен, поскольку жестокость у детей всегда имеет внешнюю причину (насилие в семье, детском саду, в школе, дурные примеры близких и сверстников и др.). Об этом же говорится во множестве публикаций. Недавно под Москвой на глазах у многочисленных взрослых школьники зверски убили заблудшего маленького лисенка, а другом месте Подмосковья семья убила 6-летнюю приемную дочь и все вместе (родители и бабушка) лили «крокодиловы» слезы в связи с исчезновением ребенка. В Хабаровске группа молодых девушек жестоко расправлялись с безобидными щенками, собаками и

котами, вначале душив их с помощью шнурка, а потом разделявая их. Просто изверги какие-то. Вот таких нужно судить и нельзя подпускать на пушечный выстрел к социально-гуманным профессиям. В Москве ученики 8 класса изнасиловали свою сверстницу, в Новосибирске 13-летняя школьница (инициатор) и двое ее 16-летних друзей зверски убили пожилую женщину и ранили ножом ее 11-летнего внука. А вернувшаяся молодая мать чудом осталась живой. И все это, по версии полиции, ради грабежа. А агрессия, как правило, обусловлена воспитанием и возникает и накапливается нередко в связи незначительными обидами, с неподобающими условиями жизни и чрезвычайно полярными доходами и возможностями среди богатых и бедных.

Ранее школьное образование, и это было правильно, состояло из двух частей: обучения и воспитания. В связи с необходимостью натаскивания школьников на ЕГЭ о воспитательной части совсем забыли, и это еще не один раз аукнется. Все это происходит еще и потому, что у учителей в современной школе не остается времени на общение с детьми. А не приехавшие по вызову спасатели на Сахалине должны быть наказаны. Но в конце августа 2016 г. пришло сообщение о том, что сахалинские рыбаки (12 человек на 3-х кунгасах) в районе мыса Менапуцы в течение часа спасали из невода огромную восьмиметровую косатку. Значит, еще не все потеряно, и необходимо сосредоточить внимание на воспитании детей. А как на фоне спасенной косатки в открытом море выглядит смерть редких дельфинов и морского льва в Приморском океанариуме из-за халатности служащих, скармливающих млекопитающим тухлую рыбу и допустивших резкое загрязнение воды? За такие проступки следует сурово наказывать.

Численность населения области на 2016 г. - 487.3 тысячи человек (0.35% населения РФ) при том, что численность населения с каждым годом уменьшается (в 1986-1993 гг. - 715-720 тысяч, в 1998 г. - 647.8 тысяч, в 2010 г. - году переписи - 498 тысяч), в его составе 52% женщин со средним возрастом в 39.9 лет и 48% мужчин со средним возрастом в 37.8 лет. При этом доля женщин в структуре населения постоянно возрастает в связи с большей миграционной активностью мужчин и более высокой среди них смертностью. Это необходимо учитывать при прогнозе медико-демографических процессов, образования семей, рождаемости и т.д. В целом по стране средний возраст жителей составил 39 лет с наибольшей долей (61%), приходящейся на средний возраст в 20-59 лет. Доля детей систематически уменьшается (с 30.7%) в 1979 г. до 20.5%, несколько снизилась и доля пожилых в возрасте 60 лет и старше. На 1000 мужчин приходится 1170 женщин, однако прямое влияние войны на соотношение полов в старших возрастах постепенно сходит на нет. Население Сахалинской области постепенно стареет без притока молодежи, что требует несколько больших объемов медицинской помощи. Снижение численности относится как к городскому (на 220 тысяч с 1992 г.) так и сельскому (на 55 тысяч с 1989 г.) населению. Это обусловлено, в основном, отъездом людей на материк, хотя в 2004-2005 гг. 3 города (Горнозаводск, Чехов, Красногорск) и

25 поселков городского типа были преобразованы в сельские населенные пункты. Правда, тем, кто намерен купить или построить жилье на Курилах, выделяется ипотека без предварительного взноса и процентов. В девяти городах областного подчинения сосредоточено 66% населения области и на фоне уменьшения с 1992 г. численности жителей в 8 городах (Александровск-Сахалинский-с 19.4 тысяч на 10 тысяч, Долинск- с 15.9 тысяч на 4.5 тысячи, Корсаков- с 45.5 тысяч на 12.5 тысяч, Невельск-с 24.8 тысяч на 14.5 тысяч, Оха- с 37 тысяч на 16 тысяч, Поронайск- с 26.1 тысяч на 11 тысяч, Углегорск с 19.1 тысяч на 10 тысяч, Холмск- с 51.8 тысяч на 23 тысячи) число жителей в областном центре (Южно-Сахалинске) возросло на 30 тысяч человек, что говорит не только об отъезде, но и о перемещении людей. Плотность населения низкая, всего 5.59 человек на 1 кв. км с колебаниями от 1.5 человек на кв. км на севере Сахалина и Северных Курилах до 25 человек на кв. км на юге Сахалина при весьма неравномерном расселении и образовании ряда относительно густо населенных «кустов». Например, в южном кусте вокруг Южно-Сахалинска расположены Холмск, Корсаков, Долинск, Анива, Невельск, Горнозаводск, Быков, Чехов, чуть дальше- Томари. Значительно (в 4.4 раза) в области преобладает городское население и по состоянию на 2016 г. 81.6% жителей проживают в поселках городского типа и в городах, правда, в небольших, и только 18.4% - в селах и деревнях, что является признаком значительной урбанизации территории. Из почти 50 национальностей преобладают русские (86.5%), корейцы (5.3%), украинцы (2.6%) и татары (1%). Местных коренных народов, например, уйльта-ороков, нанайцев, орочей, остались единицы. Если не иметь в области программу демографического развития и сохранения малых народов, то их можно в недалекой перспективе потерять вообще. Практически отсутствует миграционный прирост, а естественный прирост вместо бывшего ранее отрицательным в последние годы колеблется возле нулевой отметки, поскольку и рождаемость и смертность также колеблются вокруг 13‰ (чуть больше или чуть меньше). Тем не менее, ОПЖ ежегодно постепенно растет и приблизилась к 70 годам.

Административно- территориально Сахалинская область состоит из 21 муниципального образования, включая 17 городских округов (в том числе Курильский, Северо-Курильский и Южно-Курильский), с центрами в виде городов и нескольких поселков городского типа (Ноглики, Смирных, Тымовское, Южно-Курильск), 1 муниципальный (Углегорский) район, город областного значения и подчинения, 2 городских поселения районного значения (Шахтерск, Углегорск), поселки городского типа и 1 сельский округ (Бошняковское сельское поселение Углегорского района). Сахалинская область с ее великолепным природным разнообразием как бы предназначена для массового, в том числе международного всесезонного туризма, развития курортных зон и для бальнеологического лечения. Вместе с тем, состояние городов и других населенных месит Сахалинской области оставляет желать лучшего. Так, во время рабочей поездки В.Матвиенко в столичный Южно-Сахалинск было обращено внимание на жуткие дороги, обшарпанные фасады

домов, отсутствие элементарного благоустройства, множество ненужной рекламы. И это при том, что доходная часть бюджета города составляет 20 млрд. руб. Вопрос- где деньги, Зин? В.Матвиенко потребовала от сахалинского губернатора навести порядок в городе. Но ведь там не один Южно-Сахалинск, а много городов, пусть более мелких, и поселков, которые также требуют к себе повышенного внимания.

Росздравнадзор провел репрезентативное социологическое исследование по оценке доступности и качества медицинской помощи в разных территориях России, включая Сахалинскую область, результаты которого представляют интерес и позволяют выделить болевые точки. 2.2% опрошенных сахалинцев удовлетворительно оценили свое здоровье и только 10% жаловались на плохое здоровье. Это говорит о том, что в относительно экстремальных условиях отбор продолжается, остаются наиболее здоровые и приспособленные, а не совсем здоровые уезжают. В случае нездоровья сахалинцы, в основном (65.2%), обращаются в поликлиники по месту жительства. Среди проблем здравоохранения опрошенные выделили высокую стоимость лекарств, недостаточное оснащение, рост платной помощи. Оказалось, что график работы поликлиник не удобен для 40% опрошенных, т.е. он не совпадает с графиком рабочего времени пациентов. Несмотря на то, что врачей- специалистов вроде бы достаточно, имеет место некоторый дефицит стоматологов, невропатологов, участковых терапевтов. Более, чем каждый пятый респондент, сталкивался с отказом в обследовании и лечении при госпитализации, в основном, это относилось к УЗИ, эндоскопии и функциональной диагностике. Больше всего в поликлинике ожидают приема у участкового терапевта (63,6%- до одного часа). К остальным врачам ожидание не превышает, в основном, получаса, правда, почти 5% пациентов ожидали приема стоматолога более 2-х часов. Выявлены трудности в вызове скорой медицинской помощи, хотя ею не пользовались 34% опрошенных. Эти трудности состояли в том, что либо СМП не выезжала и по телефону ограничивались рекомендациями, либо не было свободной бригады на месте. Если же вызов реализовывался, то в большинстве случаев он укладывался в 30 минут И хотя большинство респондентов (56%) отмечали, что платные услуги им доступны,, но для этого им нужно было себя ограничивать в питании, одежде и т.д. В 25.5% случаев приходилось неофициально доплачивать врачу за обследование и лечение, главным образом, деньгами и подарками. В результате 57,7% опрошенных частично или полностью не удовлетворены амбулаторной медицинской помощью. В стационарах неудовлетворенных несколько меньше- 49.8%. В целом сахалинцы выше оценивают медицинскую помощь и отношение к ним персонала в частных клиниках (удовлетворены-72.2% опрошенных), однако 75.3% считают, что оптимальной формой оказания медицинской помощи является бесплатная государственная медицина. Большинство опрошенных знакомы с системами ОМС и ДМС, однако, с жалобами предпочитают обращаться к главному врачу, а не в коммерческую страховую медицинскую

организацию. К профилактике и санитарно-гигиеническому состоянию ЛПУ опрошенные больших претензий не предъявляют.

В 2016 г. Минздрав РФ выпустил новые требования к размещению разных типов медицинских организаций в России. В документе записано, что рекомендации основаны на потребности населения. Со всей прямотой можем сказать, что это совсем не так, поскольку, как отмечалось, в течение многих десятилетий изучение потребностей населения в различных видах медицинской помощи не заказывалось и не проводилось. Значит, приведенные в документе рекомендации являются надуманными, среднепотолочными и именно так к ним и следует относиться. На самом деле в связи с особенностями Сахалинской области и относительно низкой доступностью медицинской помощи потребность в ней совсем иная, и это нужно учитывать. Например, один КДЦ рекомендуется размещать на 500 тысяч жителей, но, по нашему мнению, их в Сахалинской области должно быть по меньшей мере три: на севере и юге Сахалина и на острове Кунашир. Или станция СМП должна минимально обслуживать 12 тысяч населения, но в условиях Сахалинской области населения в расчете на 1 ССМП должно быть в 2-4 раза меньше. При том, что по официальным и неверным данным на одного врача в РФ приходится малое число населения, но все больные, с которыми имеет дело врач, страдают более тяжелыми заболеваниями или формами болезней, чем у их западных коллег, что требует больше времени на лечение и, тем самым, увеличивает потребность в количестве врачей. Отсюда следует, что проводимая политика сокращения числа врачей и других медработников является вредной для населения и страны в целом.

Нужно сказать, что во всем Дальневосточном регионе обеспеченность населения врачами снижается, что без отдельных нюансов обусловлено невозможностью обеспечить врачей благоустроенным жильем и достойным уровнем оплаты труда. На кадровую ситуацию влияют внешние и внутрисистемные факторы, которые подразделяются на несовершенство экономических отношений и неэффективность подготовки и распределения кадров. Внешние факторы- это снижение значимости и общественного престижа профессии врача, сокращение реального финансирования,, депрессивность регионов, снижение инвестиций, падение спроса, что ведет к снижению валового регионального продукта, слабость государственной кадровой политики. Внутренние факторы хорошо известны и связаны не только с дефицитом кадров, но и с их подготовкой и распределением. В Сахалинской области обеспеченность населения врачами (на 10.000) ниже, чем в целом по округу, тоже самое относится и к больничным койкам, хотя по официальным данным по объемам на 1 жителя стационарной, амбулаторной помощи, дневным стационарам и расходам консолидированного бюджета Сахалинская область не выглядит отстающей. Понятно, что специфика природных условий требует сверхнормативных ресурсов всех видов. Несмотря на дефицит населения в Сахалинской области отмечается один из самых высоких в ДФО уровень аборт в расчете на 100 новорожденных. Младенческая смертность вот уже в течение последних лет

стабилизировалась на уровне 6.1-6.2‰, что значительно ниже средних показателей по ДФО и в целом по стране. Возможно это связано с малыми цифрами родившихся и умерших новорожденных. Как считается, наиболее неблагоприятная ситуация с младенческой смертностью сложилась в Курильском (20.8‰), Тамиринском (17.7‰) и Александровск-Сахалинском районе (14.5‰). Однако все эти показатели вызывают большое сомнение, ибо на малых цифрах их рассчитывать нельзя. Среди причин младенческой смертности лидируют состояния перинатального периода и врожденные аномалии, далее следуют остальные причины. Без анализа и сравнений любых показателей, относящихся к населению, оценивать их нельзя. Например, среди детей до 14 лет в 1.5 раза сократилось число случаев ветряной оспы, на 19.7% число острых кишечных инфекций, на 9.3% число случаев педикулеза и т.д. Возникают вопросы, ну и что, хорошо это или плохо, много или мало, а сколько должно быть и т.д. Вот если бы эти данные сравнили с другими регионами ДФО или с какой-нибудь японской префектурой, то тогда по различиям стали бы видны резервы улучшения показателей. Согласно разработанной программе развития здравоохранения (не улучшения здоровья) Сахалинской области до 2020 г. за районным уровнем закреплены оказание амбулаторной помощи, в том числе ПМСП, а центры ОВП (семейной) практики предполагалось разместить во всех центрах сельских поселений. За районным уровнем закреплялись также СМП и мобильные бригады врачей, проведение углубленных осмотров, районные больницы и их оснащение телемедицинскими технологиями. К межрайонному уровню отнесены КДЦ, специализированные диспансеры, санавиация, многопрофильные больницы. К региональному уровню относятся КДЦ, специализированные больницы и высокие медицинские технологии. В области имеются передвижные флюорографии, 2 передвижные стоматологические поликлиники, используется гусеничная вездеходная техника. Мобильные стоматологические комплексы сформированы на базе автобусов ПАЗ и, начиная с 1 июля 2016 г., выезжают в районы. Стоматологическая помощь при этом бесплатна и доступна. Можно воспользоваться на сахалинской железной дороге совместным решением Минздрава РФ и РЖД о создании передвижных медицинских железнодорожных бригад. Большим достижением явилось открытие новой современной участковой больницы, хорошо вписанной в рельеф местности, на 25 коек и 60 посещений в смену в июле 2016 г. на острове Шикотан в селе Крабозаводское, где раньше был медпункт и стационар, размещавшийся в здании бывшего детского сада. Работают здесь 8 врачей, приглашенных с материка, им предоставили служебное жилье, и почти 30 медсестер. С соседних островов приезжают японцы и поражаются высокому классу больницы. Кстати, у островитян сложились нормальные отношения с японскими медиками и с 1994 г. в клиниках острова Хоккайдо Накасибецу, Кусиро и Немуро прошли бесплатное обследование немало детей и подростков, а взрослые жители прилегающих островов могут при желании пройти медицинское обследование в японских клиниках на платной или

бесплатной основе во время безвизовых поездок в Японию. По июльским данным 2016 г. две группы японских врачей, прибывших на теплоходе «Этопирика» в Южно-Курильск, провели обследования и оказали необходимую медицинскую помощь жителям островов Кунашир и Шикотан. В администрации Южно-Курильского округа поблагодарили японских специалистов за оказанную медицинскую помощь, которая распространяется только на так называемые «северные территории». По заявлению вице-премьера РФ Дворковича, вернувшегося из Киото в октябре 2016 г., Япония готова принять участие в модернизации здравоохранения нашего Дальнего Востока, включая Сахалинскую область. Речь идет не об организации медицинской помощи, а о малоинвазивной хирургии, новых медицинских технологиях и реабилитации, в чем японская медицина традиционно сильна. Все остальные материалы по Сахалинской области характеризуют систематическую и повседневную работу в сфере здравоохранения. Так, специалисты регионального Минздрава обсудили вопрос об аутсорсинге транспортных услуг СМП и пришли к выводу, что ни СМП, ни ее автопарк не будут переданы в частные руки. Наверное их вдохновил Поволжский опыт, когда новые автомобили СМП были переданы на обслуживание в частный автопарк. Там автомашины раскурочили и использовали в своих целях, а по звонку диспетчера СМП предоставляли их для обеспечения вызовов с большим запаздыванием. В Аниве прошла встреча с пожилыми жителями по проблемам здравоохранения; Озерскую больницу в Корсаковском районе намерены использовать для реабилитации и медицинского ухода за лицами старшего возраста; к осени 2016 г. планируют включить поликлинику №1 Южно-Сахалинска в состав прекрасно оснащенного КДЦ, где укомплектованность медицинскими работниками составляет 80%; в Макаровской ЦРБ назначили нового главного врача; в Корсакове общественность, поддержанная местной ЦРБ, поднимает вопрос об организации хосписа; в августе 2016 г. родители протестовали против снижения объемов детской стоматологической помощи из-за дефицита врачей-стоматологов и зубных врачей; министр (бывшая) здравоохранения области А.Любимова в конце июля 2016 г. дала неудовлетворительную оценку работе смирныховской поликлинике; в селе Яблочном Холмского района принято решение не закрывать амбулаторию и в 2017 г. под эту амбулаторию будут приспособлены две спаренные квартиры и т.д. В общем, такая же текущая работа, как и в здравоохранении всей страны. Правда, в октябре 2016 г. в области произошла смена министра и новым министром здравоохранения назначен коренной житель Сахалина А.К.Пак, который сразу обозначил свои приоритеты по обеспечению доступности (строительство ФАПов, выездные бригады, доставка жителей отдаленных поселений на обследования и консультации), по улучшению качества медицинской помощи и развитию специализированных ее видов, по решению кадровых проблем, по борьбе с мздоимством и т.д.

Медицинские учреждения относительно равномерно с учетом плотности населения распределены, при этом насчитываются 22 учреждения

областного подчинения, в том числе больницы, диспансеры, центры, филиалы, санатории и другие, сосредоточенные, в основном, в городах. Кроме того в области имеются две городские больницы, 12 поликлиник (для взрослых, детей, стоматологическая), 9 участковых больниц, 15 ЦРБ, 6 амбулаторий, 3 дезинфекционные станции, 6 центров санэпиднадзора, скорая медицинская помощь и ее отделения, 5 санаториев и другие. Небольшая часть учреждений являются негосударственными и частными. Отдельно стоит выделить Сахалинскую дорожную больницу, входящую в сеть негосударственных медицинских учреждений ОАО РЖД. В городском округе «Южно-Сахалинск»- 20 медицинских учреждений, в том числе больницы, поликлиники, санатории, КДЦ (консультативно-диагностический центр), станция скорой помощи, родильный дом, Синегорская участковая больница, амбулатория села Дальнее. В Корсаковский городской округ помимо поликлиник и ЦРБ входят три сельские участковые больницы (Пихтовое, Новиково, Лесное). В Холмский городской округ входят больницы (ЦРБ, психиатрическая, водников), Чеховская амбулатория, противотуберкулезный диспансер. Остальные больницы и амбулатории расположены в других округах. На Курильских островах расположены 3 ЦРБ (Северо-Курильская на 50 коек с поликлиническим отделением на 150 посещений в смену, Курильская также на 50 коек, но с числом амбулаторных посещений- 60 в смену и Южно-Курильская на 50 коек с числом амбулаторных посещений- 90 в смену), при том, что Курильская ЦРБ и Южно-Курильская ЦРБ обеспечивают медицинскую помощь не только для жителей базового поселения, но и для ряда других поселений, в том числе Рейдово, Горячие ключи, Горное, Малокурильское, Головино, Крабозаводское. При каждой ЦРБ имеются бригады скорой медицинской помощи. Однако трудно себе представить, как это все происходит в местных островных, изолированных и гористых условиях.

В областном центре расположен базовый медицинский колледж с филиалом в Александровске- Сахалинском. Укомплектованность кадров составляет лишь 66% и, поскольку врачебное образование сахалинцы получали в материковых вузах (не все из них возвращаются обратно), было принято решение о создании в Южно-Сахалинске филиала Тихоокеанского государственного медицинского университета из Владивостока. Для этого необходимы дополнительные учебные помещения, аудитории, подготовленные педагоги и многое другое. Это со временем позволит проводить усовершенствование и переподготовку по проблемам ПМСП прямо на Сахалине. Кроме того, предполагается развитие в области не только дистанционного консультирования, но и дистанционного обучения. Дистанционное обучение должно быть подконтрольным, поскольку оно нередко может быть коррупционным и готовящим фиктивных специалистов. Поэтому часто получается, что ЕГЭ в действующем варианте и только дистанционное обучение в ВУЗах, в том числе достаточно сомнительных, полностью дискредитирует всю и без того дефектную систему образования в стране. Такая не очень подробная характеристика области необходима для

понимания специфичности условий в плане организации системы охраны здоровья и организации оказания медицинской помощи населению.

Показатели (индикаторы) для включения в систему мониторинга по Сахалинской области

1. Демографические и медико-демографические показатели (годовые)

В динамике за 1989, 1992, 1995, 1998, 2001, 2004, 2007, 2010, 2015 и последующие годы

Численность населения (общая, городское, сельское, мужчины-женщины, возрастная структура по трем группам- дети и подростки, трудоспособные, пожилые), демографическая нагрузка, доля занятых в реальной экономике, потери трудового потенциала. Численность женщин по фертильным возрастам (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39) Рождаемость- интенсивные показатели и абсолюты, в том числе полностью здоровыми новорожденными. Суммарный коэффициент рождаемости, число рождений на 1 женщину фертильного возраста.

Младенческая смертность в абсолютных цифрах (общая и по причинам- состояния перинатального периода, врожденные аномалии, болезни органов дыхания, внешние причины, перинатальная, неонатальная и постнеонатальная смертность). Синдром внезапной смерти младенцев (или респираторный дистресс) на фоне полного благополучия, предупреждение которого зависит от недопущения сна младенца на животе.

Абсолютное число аборт (по возрасту матери и срокам беременности, запланированных, вынужденных и спонтанных)

Материнская смертность в абсолютных (общая, дородовая, в период родов, в послеродовом периоде, от травм, кровотечений, эмболий)

Общая смертность- интенсивные и экстенсивные показатели и абсолюты (по трем возрастным группам, по полу, по месту смерти- к медучреждению, на дому, вне дома, по причинам –БСК, рак, внешние причины, болезни органов дыхания, инфекции и прочие). Число суицидов, в том числе среди детей и подростков. Ожидаемая продолжительность жизни на территории, индекс ДАЛИ.

Летальность (в больницах, послеоперационная, на дому после выписки, от перечисленных выше заболеваний по отношению к числу заболевших)

Одногодичная выживаемость (в %) от инфарктов, инсультов, рака мозга, желудка, легких и бронхов, пищевода и кишечника, поджелудочной железы, матки, крови) 5-летняя выживаемость от визуальных форм рака-молочной железы, прямой кишки, простаты, кожи, шейки матки)

Заболеваемость общая и впервые выявленная, в том числе по результатам профосмотров (БСК, рак, болезни органов дыхания, нервные болезни, эндокринные болезни, внешние причины, прочие)

Кариес у 14-15 летних детей. Число посещений на 1 случай заболевания у стоматологов (хирургов, терапевтов, ортопедов и ортодонтотв). Результаты лечения.

Распространенность вредных привычек в %- курения, алкоголя, нарко- и токсикомании (в целом и отдельно среди детей и подростков и беременных женщин)

2. Территориальные показатели деятельности здравоохранения.

ВВП (динамика), реальные доходы населения, индекс потребительских цен, конечное потребление домашних хозяйств, реальный размер пенсий, доля «экономики знаний» (наука, образование, охрана здоровья, оказание медицинской помощи, информационные технологии) в ВВП

Динамика финансирования здравоохранения, из разных источников- указать (в абсолютных, в % от ВВП и в расчете на душу населения), какова доля финансового разворота в сторону к ПМСП.

Восстановлено ли муниципальное здравоохранение, что ему передано и какие финансовые средства

Численность различных учреждений здравоохранения (больничные-участковые, районные, ЦРБ, городские, областные, в том числе высокотехнологичные, амбулатории и поликлиники, СМП, ОВП и другие, их мощность и занятость). Численность негосударственных (в т.ч. частных клиник) и доля объемов их деятельности в общих объемах.

Обеспеченность населения в абсолютных и интенсивных показателях: больничными койками, врачами ведущих специальностей (ВОП, участковый терапевт, участковый педиатр, хирург, акушер-гинеколог, невропатолог, кардиолог, окулист, ЛОР), средним медперсоналом (медсестры, фельдшеры, акушерки, зубные врачи) и парамедиками. Наличие санитарных дружин, санитарного актива и попечительских советов. Санитарно-просветительская работа- число лекций и бесед, число прекративших в течение года курение, потребление алкоголя и наркотиков, перешедших на рациональное питание и занявшихся физической активностью. Число госпитализаций (в %) и число посещений на 1 жителя в год. Все это в сравнении с потребностями населения и с результатами деятельности

Число восстановивших (на сколько процентов- 5,10, 30, 50, 75, 100, без перемен, с ухудшением) утраченное здоровье и трудоспособность (заполняется лечащим врачом стационара, подтверждается заведующим и ВОП, к которому пациент поступает под наблюдение после выписки. За искажение налагаются административные и штрафные санкции).

Оперативная активность службы по экстренным медицинским показаниям- внематочная беременность, острый аппендицит, ущемленная грыжа, перитонит, острый панкреатит, острый холецистит, инфаркт миокарда и т.д. (по срокам доставки в стационар от начала заболевания- до 6 часов, 6-12 часов, 12-24 часа, свыше 24 часов, частота послеоперационных осложнений и отдаленные результаты лечения).

3. Показатели деятельности отдельных служб.

Количество вызовов СМП (общее и распределенных по срокам-до 20 минут, 20-30 минут, 30-60 минут и свыше 1 часа и по основным поводам к вызову- плохо с сердцем, кровотечение, высокое или низкое давление, высокая температуры, боли в животе, резкая общая слабость, нарушение координации, психические расстройства и другие а также частота совпадений поводов и результатов вызова), результаты оказания СМП (стало лучше, оставлен на дому, транспортирован в стационар, передан под наблюдение в амбулаторию и т.д.)

Число пациентов принятых ВОП, участковым терапевтом и участковым терапевтом отдельно, число направленных от них пациентов к врачам-специалистам

Удовлетворенность пациентов и частота жалоб по видам помощи.

Работа амбулаторий, поликлиник: число посещений в расчете на одно обращение, в том числе первичных и с профилактической целью к врачам (терапевтам, педиатрам, стоматологам, хирургам, невропатологам, окулистам, ЛОР и др), результаты посещений- назначены обследования, консультации, лечение, реабилитация.

Занятость коек в году по профилям, по ним же средние сроки пребывания, оборот коек, средние сроки лечения по основным заболеваниям, исходы лечения (совпадают с п. 4 раздела 2.

Число диагностических исследований (по видам) на 1 пациента в год, число переливаний крови и объемы перелитой крови и кровезаменителей. Результаты.

Число пациентов, получивших физиотерапевтическое лечение, и его отдаленные результаты.

Количество и % больных, в том числе с орфанными заболеваниями, получивших лекарства бесплатно по рецепту врача, в том числе из группы жизненно важных препаратов.

Естественно, это список не является окончательным и может быть изменен в сторону замены, сокращения или расширения.

Раздел 2. Первичная медико- санитарная помощь

При разработке стратегии развития системы охраны здоровья и оказания медицинской помощи Сахалинской области, как и в любой другой территории, нужно иметь в виду следующие приоритетные направления:

- значительное улучшение здоровья населения и резкое снижение потерь в здоровье путем повышенного внимания ко всем аспектам охраны здоровья (бедность и здоровье, питание и здоровье, питьевая вода и здоровье, условия жизни и труда и здоровье, окружающая среда и здоровье и т.д.)
- здоровье детей и женщин детородного возраста
- массовая социальная (первичная) профилактика болезней

-широкое развитие первичной медико-санитарной помощи и ее институциональной основы- общей врачебной практики

В развитых странах мира основой здравоохранения является первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), от правильно организованной деятельности которой зависит эффективность, т.е. соотношение результатов и затрат, всех остальных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и медицинских служб. Это ключевая проблема здравоохранения и поэтому ПМСП во всем мире является приоритетом №1. Однако государственные органы в России по-прежнему отдают предпочтения центрам высоких медицинских технологий и стационарной помощи в целом, не понимая, что ведущие проблемы лежат в сфере организации здравоохранения и, в частности, в ПМСП, от степени развития которой частично зависит здоровье и удовлетворенность пациентов, эффективность всех последующих уровней здравоохранения и целесообразность государственных затрат. Проблемой развития ПМСП и общей врачебной практики я заинтересовался во время работы врачом на селе (в середине 1960-х годов), когда ознакомился с военно-медицинской доктриной, познал суть комплексной работы участковой больницы, ФАПов и колхозных родильных домов, когда задумался об ответственности врача и о перспективах развития здравоохранения на селе. Затем в моей кандидатской диссертации, посвященной организации приема больных в городских поликлиниках, на больших массивах информации в различных климато-географических зонах страны были выведены общие закономерности посещаемости по часам дня, дням недели и сезонам года, а также перемещения больных внутри поликлиник, что было крайне необходимо для планирования работы поликлиник. Для этого при входе каждому посетителю поликлиники выдавался талон, где отмечался весь последовательный маршрут движения пациентов с указанием времени их прихода и ухода в поликлинику; с секундомерной фиксацией затрат времени заполнялись соответствующие формализованные карты у окон регистратуры (зачем пациенты пришли), в регистратуре (что для них было сделано), у лечебно-диагностических кабинетов (причины посещения и время ожидания) и внутри них (как пациентов обследовали и лечили с назначениями и временными затратами по формализованным видам действий). Всего было обработано 220 тысяч посещений с выдачей соответствующих организационных предложений. Так, было установлено, что больные из кабинета невропатолога чаще всего направлялись к окулисту (первые изменения сосудов определялись на глазном дне), а эти кабинеты размещались на разных этажах. Работа была выполнена во ВНИИ им. Н.А.Семашко. Все данные подбирались на одно лицо и обрабатывались на ЭВМ Минск-22. В результате были обоснованы не только основные закономерности посещаемости, но и выданы соответствующие рекомендации по организации, управлению и планированию поликлинической помощи. Потом было участие в 3-х проектах ТАСИС по РФ и в одном проекте ТАСИС по Украине, участие и выступления на международных конференциях и семинарах по ПМСП в

Андорре, Мадриде, Ричмонде (США), Лидсе, Мельбурне, Стокгольме, Гааге и в других городах. Буквально пропахал я эту проблему в Великобритании, Испании, Дании, Швеции, Финляндии, США, Бельгии и т.д., читал лекции на эту тему в качестве визитинг- профессора в российских и зарубежных университетах, на семинарах, курсах обучения. Регулярно слежу за отечественными и зарубежными публикациями по проблеме, рассматриваю ПМСП и ОВП не только со всех позиций их правильной организации, но гораздо шире, увязывая их с общей реформой охраны здоровья и организацией медицинской помощи, с вопросами стратегического развития. Был научным руководителем, консультантом и оппонентом по ряду диссертационных работ по этой теме, участвовал в подготовке некоторых приказов Минздрава, в разработке методических материалов и т.д. Являюсь действительным членом Международной организации по семейной медицине (WONCA). Несмотря на прилагаемые усилия, в стране, да и в мире тоже пока не сложилось целостное представление о том, как правильно должна быть организована ПМСП, какая ее модель является наилучшей, хотя в отдельных странах смогли к ней приблизиться по отдельным аспектам.

В последнее время значение ПМСП стало по касательной доходить и до Минздрава РФ вместо приоритетного развития дорогостоящих центров высоких медицинских технологий и приобретения сложной, дорогой и требующей постоянно расходных материалов и систематического обслуживания медицинской техники, для чего соответствующим приказом создана группа для разработки основных положений ПМСП. Данный приказ, равно как и приказ Минздрава РФ « Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (детство было исключено по настоянию проф. Рошалья Л.М.), как и разработанные медицинские стандарты, полностью не соответствующие уровню и задачам ПМСП, появился в развитие не совсем проработанного ФЗ №323-ФЗ (статья 32).

Этому предшествовали проведенные в 1990-е годы в разных регионах РФ соответствующие проекты ТАСИС по ПМСП (С-Петербург, Самара, Екатеринбург, Карелия, Московская и Белгородская области и другие), Екатеринбургская программа «Земский врач», принятый в Карелии закон о ПМСП. Однако, к сожалению, правильного понимания того, что на самом деле должна представлять собой ПМСП, ни в Минздраве РФ, ни в стране в целом до сих пор нет, о чем свидетельствуют разработанные федеральная программа «Земский доктор», которая продлена до 2017 г., московская частная программа «Доктор рядом», проект частной компании «Группа Евромед» под названием «Полис. Участковые врачи», целая серия приказов, инструкций и публикаций. В достаточно продвинутой частной московской клинике Global Medical System (GMS-clinic), имеющей основательные международные контакты, семейные врачи стажировались в США, и потому они лишь частично представляют себе действительный объем и характер работы в ПМСП. Дело в том, что в США имеются далеко не лучшие примеры общей врачебной практики, гораздо лучшие образцы представлены в

Великобритании, Нидерландах, Испании и даже в скандинавской модели. И все равно, все они, независимо от привлечения бюджетных или частных средств, сводятся к созданию офиса и направлению туда врача, который должен вести первичный прием больных без учета современных представлений о ПМСП, о том, какой там должен быть врач, с какими знаниями и какой подготовкой, чем он и персонал ПМСП должны заниматься и т.д. А в понимании GMS-clinic ВОП или семейный врач это, прежде всего, менеджер здоровья человека (а не организатор ПМСП) и отличный диагност, что, по-моему, неплохо, но не обязательно. Даже в период (2004-2006 гг.) выполнения проекта ТАСИС по разработке медицинских стандартов в первичной медико-санитарной помощи, в том числе в трех областях Украины (Харьковская, Житомирская и Полтавская) с участием большой группы международных экспертов, ПМСП не была представлена в полном виде. Об этом я могу судить как эксперт того проекта. Фактически ПМСП- это совсем иная медико-социальная психология и другая, непривычная для нас, но более эффективная форма организации медицинской помощи. В медицинских ВУЗах нас учили, не только тому, что истории болезни пишутся для прокурора, но и тому, что главное- это поставить правильный диагноз, а затем подобрать адекватное лечение, в том числе методом проб и ошибок, поскольку доказательная медицина тогда еще не появилась.

Для того, чтобы поставить правильный диагноз и выверить его нередко приходится больного направлять на дополнительные обследования и уточняющие консультации. На это уходит время, а ведь развитие болезни на этот период не останавливается. Поэтому в своей клинической деятельности врач общей практики является не нозологическим, а синдромальным врачом, и начинает решать проблемы пациента с первого же контакта с ним, еще до постановки диагноза. Например, снять боль в спине, а затем разбираться в причинах этой боли. Больной ведь не скажет, что у него язвенная болезнь, а сошлетя на синдроматику, например, на голодные ночные боли, успокаивающиеся после дробного приема пищи. Поэтому медицинские стандарты и клинические протоколы на ведение пациентов в ОВП должны начинаться с наиболее часто встречаемых синдромов (а таких- не больше 25). Кстати, врачам клинических специальностей (а уж тем более экономистам, финансистам и математикам) самой сути ПМСП не понять и никогда не прочувствовать из-за лечебно-диагностических шор на глазах и приверженности к более ясной стационарной помощи, что подлежит формальному пониманию с позиции теории массового обслуживания с ее потоком заявок и приборами их обслуживания. Это значительно суживает кругозор и не способствует системному медико- организационному мышлению. У них вроде с логикой все правильно и достаточно просто: есть больной с жалобами и диагнозом и его нужно лечить. А для этого нужен врач. Между ними возникают какие-то отношения. В качестве примера приведем известного, весьма грамотного, опытного и эрудированного врача и

телеведущего профессора Л. Мясникова, которого иногда ошибочно заносит в медико-организационные дебри.

И это же четко прослеживается на примере действующего Федерального закона № 323-ФЗ, в котором ПМСП делают то доврачебной, то специализированной (противоречия в статье 13, п.19 и в статье 31, п.5) и потому статьи 31 и 32 являются ошибочными. В приказе Минздрава РФ № 543 от 15 мая 2012 г. с изменениями от 30 сентября 2015 г. об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению перепутаны представления о ПМСП, в частности, в п.10 говорится о первичной доврачебной медико-санитарной помощи (хотя ПМСП всегда является врачебной), о первичной специализированной медико-санитарной помощи, что свидетельствует о том, что в Минздраве РФ под ПМСП ошибочно понимают всю амбулаторно-поликлиническую помощь. Между тем, это совершенно разные вещи и согласно принятым мировым канонам, вся врачебная помощь делится на ПМСП (или амбулаторную помощь общего типа) и на специализированную (амбулаторную и стационарную), включая высокотехнологичную дорогостоящую помощь. В разработанных Минздравом РФ для уровня ПМСП медицинских стандартах есть немало относящихся к конечной стадии различных онкологических заболеваний. Кроме того, в перечне критериев качества оказания медицинской помощи, разработанным Минздравом РФ, содержатся практически невыполнимые требования постановки предварительного диагноза уже при первом контакте врача с пациентом и противоречивые требования в отношении постановки окончательного диагноза амбулаторному пациенту в 10-дневный срок. Во-первых, ВОП- это не нозологический врач и при первом контакте он ориентируется (и это правильно) на синдроматику. Во-вторых, а как быть с периодическими медицинскими осмотрами (но не с их приписками), так как Минздрав РФ намерен использовать кратковременный и разовый осмотр для изучения заболеваемости, что требует постановки окончательного диагноза при первом же контакте. Разве можно за один кратковременный контакт поставить такие диагнозы как диабет, рак, гипертония, язвенная болезнь и другие? Или, что еще большая глупость, заболеваемость определять по предварительным диагнозам, установленным при периодических профилактических осмотрах. В общем, Минздрав РФ достаточно часто выпускает документы, достойные бывшего ранее журнала «Крокодил», противоречащие друг другу и логике организации медицинской помощи, и мы об этом многократно писали. В приказе Минздрава Московской области № 1718 от 17.08.2016 г. «Об организации работы кабинетов врача общей практики (семейного врача) в государственных учреждениях здравоохранения Московской области» подчеркнуто, что ОВП является обособленным структурным подразделением, утвержден минимальный набор оборудования, приведен рекомендуемый набор помещений вне основного медицинского учреждения. Наряду с позитивными положениями данного приказа, следует отметить, что в нем ничего не говорится о ПМСП и, как

всегда, ВОП рассматривается лишь с лечебных позиций без представления сути его подготовки и особенностей работы.

В условиях стационара, согласно приказу Минздрава РФ, предварительный диагноз должен быть установлен в течение 2 часов от момента госпитализации, а окончательный - не позднее 3-х суток. А больным, госпитализированным по экстренным медицинским показаниям, окончательный диагноз должен быть установлен в 24 часа. За это время больной, нуждающийся в срочной помощи, пока ему будут ставить диагноз, может умереть. Ранее учитывалось время до 6 часов от начала заболевания, а не от сроков госпитализации, что далеко не одно и то же. Первый раз заведующий отделением по приказу может осмотреть в палате поступившего больного на 2-е сутки, т.е. существовавший ранее ежедневный обход отменяется, также как осмотр при поступлении в отделение с соответствующими назначениями.

Вот и получается, что ранее технологический уровень развития медицины и ее возможностей в стране был гораздо ниже, чем сейчас, а организация медицинской помощи была лучше, поскольку ею занимались не дилетанты, а профессионалы. Тем более, что в здравоохранении существует выраженная специализация и врач-проктолог, скажем, не будет лечить болезни сердца. Так почему же считается, что каждый врач должен что-то понимать в совершенно отдельной и самостоятельной специальности - в общественном здоровье и в организации здравоохранения. Ведь не каждый болельщик-любитель может быть футбольным тренером. Более того, Минздрав РФ пытается медицину как науку, искусство (т.е. умение мыслить клинически в непростых ситуациях) и ремесло свести только к ремесленническим навыкам и уложить их во временное прокрустово ложе медицинских стандартов, регламентируя во времени каждое действие. К качеству помощи, на что поначалу рассчитывал Минздрав РФ, эти регламенты не имеют никакого отношения. Такие ограничения могут лишь вызвать неприятие со стороны врачей и их отток из специальности или мест работы.

Для того, чтобы привлечь врачей к работе в ПМСП используются, в основном, финансовые механизмы, а не профессиональные интересы. Например, в действовавшем ранее приоритетном проекте «Здоровье» предусматривалось повышение зарплаты врачам первичного звена (участковым терапевтам, участковым педиатрам и ВОП) на 10 тысяч рублей, а работающим с ними медсестрам на 5 тысяч рублей, видимо, совершенно необоснованно рассчитывая на переток кадров из специализированной медицинской помощи в первичное звено. Но оказалось, что не едиными деньгами жив человек.

Особенно это следует из неправильно названной программы «Земский доктор» (земства как эффективной системы местного самоуправления, к сожалению, давно нет), на реализацию которой выделены немалые средства. Согласно не вполне грамотного ФЗ №326 (часть 12 статьи 51) врачам до 50 лет, прибывшим работать на село или в поселок, должна быть осуществлена единовременная выплата в 1 млн. рублей, 60% из которой выделяет фонд

ОМС, остальные- местный бюджет. Наивно предполагалось, что таким образом можно решить проблему дефицита врачей в сельской местности, где проживает почти 26% населения страны. Некоторые из врачей, купившиеся на завлекающие обещания, утонули в судах, добиваясь положенных выплат. Другие врачи, получив деньги и увидев условия работы, сбежали в города и областные центры, надеясь там получить работу. Даже обещание после двух лет работы врачами общей практики дать им направление в ординатуру и разрешение дежурить на дому не смогло их остановить. И только небольшая доля врачей закрепилась в сельской местности. По весьма оптимистичным оценкам число всех врачей на селе (не только в первичном звене) за 5 лет с 2011 г. возросло на 21.5%, что крайне недостаточно, особенно на фоне их тотального дефицита. Это все произошло по многим причинам, среди которых главная- это желание откупиться от проблем пациентов и врачей вместо того, чтобы ими систематически заниматься и создать профессиональную привлекательность в правильной организации ПМСП, работать в которой, как и во многих странах, должно быть престижно. Ведь врач общей практики это ключевой и основной врач для пациентов. Вместо подъемных, помощи в переезде, в предоставлении жилья, оплаченных коммунальных услугах, помощи в развитии приусадебного хозяйства, льготного кредитования, создания условий для повышения квалификации и творческого роста врачей, поддержки детей врачей, создания условий для интересной профессиональной деятельности и творческого профессионального роста и т.д. предусмотрено разовое выделение 1 млн. рублей, а всем остальным врач должен заниматься сам. Тем самым государство как бы откупается от значимой для страны проблемы. Точно также государство откупилось материнским капиталом от беременных вместо систематического, комплексного и длительного решения проблем материнства и детства; ведь легче и проще осуществить разовые выплаты, чем систематически заниматься матерями и их детьми. Аналогичным образом с социально-экономической поддержкой необходимо решать проблему дефицита среднего медперсонала. В последнее время свыше 1000 врачей привлечены к работе в Подмосковье, в том числе 250 участковых терапевтов. А это значит, что они убыли из других территорий и такое вот перетягивание канатов проблему дефицита врачей в стране не решит.

В целом на программу «Земский доктор», действующую с 2012 г., планируется на ближайшие три года выделение 3.2 млрд. рублей, однако компенсационные выплаты врачам предполагается значительно сократить. Оплата по программе на 60% осуществлялась из федерального бюджета и на 40% из бюджета регионов, где средств для этого практически нет. Программа оказалась почти полностью провальной.

Аналогично провалилась программа привлечения врачей на село за достаточно приличную сумму в 15 тысяч евро в Эстонии, что несколько больше 1 млн. рублей. По эстонской программе врач должен проработать в выбранном месте 5 лет на полную ставку без права подработки в других медицинских учреждениях, а в случае смены места работы- вернуть все

полученные средства в полном объеме. Однако с 2012 г. никого из молодых врачей не удалось привлечь к работе в провинции. Эстонские врачи с гораздо большей охотой уезжают работать за рубеж, в первую очередь, в Германию, Великобританию и Скандинавские государства. К тому же эстонские медики стали достаточно часто бастовать в связи с недостаточной зарплатой, переработками, недостаточными отпусками, с проблемами в повышении квалификации, низкими заработками медсестер на СМП и семейных врачей. В ряде территорий страны (Ульяновская и Волгоградская области, Алтайский край, Республика Бурятия) работает программа «Земский фельдшер», привлекающая за единовременные выплаты в 500 тысяч рублей фельдшеров и акушерок в сельскую местность.

По самым скромным оценкам в российском здравоохранении не хватает 115 тысяч врачей и медсестер, хотя на самом деле их дефицит значительней, и даже ставится вопрос о том, как вернуть врачей в государственные больницы из частной медицины. Дефицит врачей участковой службы достигает 30%, а ВОП в стране всего менее 10 тысяч. В общей сложности у нас насчитывается 43 врача на 10000 населения (всего-540 тыс. врачей), что кажется неплохим показателем в сравнении с другими странами, и по обеспеченности врачами мы находимся на 6 месте в мире. В США- 27 врачей на ту же численность населения, во Франции-32, в Германии-39. Но врач у нас и у них- совершенно разные понятия. А по ОПЖ мы занимаем 129 позицию, что не подобает такой стране, как Россия. Ежегодно медицинские вузы заканчивают несколько десятков тысяч человек, треть из них в силу отсутствия системы предварительного отбора вообще уходит из профессии, а остальные пытаются устроиться в городских частных клиниках. Вместо распределения выпускников введенная запретительная система, не позволяющая выпускникам в течение 5 лет работать в частных клиниках, оказалась мало эффективной. Между тем, решение проблемы распределения выпускников, как и многих других проблем здравоохранения, лежат на поверхности, только этим нужно серьезно заниматься.

Примерно тоже самое можно сказать и о московской коммерческой программе «Доктор рядом», которую возглавил мало что в ней понимающий математик-финансист, хотя владельцами ее являются В.Гурдус и Л.Меламед. Помещения на первых этажах жилых зданий в Москве будут выделяться на тендерно-торговой аукционной основе и льготных условиях (1 рубль за 1 кв.м. сроком на 20 лет). В 2016 г. в Москве выставлены на торги 4 помещения на льготных условиях. По сути это должна быть ПМСП с врачом общей практики. Важно то, что на содержание этих частных коммерческих клиник идут не только средства ОМС, но и деньги из бюджета, составляющие 20.7% от общего объема их финансирования. Но главное здесь –коммерческие интересы, поскольку сверх установленного порога приема пациентов можно оказывать платные медицинские услуги и направлять пациентов на консультацию в свою частную коммерческую клинику. В данном случае не следует ожидать, что увеличение ресурсов неизбежно приведет к улучшению содержания работы и лучшему качеству.

Недостающие объемы медицинской помощи планируется закупать (!) на стороне.

И хотя частные клиники по Конституции РФ входят в национальную систему здравоохранения, они могут подвести в любой момент (самостоятельно закрыться, преобразоваться, перепрофилироваться, самоликвидироваться по множеству причин, объединиться- разъединиться), что повлияет на оказание медицинской помощи. Этим озабочен и Минздрав РФ, который намерен проводить независимую проверку качества медицинской помощи в частных клиниках, в первую очередь, работающих в системе ОМС. По разным причинам частные коммерческие или некоммерческие клиники не должны быть основой здравоохранения в РФ, они могут служить дополнением (реже- конкурирующей альтернативой) медицинской помощи в государственных ЛПУ; благодаря своему оснащению они могут заниматься (разрабатывать, апробировать) новыми медицинскими технологиями и в целом предоставлять до 10% объемов всей медицинской помощи (сейчас- до 6%). Даже при условии финансирования за счет ОМС частные клиники всегда найдут возможность получить деньги непосредственно от пациентов. Кстати, как и страховые медицинские организации, частные клиники являются коммерческими (за рубежом они не коммерческие), естественной и главной целью которых является получение прибыли, под какими бы благими намерениями и обещаниями она не камуфлировалась. В упомянутых офисных помещениях должны работать как бы ВОП, подготовкой которых предполагают заняться позднее на базе полностью не готовых именно для этого кафедр и институтов.

Если сейчас в стране ВОП меньше, чем 10 тысяч, то количество участковых терапевтов с 2008 г. (их было почти 40 тысяч) ежегодно уменьшается и число их составило чуть больше 30 тысяч, что крайне недостаточно. При этом участковые врачи в 40% случаев направляют первичных пациентов к врачам-специалистам, которых также не хватает, что создает очереди. Электронные записи на прием их не ликвидируют, поскольку очереди из регистратур ЛПУ перемещаются в виртуальное пространство.

Как должна быть правильно организована ПМСП, пока является большой загадкой для медицинских чиновников, что ведет к полной дискредитации прогрессивной системы. Из изложенного следует, что не все пока еще упирается в деньги, тем более в социальной сфере, которая должна быть под протекцией государства и даже без намека на рыночные отношения, средства на которые опять либо не туда потратят, либо разворуют. Этому есть множество примеров. Так и в прошлые времена маломощные сельские больницы и небольшие роддома были полностью нерентабельными, но тогда исходили из их медико-социальной значимости и целесообразности, а не из экономической составляющей. С того момента, как здравоохранение стали рассматривать не как социальную, а как экономическую систему, рентабельность стала определяющей. На самом деле главное заключается в

правильной организации всей системы здравоохранения и, в частности, ПМСП.

В Великобритании, например, в 2016 г. на базе Royal London Hospital открылась социальная и бесплатная клиника- роддом, которая будет принимать беременных женщин - жертв изнасилования. Для них предусмотрены специальные тренинги, курсы для беременных, консультации разных специалистов, психологическая и юридическая поддержка. Планируется создание подобных отделений и в других больницах страны. Это один из многочисленных примеров социального, а не экономического (рыночного) подхода к решению возникающих у пациентов проблем в развитой капиталистической стране с государственно-бюджетной и бесплатной системой здравоохранения. Сам принцип чрезвычайно важен для нашей страны, поскольку ничего подобного у нас нет.

Нужно, наконец, определиться на перспективу с моделью отечественного здравоохранения, поскольку созданная система ОМС состоит только из одних крупных недостатков, ибо государство государственные же средства направляет в государственные ЛПУ (а их 96%) через частных коммерческих посредников- страховых медицинских организаций, главной целью которых является получение прибыли (бизнес на болезнях). У нас в стране все страховые организации, независимо от вида занятий, являются частными коммерческими и потому их главной задачей является не помощь людям, а, как отмечалось, получение прибыли. Кроме того, владельцы многих страховых организаций, равно как и ряда аптечных сетей, находятся за рубежом, куда уходит немалая часть прибыли и где платятся налоги.

Почему бюджетная модель здравоохранения является более привлекательной для государства, отрасли и населения?

1. Повышается ответственность государства за охрану здоровья, поскольку государство наряду с гражданами заинтересовано напрямую и всесторонне в увеличении числа здоровых лиц
2. Бюджетная модель гораздо более экономная по сравнению с медицинским страхованием и, как показывают результаты международных сравнений, при меньших затратах получают лучшие результаты.
3. Появляется возможность выбора и реализации национальных и региональных приоритетов и финансового маневра.
4. Заинтересованность всех сторон, чтобы вылечить, а не лечить, противодействие бизнесу на болезнях.
5. Вместо медицинского бизнеса с его прибыльными интересами и перекосами появляется возможность балансировки интересов всех сторон, включая пациентов
6. Не нужно менять Конституцию РФ и формы собственности ЛПУ
7. Появляется возможность контроля за расходованием государственных средств, за доступностью и качеством медицинской помощи.
8. Появляется мощное препятствие к преобразованию не эффективного медицинского страхования (бюджетно-страховой модели) в рыночную

модель, которая в определенной степени существует только в США, Швейцарии и к которой приближаются в Нидерландах

9. Происходит полный отказ от чисто рыночной терминологии (медицинская услуга, гонорар за услугу, деньги следуют за пациентом и т.д.) с заменой ее на оказание медицинской помощи, как это и должно быть.

Сравнительный анализ стран с системой медицинского страхования и с бюджетным здравоохранением (Рагозин А.В., Кравченко Н.А.) показал, что в последней группе стран с бюджетным финансированием отмечаются значительно меньшие расходы на здравоохранение при существенно лучших управляемых результатах деятельности. Государственно-бюджетная модель, но не мобилизационная, не распределительная, не авторитарная и жестко централизованная, а с разумным сочетанием централизации и децентрализации совместно с контрактной системой, имеет множество преимуществ перед другими. И это далеко не советская страшилка. Кстати, как отмечают специалисты, затраты на медицинское страхование в США обходятся в 2 тысячи долларов в расчете на один произведенный автомобиль, и в этих условиях государственно-бюджетное здравоохранение, оплачиваемое из налогов, для страны (США) и бизнеса может быть гораздо дешевле, чем страхование. Тем более, что даже в такой рыночной стране, как США, с ее дорогами и почти поголовной автомобилизацией, конкуренцию в здравоохранении организовать затруднительно, особенно в малонаселенном и обширном Северо-Западе. Правда, рынок по своей природе является более агрессивным. И тут достаточно вспомнить мощнейшее страховое лоббирование собственных интересов страховщиков в нашей стране. Однако, государство должно быть выше этого и защищать интересы, безопасность и здоровье граждан, а также просчитывать финансовую эффективность и действовать на пользу общества, а не содействовать противоположным, чисто коммерческим интересам страховых компаний.

Противники государственного здравоохранения помимо советской страшилки (в советское время невысокие результаты деятельности здравоохранения полностью соответствовали выделяемым тогда затратам по остаточному принципу) выдвигают следующие мотивы:

- неэффективность на макроуровне. Но медицинское страхование даже в лучшем виде является более затратным и рост расходов трудно сдерживать.
- стремление к монополизации и ограничению выбора. Но обычно можно выбирать или менять врача, особенно, специалиста, можно застраховать себя по ДМС или выбрать частную клинику. Проблем в этом нет.
- бюрократизация. Но ее, как и административных расходов, гораздо больше в страховых системах, вплоть до средств на выставление счетов пациентам.
- отсутствие стимулов к более качественной работе. Кстати, административные расходы в здравоохранении США гораздо выше, чем в Канаде, в том числе, из-за затрат на саму процедуру страхования. Но в страховой системе главный стимул- это деньги, в то время как в государственной системе диапазон стимулов гораздо шире.

-неэффективность распределения ресурсов на микроуровне. Но как раз этот феномен наблюдается сейчас в системе ОМС.

-недостаточная экономическая ответственность. А сейчас?

-отсутствие гибкости. Проявляется в том, что закрыть или репрофилировать государственное медицинское учреждение вроде бы более сложно, хотя опыт «оптимизации сети» говорит об обратном.

Даже с учетом имеющихся недостатков государственная бюджетная модель здравоохранения демонстрирует более высокую эффективность, что видно на примерах многих стран. В России для этого есть все условия. Обязательным условием для стран с частным медицинским страхованием (США и Швейцария) является регрессивная структура налогов, когда бремя оплаты медицинской помощи смещено на богатых, молодых и здоровых с бедных, старых и больных. В США прогрессивная шкала налогообложения была введена не очень давно, гораздо позже медицинских страховок. Больше этого вопроса мы здесь касаться не будем, а как правильно выбрать модель здравоохранения и организовать ее работу- это отдельная тема.

Считается, что особенно в условиях кризиса необходимо стимулировать спрос, т.е. вкладывать средства в людей, в увеличение их доходов. А рост расходов на здравоохранение является, по мнению академика А.Г.Аганбегяна, самым эффективным вложением денег в людей, в человеческий капитал. Однако опыт предыдущих лет показывает, что механическое увеличение средств на здравоохранение приводит к их исчезновению, закупке медицинской техники по завышенным ценам и, вообще, к не рациональному расходованию выделенных средств. Поэтому перед тем, как ставить вполне правомерный вопрос об увеличении финансирования здравоохранения, необходимо в системе навести должный порядок и совершить финансовый разворот от дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи и от строительства новых крупных специализированных центров, с помпой открываемых на местах, в сторону наиболее массовой и приближенной к населению ПМСП.

На начало 2016 года вообще не использовалось 1055 единиц приобретенной дорогостоящей медицинской техники, а остальная использовалась лишь частично. Уже после ее приобретения наступила «проза жизни» и выяснилось, что нужны немалые средства на ее установление, расходные материалы, ремонт, техническое обслуживание и т.д., а на это деньги не были предусмотрены. Такое практически невозможно в частных клиниках, где тщательно пересчитывают деньги и четко знают, на что они будут потрачены и с какой отдачей. Отсюда напрашивается вывод о том, что техника приобреталась в государственные медицинские учреждения без должного обоснования, с кондачка, без проектного анализа, без оценки последствий, лишь бы подороже и побыстрее можно было истратить выделенные немалые средства. И опять приходится удивляться: мы живем в великой шахматной державе (Алехин, Чигорин, Ботвинник, Смыслов, Керес, Таль и другие) с ее многолетними традициями, а так и не научились считать

хотя бы на один ход вперед и предусмотреть даже ближайшие (не говоря уж о среднесрочных или отдаленных) последствия принимаемых решений.

Но для начала нужно остановить прокатившуюся по стране волну «оптимизации» здравоохранения, то есть массового сокращения и местами укрупнения ЛПУ с позиции экономической выгоды. Это же нужно было так исковеркать понятие, сам термин «оптимизация», с помощью которого в действительности можно получать лучшие результаты при минимизации затрат.

Так, в результате «оптимизации» к 2013 г. число районных и центральных районных больниц (ЦРБ) сократилось на 40%, амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ)- на 20%. За последние годы по данным Росстата более, чем в 2 раза сократилось число стационаров, (а на селе — в 4 раза), закрыты еще 32 ЦРБ, 103 районные больницы (осталось только 91), свыше 8 000 ФАПов (а согласно действующим нормативам 1 ФАП должен в среднем приходиться на 500- 700 жителей), 5 339 амбулаторно-поликлинических учреждений (на селе их число уменьшилось в 3,2 раза), 232 станции (отделения) скорой медицинской помощи (в результате частота вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей на селе в 2,7 раза ниже, чем в городах), 600 диспансеров (с 1990 г.- на 42%), а на селе их стало в 2 раза меньше, 1000 санаторно-курортных учреждений (с 1990 г.- на 44%), 25 домов ребенка; по всей стране закрывают как бы экономически неэффективные роддома (с малым числом родов в год), коррекционные школы-интернаты, а детей переводят в обычные школы, где им сложно учиться с другими школьниками и где они теряют остатки здоровья, сокращены более 700 тыс. больничных коек, в дневных стационарах насчитывается всего 83,1 тыс. коек дневного пребывания и т.д.

В результате доверие к власти у населения снижается, что, однако, не сильно отражается на результатах выборов. Это действует успокаивающе на власть.

В связи с ликвидацией и укрупнением ряда медицинских учреждений резко снизилась доступность медицинской помощи, люди стали меньше обращаться в ЛПУ или обращаться, когда уже невмоготу, прибегать к услугам знахарей и колдунов, накапливать домашние аптечки с просроченными лекарствами и т.д. Такое впечатление, что по здравоохранению страны прошелся Мамай, а беременные должны рожать в поле, перекусывая зубами пуповину. И такие примеры уже есть, даже недавний случай (28.07.2016) в Москве в районе Борисовских прудов.

Практически полностью разрушено муниципальное здравоохранение. Только за один 2013 год сокращено 302 больницы, 35 тысяч коек, 76 поликлиник, множество родильных домов и женских консультаций. Более подробные данные представлены в предыдущем разделе книги.

В 2014 г. отличилось московское здравоохранение, в котором в несколько этапов созданы хорошо оснащенные медицинские монстры-монополисты (объединения из ряда поликлиник, роддомов, женских консультаций и нескольких больниц) со значительным сокращением дефицитного

медицинского персонала. И это все делается далеко не в интересах пациентов, а, скорее всего, в коммерческих целях, в том числе на основе сравнений показателей, например, по количеству коек и их использованию, с зарубежными странами и столицами. При этом не учитывалось, что даже при равной численности населения потребность в больничных койках у нас гораздо выше, чем в крупных зарубежных столицах.

Все время звучат хвалебные отзывы о значительных затратах в Москве и об установке дорогостоящей медицинской техники чуть ли не в каждом парадном, что скорее всего, говорит о недостаточной квалификации принимающих решения лиц и о нерациональном расходовании значительных средств. Однако подобные поверхностные взгляды некоторых руководителей, без анализа глубинных процессов, и принятие на их основе судьбоносных решений не только неграмотны, но и безнравственны.

Продолжается процесс обезлюдения села (за несколько лет доля сельских жителей уменьшилась с 30% до 25.8%) и 13% сельских поселений вообще не имеют жителей, постройки в них разрушаются, дороги и поля зарастают. В европейской части страны расстояние между городами составляет 40-50 км, а на Востоке- 150-300 км при наших дорогах и транспортных сообщениях. Что говорить, если даже между областными центрами и в туристических местах дороги напоминают разрушенную стиральную доску. Городов со 100 тысячным населением и более у нас всего 164 и число их постоянно уменьшается. Для сравнения укажем, что только в 1/16 части Германии (земля Северный Рейн-Вестфалия) насчитывается 398 крупных городов, что позволяет обеспечить доступность медицинской помощи и даже конкуренцию в условиях существующего там медицинского страхования. У нас доступность медицинской помощи селянам составляет чуть больше 40%, в результате сельские жители стали редко обращаться за медицинской помощью. За период с 2005 г. по 2013 г. число ЦРБ, районных и участковых больниц сократилось на 2612 (осталось 2020), соответственно уменьшилось и число коек в них (в участковых больницах- в 18.7 раза), ФАПов- на 7475 (осталось- 4689).

Вначале разрушили, а теперь пытаются хотя бы частично восстановить ЛПУ и ФАПы (с приездом губернатора и перерезкой красной ленточки в присутствии представителей масс-медиа), но при этом план ввода новых медицинских учреждений взамен ликвидированных выполняется только на 40-60%. В наших условиях вообще ликвидировать здания, не находящиеся в аварийном состоянии, не допустимо. А вот аварийную школу на 300 учеников в Черемхове не ремонтируют и школьников не собираются переводить в другое, надлежащее помещение. Мотив один- денег нет. В стране 3500 школ находятся в деревянных сооружениях и большинство из них находится в аварийном состоянии.

Из 4.5 тысяч сельских участковых больниц в результате «оптимизации» осталось только 400 на всю страну, а это означает, что нередко даже до фельдшера теперь нужно добираться за 40-60 км при наших дорогах, по которым мы занимали 136 место из 144 стран мира, и существующих

транспортных ограниченных сообщениях, что резко снижает доступность медицинской помощи. Об этом убедительно высказался Президент РФ: «Мы не можем пациентов вести за 200, 300, 400 км по бездорожью... И автобус должен быть, и дорога...». Правильно, не можем, но возим, скорее всего, в случае нужды пациенты пытаются добраться сами, или не успевают добраться. И в этом отношении предстоит еще много работать на долгие годы. В какой-то степени успокаивающе действуют на властные структуры пересадка органов и тканей, генная инженерия, выращивание из отдельных клеток органов и систем, успехи клинической медицины, производство ранее невозможных вмешательств, из чего делают всероссийское шоу. При этом каждый такой случай афишируется и рекламируется, но, совсем по фон Берталанфи, за отдельными деревьями важно не пропустить лес. Так и здесь, основные беды современного здравоохранения в нашей стране не имеют прямого отношения к клинической лечебно-диагностической медицине, а непосредственно связаны с чисто организационными проблемами: системой охраны здоровья и с организацией медицинской помощи, т.е. с дисциплиной «общественное здоровье и здравоохранение».

В царской России, как представляется, правильно понимали медицинские нужды населения, что привело к образованию сельских врачебных участков, число которых только с 1906 по 1910 г. возросло на 16,5%, причем на каждом участке находились бесплатные для селян (в то время это - 87% населения страны) сельские больницы с врачом и приемным покоем. Наилучшим образом была организована земская медицина, финансируемая из средств земства (местного самоуправления), где радиус участкового обслуживания не превышал 15-20 верст с численностью населения на врачебном участке до 30 тысяч человек. Земский врач был хорошо обеспечен и ему полагался выезд с кучером и прислуга. Тогда были и другие категории общих практикующих и высоко оплачиваемых врачей (железнодорожный, городской, промышленный, уездный и т.д.). Власть в то время, да и после этого почему-то понимала необходимость возможного приближения медицинской помощи к населению. Получается, то, что создавалось и поддерживалось многими десятилетиями умными специалистами, разрушается в последние годы достаточно быстрыми темпами непрофессионалами.

Понятно, что сейчас до 80% коечного фонда на селе выполняет медико-социальные функции, но из этого вовсе не следует, что все койки на селе следует немедленно закрыть, руководствуясь только рыночным подходом «выгодно-невыгодно».

Во всем мире уже больше, чем на протяжении 100 лет развивается служба общей врачебной практики в то время, как в нашей стране на смену уникальной и прогрессивной земской медицине, полностью разрушенной в 1918 г. (на 2-м съезде здравотделов), в 1930-х годах пришла так называемая участковая служба, состоящая из участковых терапевтов, участковых педиатров и районных акушеров-гинекологов совместно с медсестринским персоналом. Они работали от поликлиник. Одновременно была создана и цеховая терапевтическая (общая врачебная) служба, относящаяся к медико-

санитарным частям на предприятиях. А все медицинские учреждения стали государственными, что подчеркивало государственную ответственность за здравоохранение.

Кстати, до 1917 г. было проведено 16 Всероссийских Пироговских съездов врачей, когда за государственные средства в течение 7-14 дней врачи обсуждали насущные медицинские, эпидемиологические и политические проблемы, а царская охранка, понимая значимую роль врачей в обществе, направляла на съезды своих негласных агентов. Да и сейчас, голоса врачей, членов их семей и пациентов имеют определенный вес не только во время выборов. Особое впечатление произвел сделанный на одном из дореволюционных съездов доклад врача А.Шингарева (его потом большевики расстреляли) «Здравоохранение в будущей демократической России», который должен находиться на столе у всех современных медицинских чиновников.

Исследования в разные годы (1960-2000 гг.) показали, что участковые врачи (в частности, участковые терапевты) допускали те или иные ошибки (в наблюдении, обследовании, лечении, профилактике и реабилитации) при общении практически с каждым вторым пациентом при не всегда уважительном отношении к нему. Уже тогда было понятно, что участковая служба себя изживает, поскольку повышение зарплаты (а это было несколько раз) не приводило к улучшению работы участковых терапевтов, хотя среди них были и те, кто работал с полной отдачей и пользовался заслуженным авторитетом среди населения. Но даже в советское время участковая служба была самым слабым звеном в здравоохранении, где допускалось наибольшее число медицинских ошибок, формировалось не всегда правильное отношение к пациентам, возникали запущенные и пропущенные случаи заболеваний, где нередко осуществлялось неадекватное лечение и где «диспетчерская» распределительная функция особенно проявилась. Качество тогда еще не умели оценивать (разве что только по жалобам) и первые медицинские стандарты в виде DRGs (диагностически связанных групп) появились первоначально в США лишь в 1980-ые годы.

В 1990-ые годы в рамках одного из проектов ТАСИС в ряде городов нашей страны был проведен сравнительный анализ работы с пациентами только народившихся у нас так называемых врачей общей практики, но уже хотя бы обученных по более широкой программе (при практически полностью усеченной схеме организации их работы) и традиционных участковых терапевтов. Экспертные оценки (Черниенко Е.И. и другие) показывают, что при более широкой подготовке врачей общей практики, они могут «взять на себя» немалую часть больных, обычно направляемых к врачам-специалистам. Оказалось, что при всех организационных недостатках у врачей общей практики отмечается гораздо более высокая результативность, удовлетворенность пациентов и, в среднем, в 3 раза меньшее число направлений на консультации к врачам-специалистам в силу более широкой подготовленности ВОП, и в 2 раза меньше различных сложностей. Соответствующие данные представлены ниже.

Сложности в получении помощи (на 100 опрошенных пациентов)

	ВОП	Участковый терапевт
Имели сложности	25.9	52.0
Трудно добираться	1.3	8.5
Сложно попасть на прием	1.0	24.0
Длительная очередь	5.0	24.7
Отсутствие постоянного врача	1.3	9.5
Сложности в обследовании	5.3	15.5
В помощи на дому	0.2	5.2
В выходные и праздники	1.5	2.2
В получении консультаций	2.0	10.5

Направления на консультации (на 100 посещений)

Всего	11.5	33.7
К кардиологу	0.5	2.5
К гастроэнтерологу	0.25	6.0
К пульмонологу	0.5	2.3
К невропатологу	2.5	6.3
К ЛОР	0.25	4.5
К хирургу	0.5	3.0
К гинекологу	2.5	9.0
К окулисту	0.25	3.5

Изменение самочувствия за последний год в %

Улучшилось	15.4	7.8
Без перемен	57.6	52.6
Ухудшилось	26.8	39.9
Нет ответа	0.2	0.8

Все это говорит о том, что даже далеко не в полном виде, как это должно быть, общая врачебная практика является более прогрессивной в сравнении с участковой службой. Об этом же в определенной степени косвенно свидетельствуют и зависимые от здравоохранения различия в состоянии здоровья как детей, так и взрослых в нашей стране по сравнению с западными странами, где ОВП наиболее развита.

Пока что в мире нет ни одной страны, в которой были бы в полной мере реализованы все принципы ПМСП, о чем шла речь на представительных симпозиумах, посвященных 20-летию и 30-летию эпохальной Алма-Атинской декларации. Именно поэтому было решено пока не пересматривать основные положения ПМСП, изложенные в Декларации 1978 г. Тем не

менее, во многих странах имеется отдельный организационно-методический опыт, достойный для распространения, подражания и использования в наших условиях, хотя он и относится только к одной из главных функций ПМСП (клинической) - оказанию первичной врачебной помощи прикрепленному контингенту населения.

Так, в Нидерландах врач общей практики (ВОП) несет ответственность за пациента, если тот даже находится в больнице. ВОП имеет необходимый объем часто употребляемых лекарств, диагностических тестов и инструментария. Там же существует один из немногих в мире институт, занимающийся научными исследованиями в ПМСП- NIVEL, и в Нидерландах была впервые создана система- Sentinel Stations, предназначенная для сбора сведений о здоровье из выборочного числа общих врачебных практик (ОВП) в виде мониторинга. В дополнение к данным об обращаемости пациентов там собираются более детальные данные о 5% обследованных в ОВП. Кстати, после Алма-Атинской конференции 1978 г. в Алма-Ате был создан успешно работавший ВОЗовский центр ПМСП сходный с NIVEL, но затем по непонятным причинам он был закрыт. Благодаря своей центральной и сильной позиции врач общей практики в Нидерландах играет ключевую роль в профилактике. Врачи общей практики проходят специальную трехгодичную последипломную подготовку (диплом там лишь свидетельствует о получении высшего медицинского образования, но не дает права на самостоятельную работу врачом), обслуживают в среднем 2.5 тыс. жителей и используют в своей практике стандартные диагностические и лечебные приемы, основанные на принципах доказательной медицины. Только ВОП могут направить пациента на консультацию к врачу-специалисту или на госпитализацию, даже если пациент готов платить сам за себя. Это помимо удобства для пациентов и разумной организации медицинской помощи сдерживает затраты за счет необязательных консультаций и госпитализаций и позволяет для этого иметь гораздо меньшее число узких специалистов. Кроме того, ВОП также принимает на себя наблюдение и лечение пациента сразу же после выписки последнего из стационара. На всю страну там имеется несколько более 7 тысяч ВОП, которые прошли специальную трехгодичную последипломную подготовку. Структура посещений ОВП в Нидерландах такова: 74% пациентов приходят непосредственно на прием к ВОП, 18% удовлетворяются консультациями по телефону и 8% приходится на посещения пациентов на дому. В Нидерландах общая врачебная практика базируется на следующих принципах:

- учет, означающий, что каждый житель страны занесен в список своего семейного врача; это, кстати, позволяет проводить выборочные исследования состояния здоровья населения

- привратник (gatekeeper), означающий ответственность семейного врача за пациента и поступление пациентов на прием к врачам-специалистам или в больницы только по направлению семейного врача

-ориентация на семью, означающий, что семейный врач обеспечивает лечебно-профилактическую помощь всей семье, в том числе путем визитов на дом, число которых с 1987 г. постепенно снижается (до 17% всех посещений на дом).

Страховщики возмещают впоследствии расходы врачей по специальным счетам, обязательно подписанным пациентом, который тем самым подтверждает получение им медицинской помощи. Для этого в компьютере у каждого врача общей практики заложен перечень медицинских услуг с прейскурантом. Все застрахованные лица и члены их семей обязаны зарегистрироваться у врача общей практики, т.к. минуя его они не смогут нигде получить необходимую помощь, кроме случаев по экстренным медицинским показаниям. Все женщины от 30 лет помимо осмотров молочных желез в ОВП регулярно проверяются на рак шейки матки, для чего у них берут мазки, и это привело к снижению смертности от этой причины на 30%. Дело в том, что в Голландии регистрируется самый высокий в мире уровень заболеваемости раком груди, а стандартизованный показатель смертности от этой причины еще десятилетие назад составлял 37 на 100 тысяч женщин. Поэтому была разработана комплексная программа скрининга, начиная от ежедневных самообследований груди и кончая прохождением женщин в возрасте старше 40 лет обязательной маммографии каждый второй год. Все новорожденные проходят скрининг на фенилкетонурию, врожденную пониженную функцию щитовидной железы, муковисцидоз, врожденную дисплазию бедра. И этот список постоянно расширяется. Все лица старше 65 лет ежегодно прививаются против гриппа, что снижает в том числе уровень госпитализации во время ежегодных эпидемий. В целом иммунизация осуществляется на добровольной основе со средним охватом в 95% по схеме, несколько отличной от других стран. БЦЖ не проводится из-за совершенно ничтожного уровня туберкулеза, тем более, что реакция «манту» дает большое число ложно положительных результатов. Прививки против гепатита А и В не проводятся, однако в связи с нашествием в страну мигрантов рассматривается вопрос о возобновлении прививок против гепатитов. Для профилактики особой формы менингита прививают детей против бактерии *Haemophilus Influenzae*. Среди детей до 19 лет, в первую очередь в школах, проводят мониторинг сенсорного, моторного, физического и интеллектуального развития. Регулярно ведется работа по мотивировке людей к ведению здорового образа жизни и по борьбе с факторами риска. Особое внимание уделяется группам повышенного риска, куда относятся дети, беременные, длительно и часто болеющие, страдающие хроническими болезнями, пожилые и малоимущие. Конечно, это далеко не полный перечень всей профилактической работы, которую ведут ВОП в Голландии. Подушевые нормативы рассчитаны так, чтобы врачи общей практики получали доход, сопоставимый с высокооплачиваемыми правительственными чиновниками. Кстати, так должно быть и в нашей стране. Благодаря широкому развитию ПМСП уровень направления в стационары Нидерландов, которые не являются государственными или

общественными, а частными некоммерческими, т.е. неприбыльными (private not-for-profit), снизился до 2.5%. В Нидерландах просто идеально соотношение между врачами и медсестрами (1:5). Более подробно работа врача общей практики/ семейного врача за рубежом охарактеризована нами в опубликованных ранее материалах, а также в переведенной на русский язык книге «Здоровье и здравоохранение в Нидерландах» под редакцией профессора Шрайверса и с предисловием Ю.Комарова, в котором были разъяснены порядки и причины оказания акушерской помощи на дому, показаны причины продажи легких наркотиков в кофе-шопах, которые как бы заменили собой тяжелые наркотики, освещено широкое распространение бесплатных презервативов, показано медицинское страхование лекарственного обеспечения и что из опыта здравоохранения Нидерландов может быть приемлемо для нашей страны и т.д.

Врачи-специалисты консультируют своих общепрактикующих коллег либо путем совместного приема пациентов, либо в учреждениях нового типа, известных как диагностические центры, которые предоставляют врачу общей практики расшифровку результатов сделанных анализов. Использование диагностических центров позволяет сократить нагрузку на лаборатории на 35%. Вместе с тем, несмотря на развитие дневных и однодневных форм медицинского обслуживания, разрыв между больницами и врачами общей практики становился все очевиднее. Вот почему на протяжении последних лет в Нидерландах активно развивается так называемая «трансмуральная» помощь (в Англии она называется объединенной помощью, в США- интегрированной помощью), чему способствовали:

- рост числа потребителей медицинской помощи из числа престарелых и хронически больных
- невозможность для общества дальнейшего увеличения расходов на здравоохранение по экономическим соображениям, что потребовало поиска более рациональных и эффективных форм медицинской помощи
- сложившаяся двухзвеньевая система оказания медицинской помощи (общая практика- больница, т.е. первичная и вторичная помощь) стала меньше отвечать современным требованиям, что породило препятствие в оказании непрерывной и интегрированной помощи, в особенности хронически больным, которые нуждались и в амбулаторной и стационарной помощи одновременно
- рост самосознания пациентов, уровня их культуры и знаний, хорошие в среднем материальные условия жизни, желание получить индивидуализированную помощь вблизи от места жительства
- появление новых технологий, которые можно использовать в домашних условиях, что привело к перемещению некоторых видов помощи из больничных палат на дом пациенту. И это все делается на основании специально проведенных исследований и экспертных оценок, в том числе в рамках институтов TNO- Национальных институтов профилактики и здоровья (Лейден), сертифицированных ISO 9001 и занимающихся прикладными научными исследованиями.

Целью программ трансмурального обслуживания для многих групп пациентов, в том числе с тяжелыми и длительными заболеваниями, является обеспечение непрерывного и интегрированного процесса оказания медицинской помощи- от дома к больнице и затем снова до дома. Для этого создаются объединения из близко расположенных больниц, домов для инвалидов, организаций по оказанию помощи на дому. Медсестры, оказывающие помощь на дому, работают либо в отмеченных организациях, либо в больницах; специализированные трансмуральные медсестры выполняют в ряде случаев функции, ранее присущие только врачам. С одной стороны, трансмуральное обслуживание на дому позволило значительно разгрузить больницы, но с другой- оно создает более напряженный круговорот в работе больниц и, следовательно, ведет к увеличению нагрузки на их работников. Большинство из действующих трансмуральных программ финансируются за счет грантов и субсидий от местных и общегосударственных организаций, в том числе благотворительных. Однако, основной смысл трансмуральных программ состоит в объединении независимых друг от друга частных некоммерческих клиник и организаций посредством сквозного оказания медицинской помощи пациентам. В РФ объединение разных уровней здравоохранения в единую систему может быть достигнуто в том числе на основе маршрутизации движения пациентов. Здесь мы не будем приводить общие данные по реформированию здравоохранения в Нидерландах, поскольку это выходит за рамки тематики книги и освещено в ранее опубликованных наших работах.

В Великобритании, где впервые зародилась служба ВОП в виде индивидуальной и групповой практики еще в 1920-х годах (смотри книгу Александра Кронина «Цитадель»), каждая ОВП проходит аккредитацию (у нее проверяют наличие необходимых для работы условий), имеет библиотеку и учебную комнату, способна принимать на обучение практическим навыкам, стажировку и усовершенствование ВОП. Около 100% населения (остальные являются либо бездомными, либо временно пребывающими в этом состоянии) зарегистрированы у ВОП, которые обеспечивают круглосуточную доступность и набор профилактической, диагностической и лечебной помощи, причем на ВОП приходится почти 90% контактов пациентов с национальной системой здравоохранения. Пациенты имеют право выбора ВОП, но этот выбор ограничен географическим месторасположением; случаи перехода пациента от одного ВОП к другому крайне редки и большинство людей выстраивают со своими врачами длительные и доверительные отношения. Функция привратника (gatekeeper), когда пациент может попасть в больницу только через своего ВОП, кроме специальных ситуаций- несчастные случаи, неотложные состояния-, является важнейшим элементом государственного здравоохранения и этим отличается от ряда других стран, где пациент может непосредственно по собственному желанию попасть на прием к любому специалисту или поступить в больницу. В среднем каждый житель Великобритании консультируется у своего ВОП 5 раз в году, в том числе по телефону,

затрачивая на это 47 минут в год. В настоящее время почти 65% всех общих практик состоят в среднем из двух и более врачей (т.е. миниполиклиник общей практики) и только менее 10% практик являются одиночными (в 1952 г. их было 50%). Такую позитивную тенденцию развития групповых практик нужно обязательно учесть и в нашей стране, где одиночная практика допустима только в отдаленных микрорайонах и далеко не везде в сельской местности. За последние 10 лет среднее число прикрепленных жителей к одной общей врачебной практике снизилось на 7% и составило в Великобритании 1800 чел. Значительная часть работы ВОП относится к профилактическим мероприятиям, а также к оказанию акушерской и психосоциальной помощи. И хотя в Голландии по-прежнему сильны традиции приема родов на дому (30%) акушеркой при дежурившей возле дома кареты неотложной помощи, в последние годы их доля уменьшилась. Акушерки, занятые в общей врачебной практике, играют ключевую роль в профилактических мероприятиях, в родовых консультациях и в приеме родов. Врачи общей практики, если не идет речь о серьезной патологии, не привлекаются к приему родов. Каждый ВОП располагает компьютерной базой данных по своей практике. Она содержит не только медицинские данные о пациентах, но и дополнительную информацию о таких переменных, как состав семьи, профессия, вид медицинской страховки и т.д., а также официальные документы, консультативные сведения, классификацию WONCA с синдромами, распространенность которых превышает один случай на 2000 контактов врача с пациентом в год, МКБ-10, стандартные диагностические и лечебные принципы и подходы, которые основаны на доказательной медицине. Отдельно ВОП занимаются медицинскими проблемами подростков и школьной медициной. У медсестер общей практики круг обязанностей достаточно широк и включает в себя не только помощь врачу внутри практики, но и наблюдение за хронически больными, деятельность по укреплению здоровья и профилактике, проведение иммунизации, оценку здоровья у пожилых людей и т.д. ВОП нанимают таких медсестер (это их право как самостоятельно хозяйствующих субъектов) и число их, полностью занятых в национальной системе здравоохранения, приближается к 15000. Общинные медсестры, которые формально нанимаются на работу общинными больницами, весьма часто работают в тесном контакте с ВОП. К ним относятся медсестры, посещающие больных на дому, акушерки, которые оказывают помощь беременным и новорожденным, а медсестры по визитам на дом, в основном, в семьи с детьми и молодежью, обеспечивают профилактику болезней и укрепление здоровья. В Англии почти все практики включены в национальную систему здравоохранения и крайне мало платных общих врачебных практик; в Лондоне, например, они большей частью расположены вблизи вокзалов и готовы немедленно оказать необходимую помощь при стандартной, а не договорной оплате. Среднее число амбулаторных посещений составляет 6 на одного жителя в год (включая врачей более узких специальностей), что соответствует среднему уровню по Западной Европе

при поразительно низкой обеспеченности населения врачами (всего 16 на 10000 населения) и медсестрами (только 50 на 10000 населения). Всего врачей в Англии свыше 103 тыс., в том числе получивших образование в зарубежных территориях или других странах - более 24 тысяч и число их постоянно растет. В дополнение к 28 тыс. ВОП, получившим образование в Англии, общей практикой занимаются еще почти 6 тыс. врачей, итого получается почти 34 тыс. ВОП, т.е. ровно треть всех врачей сейчас работает в первичном звене здравоохранения. Не случайно ВОЗ в Отчете о здоровье человечества считает, что основой всех систем здравоохранения должна быть не третичная помощь, как это имеет место у нас в стране, а первичная медико- санитарная помощь, формируемая на принципах, изложенных в Алма-Атинской декларации ВОЗ 1978 г. Все клиники в Великобритании юридически принадлежат местной общине, т.е. всем жителям- пациентам и персоналу одновременно, что позволяет более полно и точно учитывать местные специфические потребности и приоритеты, которые не всегда предусматриваются общенациональными стратегиями. Между уровнем общины и Департаментом (министерством) здравоохранения находятся 28 региональных стратегических управлений, которые интегрируют общенациональные приоритетные программы. В их подчинении находятся местные подразделения, именуемые трастами, которые подразделяются на организацию ПМСП и организацию специализированной медицинской помощи. Трастов по организации ПМСП 155, они потребляют 80% всего бюджета здравоохранения, охватывают свыше 30 тысяч врачей общей практики и 18 тысяч государственных стоматологов. Эти трасты организуют также первичную и вторичную профилактику, неотложную помощь, контролируют местную эпидситуацию и организуют вакцинацию. Вторая группа трастов управляет работой большинства больниц и отвечает за организацию специализированной помощи. Они имеют права «аутсорсинга», т.е. привлечения частных медицинских организаций в случае возникновения неотложной потребности и при отсутствии в данный момент возможности ее удовлетворения в государственных клиниках. Трасты (и подчиненные им больницы) могут быть автономными, но входящими в состав национальной системы здравоохранения и оказывающими медицинскую помощь бесплатно. Автономность в данном случае означает меньший контроль со стороны государства и чиновников и большую свободу в управлении ресурсами. Небольшие общинные больницы могут иногда насчитывать до 200 коек, но в большей части в них содержится до 50 коек, где нередко врачи общей практики имеют возможность лечить своих пациентов в стационарных условиях непосредственно (нечто похожее на наши участковые больницы, где врач работает в амбулатории и в стационаре). В Англии проводятся конкурсы на замещение вакансий в ОВП, разработаны порядок и правила лицензирования работы ВОП, а также критерии оценки деятельности ВОП и, соответственно, оплаты их труда. Все ВОП являются частнопрактикующими, и в переводе на наш язык являются самостоятельно хозяйствующими субъектами, т.е. субъектами права, но работающими на контракте с

местными органами власти и потому входящими в национальную систему здравоохранения. Они имеют право самостоятельно решать в пределах своей общей врачебной практики кадровые, материально-технические и другие вопросы. Субъектность права означает необходимость получения (а затем регулярного подтверждения) разрешения на деятельность, т.е. лицензии, а также персональную ответственность за свои ошибки, для чего многие ВОП сами страхуют свою профессиональную деятельность. Как говорится, врач – без лицензии, пациент- без гарантий. В больницах врачи являются наемными работниками, самостоятельно не страхующими свою профессиональную деятельность и за допущенные ими ошибки несет ответственность ЛПУ. У нас же практически все врачи пока являются объектами права, т.е. наемными работниками, за которые правовую и финансовую ответственность несет учреждение- работодатель. Есть основания полагать, что во всех медицинских учреждениях, кроме ПМСП и наиболее продвинутых частных клиник, это положение в РФ сохранится надолго.

Очень интересно развивалась ПМСП на Кубе, здравоохранение которой в 2012 г. было признано ВОЗ самым эффективным (по соотношению результатов и затрат) в мире. И действительно, затраты на здравоохранение в расчете на душу населения на Кубе в 23 раза меньше, чем в США, но у кубинцев ниже младенческая смертность, болеют они реже, а ОПЖ примерно такая же. С 1960 г. на Кубе при поддержке Ф.Кастро действует медико-профилактическая программа и развивается ПМСП в виде ОВП- *Medicina Integral General*. В результате 10.4% годового бюджета тратится на здравоохранение (в доленом отношении в 2 раза больше, чем в России), на 10000 населения приходится 72 врача (в США- в 2.7 раза меньше), что делает медицинскую помощь более приближенной к населению. Вот и получается, что бедная республика, находящаяся под гораздо более сильными санкциями (в сравнении с нашей страной), благодаря гуманному отношению к пациентам, вниманию к профилактике и раннему выявлению заболеваний, развитию ПМСП сумела вывести здоровье своих граждан на высокий уровень. Практически все страны, кроме России, стараются кое-что перенять из кубинского опыта.

В США ОВП хорошо оснащены, ВОП предпочитают оказывать помощь пациентам по более обеспеченной федеральной страховке Medicare (медицинская помощь пожилым), а не по более дешевой федерально-штатной страховке Medicaid (медицинская помощь малоимущим), и перед этим тщательно изучают эту страховку, где обозначены те виды медицинской помощи, которые имеют достаточное финансовое покрытие. Все это описано в нашей книжке «Здравоохранение США: уроки для России». 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, ортопеды, ортодонты и др.). При этом

больше половины американских врачей тратят от 13 до 20 минут на каждого пациента.

По скандинавской модели (Швеция, Финляндия, Дания, Норвегия, Исландия) первичная медико-санитарная помощь нередко оказывается в специальных сельских и городских центрах здоровья, где работают врачи общей практики и медсестры. В этих центрах 90% населения получают необходимую помощь, в том числе пожилые, дети и матери, и на них расходуется всего 17% всех средств здравоохранения. Эти центры, небольшие местные больницы (иногда существующие при центрах), а также помощь на дому престарелым и инвалидам находятся в ведении муниципалитетов, т.е. административных районов с числом жителей от 5 до 50 тыс. чел. Пациенты сами оплачивают только 20% стоимости выписанных им амбулаторно лекарств. В связи с тем, что система ухода на дому развита пока недостаточно, пожилые пациенты часто остаются на долгое время в стационаре по социальным, даже не медицинским показаниям, и стоимость их пребывания там полностью оплачивается за счет муниципалитетов. Правда, в последние годы стали интенсивно развиваться службы интегрированного медицинского ухода. Графствам (промежуток между муниципалитетом и областью-леном, что соответствует нашему крупному району) принадлежат дома сестринского ухода, больницы графств, которые оказывают большинство видов медицинской помощи 70-200 тыс. населения, в том числе при длительном лечении. Всего на помощь пожилым и инвалидам расходуется 23% всех средств здравоохранения. На стационарную помощь уходит менее половины расходов на здравоохранение, и это важно. Обследование и лечение назначаются и проводятся при активном участии самого пациента, который по возможности должен быть информирован о своем состоянии, об имеющихся вариантах лечения, последствиях, побочных действиях лекарств и т.п. Такая открытость способствует доверительности отношений врачей и пациентов, уменьшает недоверие и подозрительность последних. Кстати, в нашей стране эта проблема пока остается открытой. Как и на национальном уровне, в каждом графстве и даже в отдельных районах Скандинавских государств созданы специальные советы, которые оказывают необходимую поддержку медицинским учреждениям и, в определенной мере, осуществляют общественный контроль за их работой. Все эти советы являются частью гражданского общества, значение которого в нашей стране пока недооценивается. Здравоохранение в Швеции на 97% финансируется правительством из бюджета. Согласно известной Стокгольмской модели здравоохранения в центре всей системы находятся не медицинские учреждения (как у нас), а пациенты с их проблемами и потребностями. Кстати сказать, повторяясь, напомним, что в развитых странах создаются программы улучшения здоровья и только в нашей стране- программы развития здравоохранения. С 2016 г. в Швеции стоматологическая помощь и лекарства в аптеках являются полностью бесплатными для детей и подростков до 19 лет. В последующем предполагается расширить это начинание. Примерно так же организована

медицинская помощь и в других скандинавских странах (Дания, Финляндия, Норвегия, Исландия).

В Китае к 2020 г. намерены увеличить число ВОП в 2 раза с тем, чтобы на каждую 1000 населения приходилось бы 2 ВОП, что, по нашему мнению, является избыточным, особенно в условиях высокой плотности расселения.

Что можно выделить общего в приведенных данных? Во-первых, что все 100% пациентов проходят через ОВП, где подавляющее число первичных обращений начинают и заканчивают лечение и дальше не направляются (в Эстонии- 92%, в Чехии-85% и т.д.). Во-вторых, ОВП выведена из состава поликлиник (где они были). В третьих, поликлиники преобразовались в консультативно-диагностические центры, оказывающих консультативную и лечебную специализированную амбулаторную помощь. Получается более дешевая система с лучшими результатами и требующая значительно меньших объемов специализированной, стационарной и дорогостоящей высоко технологичной помощи. Вот это и является наиболее важным моментом для нашей страны, именно в этом и должна заключаться оптимизация медицинской помощи.

Существуют три системы оплаты труда врачей: в виде фиксированной зарплаты, по фактически выполненному объему работы, в том числе по принципу «гонорар за услугу», и из расчета числа обслуживаемого населения, но возможны и их некоторые сочетания и доплаты за качество и за другие результаты. Гонорарный принцип приводит к завышению или излишнему объему медицинской помощи (назначение повторных визитов, анализов и процедур без особой потребности в них и т.д.), что существенно увеличивает затраты на здравоохранение. При этом возможен так называемый «спровоцированный врачами спрос», который подтверждается опытом многих стран. Фиксированная зарплата гарантирует врачам определенный доход, содействует работе в команде, регламентирует рабочее время и позволяет контролировать расходы. В то же время, она не зависит от результатов личной деятельности, не является стимулом для повышения знаний и квалификации, может привести к медлительности в работе и невнимательному отношению к пациентам, не стимулирует врачей к повышению качества и объема работы. Именно за это и нужно доплачивать врачам в сочетании с фиксированной ставкой, что фактически означает переход на контрактную систему. В нашей стране в свое время практиковалось создание врачебно-инженерных бригад с коллективной ответственностью и самостоятельным распределением денежных средств внутри бригады с учетом коэффициента трудового участия. Однако, этот опыт оказался не жизнеспособным и просуществовал совсем недолго. Оплата по количеству обслуживаемого населения предполагает возможность соблюдения преемственности лечения, поскольку врач оказывает помощь своим пациентам практически круглосуточно, например, в Англии врачи общей практики в среднем в неделю работают 78 часов, в том числе у себя на дому. С другой стороны, этот принцип приводит к недостаточной заинтересованности врача в результатах своей работы, к ненужным (или

перестраховочным) направлениям к другим специалистам и к выписке ненужных рецептов, в т.ч. по сговору с частными фармацевтами. В то же время, оплата амбулаторной помощи в расчете на одного прикрепленного жителя способствует праву выбора пациентом врача, стимулирует врача к участию в конкурсе при вакансиях и к отъезду в отдаленные районы, где легче набрать нужное число прикрепленных жителей, обеспечивающих достойную оплату труда врача. Поэтому одну какую-либо систему применять у нас в стране не следует и целесообразно найти между ними необходимый баланс, а также учитывать особенности менталитета, представленные в предыдущем разделе. Например, в Англии до введения принципиально неверной системы полного фондодержания (по примеру нашей Кемеровской области), которая частично представляла собой попытку переложить ответственность за медицинскую помощь на самих врачей, врачи общей практики работали по контракту, где в обязательной части были зафиксированы численность и, что более важно, структура прикрепленного населения (каждая возрастная-половая группа имела свой коэффициент потребления, причем наибольшие коэффициенты справедливо имели дети и престарелые как требующие большего внимания: 0-1 год-3.7, 1-4 года-2.7, 5-18 лет, 2.2, 19-44года-1.0, 45-49 лет.-2.2, 60 лет и ст.-3.2), объемы гарантированных видов медицинской помощи, а в дополнительной части-дополнительные услуги (прием пациентов у себя на дому, визиты к пациентам на дом, участие в национальных программах, оказание малой хирургической помощи, обучение за каждого студента или стажера и др.), а также гарантированный уровень качества медицинской помощи. Все это может найти отражение в контракте и эту целесообразную комбинацию вполне можно использовать и в наших условиях для оплаты труда врачей общей практики. В Нидерландах по-прежнему доминируют 2 системы оплаты: зарплата и гонорар за услугу (fee-for-service), но при лимитированном максимуме. Сейчас по новой реформе в Великобритании (переход на систему ОМС, как неэффективную, там был сразу отвергнут) полностью (на 100%) покрываются из бюджета затраты по смете расходов на ресурсы здравоохранения (содержание ЛПУ и медработников) и на 81% по смете расходов на оказание медицинской помощи, остальные средства (19%) поступают из ДМС, что снизило бюджетный дефицит и привело к значительному сокращению очередей на госпитализацию. Примерно так же финансируется здравоохранение и в Австралии и в этом же направлении движется здравоохранение Испании.

Несмотря на попытки создать одинаковую для всех систему здравоохранения, существенные различия в состоянии здоровья среди богатых и бедных продолжают оставаться, и по смертности в Великобритании на 100 богатых приходится 212 бедных. Там традиционно ведется учет по видам занятий (что, в общем, соответствует доходам), от разнорабочих до управляющих высокого уровня- топ-менеджеров (всего 6 групп занятых). Различия у них в состоянии здоровья просто разительные и эти различия относятся ко всем членам их семей, в том числе к детям. В

России по официальным данным децильное соотношение 10% богатых и 10% бедных оценивается как 1 к 16, а по результатам экспертных оценок в 3-4 раза выше, поскольку богатые не показывают полностью свои доходы и нередко деньги хранят в ценных бумагах и на зарубежных счетах.

Представляет интерес опыт практической работы ПМСП в Испании, Австралии и других странах. В Испании общественно-частное партнерство в здравоохранении выстроено наилучшим образом: если, например, на частные средства выстроена больница, то потом частный инвестор никакой прибыли от ее функционирования не получает, а все его дивиденды формируются только за счет рекламы. Достойный пример для подражания. В Испании до принятия Общего закона о здравоохранении в 1986 г. медицинская помощь была организована следующим образом: первичная медико-санитарная помощь обеспечивалась врачами общей практики, работавшими индивидуально на неполной основе (ежедневно 2.5 часа в практике, остальное время - визиты на дом) с оплатой по количеству пациентов; амбулаторная помощь оказывалась врачами-специалистами, работавшими на индивидуальной основе в поликлиниках (в городах вместе с врачами общей практики) с оплатой по количеству пациентов; больницы оказывали не только стационарную, но и амбулаторно-консультативную помощь, при этом врачи получали зарплату из общественного сектора. После принятия указанного закона, врачи общей практики стали постепенно объединяться в группы в виде Центров ПМСП с более широкими функциями. К традиционным задачам просеивания пациентов (функция привратника), диагностики и лечения добавились профилактика, укрепление здоровья, реабилитационная помощь, а также задачи определения потребностей населения и планирования всех видов помощи внутри зоны обслуживания. К концу 1990-х годов эта групповая практика приобрела характер работы в команде в течение полного рабочего дня с оплатой труда в виде зарплаты и с 15% добавлением в зависимости от числа принятых пациентов. Чтобы стать врачом общей практики нужно было получить шестилетнее медицинское образование, а затем пройти три года специального обучения по семейной медицине. Вообще, ВОП в других странах готовят дольше, чем у нас участковых врачей, после чего ВОП сдает экзамен и получает лицензию на самостоятельную работу. В программу подготовки ВОП входят клинические (общего типа и специализированные), а также параклинические дисциплины. У нас же выпускники медицинских вузов с 2016 г. сразу могут работать в ПМСП, правда, после аккредитационных испытаний в медвузах при выпуске. В Англии, например, будущих ВОП учат взаимодействию с местными органами власти (у нас до этого приходится доходить самому методом проб и ошибок), в США значительное число учебных часов отводится на прикладную психологию, например, инвалид и его психология или язвенный больной и его психология (и это очень важно для доверительности отношений между врачом и пациентом) и т.д. В РФ благодаря усилиям академика И.Н.Денисова были утверждены специальность 040110, минимальная программа обучения в клинической ординатуре и

квалификационные характеристики ВОП, программа переподготовки, а также соответствующий профессиональный стандарт. Но к целесообразной подготовке ВОП мы еще вернемся.

Врачи-специалисты в Испании, оказывающие амбулаторную помощь, имеют право после завершения официального приема (с 9 до 15 часов) принимать пациентов на своем рабочем месте на платной основе. Амбулаторная помощь, т.е. поликлиники с врачами-специалистами и в городской местности с групповой общей врачебной практикой, была передана под управление больницам для лучшей координации вторичной и третичной медицинской помощи. Несмотря на существование частного сектора в здравоохранении, конкуренция между общественными и частными медицинскими учреждениями не поощряется, так как считается, что это приведет к росту расходов и снижению эффективности. Также, что не менее важно, не стимулируется конкуренция между отдельными врачами и больницами общественного сектора. Правительство Испании под влиянием протестных выступлений врачей и по решению суда вынужденно отменило свое принятое ранее решение о приватизации ряда крупных медицинских учреждений и о введении платных медицинских услуг в государственных ЛПУ (их свыше 80%), а чиновники, ратовавшие за приватизацию, были уволены. И этот опыт несомненно представляет интерес, хотя нечто подобное у нас пока невозможно. По рецептам врачей больным оплачивается до 40% стоимости амбулаторно назначенных лекарств, однако пенсионеры, многодетные и безработные получают лекарства в аптеках бесплатно. В Испании наиболее эффективными считаются такие экономические отношения в здравоохранении, которые построены на основе планирования и распределения ресурсов, а не близких к рыночным отношениям. При этом исходили из того, что здоровье человека не имеет рыночной стоимости, а медицинская помощь не является товаром (т.е. услугой) и предметом торговли. Вообще такая позиция прослеживается практически в большинстве развитых стран, и не только в отношении здравоохранения, поскольку из медицинской помощи нельзя извлекать прибыль, но и также и в других социальных сферах деятельности. Пример достойный для подражания. Все это делает испанское здравоохранение одним из лучших в мире (в США в 3 раза выше расходы на здравоохранение, но ОПЖ на 5 лет меньше). К сожалению, этот интересный и ценный опыт мало используется в нашей стране, где намечен и постепенно реализуется ошибочный и антигуманный курс к рыночной системе здравоохранения.

Исследование, проведенное Л. Ши в 50 штатах и округе Колумбия (США), показало, что именно количество врачей первого контакта (а не общее число врачей или врачей-специалистов) тесно связано с показателями здоровья населения, в частности, с преждевременной смертностью и зависимой от здравоохранения средней продолжительностью ожидаемой жизни. Когда в Финляндии в 1990-е годы разразился финансово-

экономический кризис, там были вынуждены значительно сократить все социальные службы, включая и здравоохранение, оставив в неизменном объеме лишь ПМСП, что не привело к ухудшению здоровья населения.

Понимание того, что изолированно невозможно решить многие проблемы ПМСП, привело к образованию как внутривостановых, так и международных профессиональных объединений, регулярно проводящих свои конференции. Так, в США и Канаде функционирует Северо-Американская исследовательская ассоциация общей практики (NAPCRG) с девизом «Research for patients», в Европе- EGPRW-Европейская исследовательская группа в ОВП и т.д., создано множество долгосрочных проектов и все это объединено под эгидой WONCA- Всемирной организации по семейной медицине. В классификацию WONCA входят разнообразные симптомы и синдромы, многим из которых посвящены многочисленные конференции и симпозиумы. Этим самым данная классификация принципиально отличается от традиционной МКБ-10. В классических учебниках по ОВП приводится перечень наиболее часто встречаемых проблем (симптомов и синдромов) у пациентов: боль в животе, диспепсия, беспокойство, тревожность, боль в спине, боль в груди, кашель, дерматиты, головная боль, боль в ушах, инфекции мочевых путей, ожирение, гипертензия и другие. Об этом же говорится в классических учебниках по клинической работе ВОП, переведенных на русский язык (Дж. Мёрта «Справочник врача общей практики», 1230 с.; Дж. Нобель «Общая врачебная практика. Классика современной медицины», 2005 г.; М. Вудли и А. Уэлан «Терапевтический справочник Вашингтонского университета», 27 издание, и многие другие). Кстати, эти переводные книги, равно как и Клиническая эпидемиология (Флетчер и Флетчер), должны обязательно входить в состав библиотеки ВОП. Сюда же следует отнести и нормативно-правовое обеспечение ПМСП под редакцией И.Н.Денисова, таблица оказания неотложной помощи, а также законы и иные регламентирующие документы.

Другим не менее важным отличием в лечебной деятельности ВОП является то обстоятельство, что в некоторых странах (например, в Нидерландах) он несет ответственность (моральную, правовую и материальную) за пациента, где бы тот не находился. Голландский ВОП не посылает своего пациента в больницу по направлению (то есть по бумажке, как у нас, которой не поверит ни один врач стационара, начнет обследование заново, и правильно сделает), а сам его отвозит. Вместе с будущим лечащим врачом больницы, который впервые видит данного пациента, они совместно намечают план стационарного (круглосуточного) наблюдения, обследования и лечения. Без согласования с ВОП врач стационара не имеет права внести в него какие-либо коррективы. Более того, без согласия ВОП он не может выписать больного из стационара, так как ВОП может не принять выписываемого под своё наблюдение, поскольку в стационаре больного не долечили. При такой системе больницы представляют собой не «лежбище» как это нередко бывает у нас, а место для интенсивного круглосуточного

лечения и ухода, и там не станут, как у нас, делать операции в стационарных условиях, которые можно успешно произвести в условиях дневной хирургии (а таких не менее 20–25% всех операций). В изложенном принципе и заключается преимущество в ведении пациентов и упомянутый ранее «трансмуральный» подход.

Важно отметить, что наиболее высокие рейтинги и наилучшие результаты ПМСП отмечаются в странах с государственно-бюджетной моделью здравоохранения (Великобритания, Дания, Испания, Италия, Финляндия, Норвегия, Австралия, Канада, Швеция), а в странах с системой медицинского страхования рейтинги ПМСП в 2-3 раза ниже (Япония, Бельгия, США, Германия, Швейцария, Франция).

Конференции по общей врачебной практике могут быть тематическими и проблемными, например, несколько международных конференций были посвящены проблеме «боль в спине». Подведение итогов понимания ПМСП и работы в ней произошло на Алма-Атинской конференции 1978 г. под эгидой ВОЗ и с участием лидеров здравоохранения почти всех стран, принявшей соответствующую Декларацию и наметившую перспективы развития ПМСП в мире. Кроме того, на этой конференции, пожалуй, впервые прозвучала необходимость проведения социальной профилактики болезней на уровне ПМСП, а не просто лечения больных. В этом и заключается наше отставание. Дело в том, что к середине прошлого века завершилась вторая эпидемиологическая революция, ознаменовавшая эпидемиологический переход от преобладания острых инфекционных болезней к хроническим дегенеративным заболеваниям и практически одновременно возникла концепция факторов риска, что и легло в основу интенсивно развивающейся профилактики. Этот вопрос мы уже освещали. Именно тогда в мире произошел «водораздел» между клинической медициной (в том числе между оказанием медицинской помощи) и общественным здравоохранением, т.е. охраной здоровья. Кстати именно как раз так и отделена охрана здоровья от оказания медицинской помощи (медицинская профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация, медицинский уход и паллиативная помощь) в Конституции РФ (начало статьи 41). К охране здоровья относятся такие проблемы, как

бедность и здоровье, условия труда и здоровье, питание и здоровье, питьевая вода и здоровье, окружающая среда и здоровье, условия жизни и здоровье, образование и здоровье, стресс и здоровье и т.д. Охрана здоровья реализует комплексный системный и межсекторальный подход к поддержанию и улучшению здоровья людей. Это прерогатива государства, за неё несут ответственность первые лица государства (а на местах- губернаторы) и представляет собой совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и улучшение физического и психического здоровья каждого человека и населения в целом, поддержание долголетней активной жизни (без болезней). Эта система выходит далеко за рамки бытового представления о традиционном здравоохранении и именно в ней происходят «поломы» в здоровье людей, которые затем направляются на «ремонтно-восстановительные» работы в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ). Организация оказания медицинской помощи относится к отраслевой ответственности с целевой установкой на мотивацию людей к ведению здорового образа жизни (создание условий для этого- ответственность государства), частичное или полное по возможности восстановление утраченного здоровья и трудоспособности по медицинским причинам. Этому способствует развитие современной клинической медицины за последнее десятилетие, поднявшейся на недостижимый ранее уровень за счет технического и технологического переоснащения, внедрения новых медицинских и информационных технологий, что способствовало улучшению диагностики и лечения. Именно это и наблюдается у нас в ряде крупных медицинских учреждений и институтов. Правда, нередко используются не доказанные мировой практикой методы (мануальная терапия, иглотерапия, некоторые физиотерапевтические процедуры и др.), вызывающие иногда осложнения, что, например, произошло недавно в одной из московских клиник.

Ситуация, когда оплата ПМСП оказывается из других, отдельно взятых источников, неизбежно ведет к дисбалансу между объемами медицинской помощи и выделяемыми для это средствами. Для оплаты труда в ОВП не годятся в чистом виде многие применяемые системы. Так, оплата за оказанные услуги и за пролеченных больных делает всех участников процесса экономически заинтересованными в увеличении числа услуг (в том числе избыточных и не всегда нужных) и в росте числа больных (лучше-длительно и часто болеющих), а не в числе здоровых лиц, в чем должно быть заинтересовано государство. К этому же ведет принцип оплаты «гонорар за услугу». А метод оплаты за законченные случаи лечения вызывает множество вопросов, например, что считать законченным случаем (летальный исход?). Правда, этот метод более применим к условиям стационара в виде оплаты по специальным клинико-статистическим группам. Подушевой принцип оплаты ПМСП оказался еще менее подготовленным, равно как методы финансирования ПМСП в целом на основе полного или частичного фондодержания. Поэтому наилучшим методом оплаты труда в ОВП является принцип, используемый в Великобритании с опорой на договорные отношения, в которых прописываются объемы, качество и результаты оказываемой помощи. Не получила развитие предложенная мечущимся в поисках выхода из организационного тупика Минздравом РФ совершенно нелепая форма дополнительного медицинского страхования «ОМС плюс», ничем не отличающаяся от добровольного (частного) медицинского страхования.

Но вначале определимся с терминологией. Существует Primary Care (первичная помощь), которая по сути является домедицинской и ею должны в нормальном обществе владеть все те, кто имеет дело с массовыми скоплениями людей или в профессиональной деятельности которых может возникнуть угроза жизни и здоровью людей. Сюда можно отнести учителей школ, воспитателей детских садов, работников детских лагерей, работников

ГИБДД, стюардесс, проводников, парамедиков и других. Они должны владеть основами оказания первой помощи нуждающемуся в ней человеку, уметь остановить кровотечение, привести в чувство, вывести из состояния травматического шока, наложить иммобилизационную повязку, во время вызвать врача. Всему этому их надо научить. Есть еще и такое понятие, как первичная медицинская помощь (Primary Medical Care), обозначающая фактически первичную доврачебную (или медсестринскую) помощь. Естественно, эта помощь требует широкого набора знаний и соответствующей квалификации. Специально подготовленные медсестры, фельдшеры и другой средний медицинский персонал должны владеть навыками для оказания ургентной помощи до прибытия врача. Кстати сказать, роль медсестер во всех развитых странах в последние годы существенно возросла. Фактически они во многих странах ведут первичный доврачебный прием пациентов в амбулаторных условиях, осуществляют массовую и индивидуальную медицинскую работу на дому, делают прививки и проводят вакцинацию, выписывают некоторые рецепты по ограниченному перечню лекарств, входят в состав действующей администрации больниц, выполняют вызовы на дом и, затем, лишь в случае необходимости приглашают врача к пациенту, ведут группы (школы) здоровых пациентов и группы пациентов, страдающих диабетом, гипертонзией, остеохондрозом, бронхиальной астмой, различными зависимостями и т.д., в которых пациенты учатся жить с наличием хронической болезни, организуют работу по восстановлению здоровья и трудоспособности и по интегрированному медицинскому уходу. Очень многое в профилактической и лечебной помощи в современном мире зависит от деятельности медсестер. Соответственно требованиям времени вот уже на протяжении многих лет ведется подготовка медсестер с высшим медицинским образованием, хотя в отечественном здравоохранении им место до сих пор окончательно не определено. И, наконец, можно выделить первичную медико-санитарную помощь - ПМСП (Primary Health Care), врачебную, которая в дословном переводе означает

первичную заботу (!) о здоровье. Низовым уровнем системы охраны здоровья является ПМСП, в которой сочетаются социальная и медицинская профилактика с оказанием первичной врачебной помощи. Этот тезис нуждается в дополнительном обосновании. Только врач первичного звена может видеть отдельные неблагоприятия в здоровье конкретного прикрепленного контингента, обусловленные внешними влияниями, и вправе ставить соответствующие вопросы перед муниципальными властями по устранению этого влияния. Конечно, подавляющая часть внешних проблем, влияющих на здоровье населения, должна решаться на федеральном уровне (например, обеспечение качества и безопасности пищевых продуктов), но кое-что можно сделать и на муниципальном уровне с подачи врачей ПМСП. В Алма-Атинской декларации 1978 г., которая еще долго будет служить ориентиром для развития ПМСП в мире, записано, что ПМСП- это зона первого контакта отдельных лиц, семьи и общины с системой охраны здоровья. Она максимально приближает ПМСП (т.е. первичную заботу о здоровье) к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья. Она нацелена на решение медико-санитарных проблем в общине и обеспечивает соответственно службы оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации. Это не просто еще один врач, ведущий прием пациентов (как у нас представляется многим) и никак не замена педиатрической службы или женских консультаций. Сейчас особенно остро в стране стоит задача не только защиты прав пациентов, но и защиты врачей от хулиганствующих пациентов и их сопровождающих. По стране прокатились случаи нападения на врачей во время исполнения ими профессиональных обязанностей. Такое впечатление, что эти случаи останутся без наказания, поскольку, по мнению правоохранительных органов, не убили же. Это в подтверждение ранее представленных материалов о законодательных, правоохранительных и судебных органах. Проблема нападения на врачей вышла за рамки одной страны, и ВОЗ опубликовала доклад на эту тему.

В пунктах 3 и 4 главы 7 Алма-Атинской декларации, принятой 12 сентября 1978 г., представлен широкий спектр медико-санитарных проблем, подлежащих решению именно на этом уровне системы охраны здоровья, от рекомендаций по улучшению питания и водоснабжения до лечения и восстановления утраченного здоровья и трудоспособности, а также показан охват ПМСП помимо здравоохранения всех других смежных секторов и аспектов развития на национальном и общинном уровне (сельское хозяйство, животноводство, обеспечение продовольствием, промышленность, образование, жилищное строительство, средства связи, общественные и другие работы), что требует координации деятельности всех этих секторов. А в главе 8 Декларации записано, что все правительства должны разрабатывать национальную политику, стратегии и планы действий для организации развития ПМСП, как части всеобъемлющей национальной системы охраны здоровья, при координации с другими секторами. Для этого необходимо проявлять политическую решимость, мобилизовать ресурсы страны (и регионов) в интересах национального развития и рационально использовать имеющиеся внешние ресурсы. А бывшая Генеральным директором ВОЗ г-жа Гру Харлем Брундланд (до этого- премьер-министр Норвегии) прямо заявляла, что настоящими министрами здравоохранения (имея в виду более широкое понимание системы охраны здоровья) являются Президент и Премьер страны, только они этого не знают. У нас за охрану здоровья должно нести ответственность первое лицо государства (на местах- губернаторы), а за оказание медицинской помощи должна быть отраслевая ответственность. Аналогичным образом должна распределяться ответственность и в субъектах РФ. Кстати, принятые и развиваемые во всем мире достижения Алма-Атинской конференции 1978 г. в России были незаслуженно забыты на 10 лет (до назначения Министром здравоохранения И.Н.Денисова), что еще больше увеличило отставание отечественного здравоохранения в организационном плане от развитых стран. В данном случае речь идет именно о здравоохранении, а не о клинической (лечебной)

медицине, успехи которой, как подчеркивалось, нарастают, особенно в последние годы. Вначале в ряде территорий РФ по приказу Минздрава № 1284 от 18.12.1987 г. начались эксперименты по подготовке ВОП и по развитию общей врачебной практики (семейной медицине), затем 26.08.1992 г. Минздравом был издан важнейший приказ № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» с целым рядом утвержденных дополнений. Наряду с прогрессивным характером этого движения указанные документы, равно как и последующие, содержали принципиальные ошибки, на которые приходилось указывать. Почему-то все было сведено только к медицинской помощи, которая хоть и должна была оказываться по семейному принципу (это было внове), но не составляла весь объем деятельности ПМСП. Не было (и это продолжается до сих пор) понимания уникальности ВОП и специфики его знаний и работы, что говорит о перечне рекомендуемых заболеваний, с которыми он должен иметь дело, и о роли медсестринского персонала. Это все рассматривалось в свое время на Коллегии Минздрава РФ и попытки внести ясность в этот процесс окончились неудачей. Каждый член Коллегии искал в перечне знакомое заболевание (почему не включили в список туберкулезный увеит?), совершенно не понимая сути работы ВОП, и это продолжается до сих пор. В то время (да и сейчас тоже) не только общество, но и медицинское руководство не было готово к пониманию принципиально важных и новых процессов в здравоохранении.

Затем для стимулирования роста числа ВОП им добавили 3 дня к отпуску и несколько повысили зарплату, что, однако, не повлияло на развитие ПМСП в стране. Приказом Минздрава №463 от 30.12.1999 г. была утверждена отраслевая программа «Общая врачебная (семейная) практика», которая в том числе простимулировала подготовку семейных врачей на кафедрах ряда вузов страны, проводимым, на наш взгляд, по неверным программам. Даже при только клинической подготовке ВОП следовало бы

учитывать не болезни, а синдромы их и понимать, что ВОП должен быть подготовлен по широкому спектру медицинских специальностей, но не очень глубоко, т.е. обладать клиническим системным (широким) подходом к разным пациентам. Приложением к приказу Минздрава №350 от 20.11.2002 г. было утверждено «Положение об организации деятельности врача общей практики (семейного врача), в котором опять же содержались регулярно повторяемые ошибки и ставился знак равенства между ВОП и семейным врачом. Этим же приказом утверждены положения об организации деятельности центра общей врачебной (семейной) практики и соответствующего отделения ЛПУ, табель оснащения и состав врачебной укладки. Упомянутый центр очень напоминает зарубежную групповую практику. Далее приказами Минздрава №112 от 21.03.2003 г. и №402 от 12.08.2003 г. утверждены штатные нормативы ОВП и первичная медицинская документация. Кроме того, во многих других документах, в том числе социального характера, проходила идея о развитии ОВП. Уже создана ассоциация по ОВП, проведено несколько съездов и международных проектов ТАСИС, особенно хорошо выполнявшихся в Екатеринбурге, Самаре, С-Петербурге, Карелии, Ступинском районе Московской области и в Белгородской области. Большая работа проведена Московской медицинской академией им. И.М.Сеченова под руководством академика И.Н.Денисова. Напуганный резкими протестами ряда лидирующих педиатров страны, а этому способствовали голословные утверждения о том, что с развитием ОВП можно якобы закрыть педиатрическую службу, женские консультации и т.д. (на самом деле должно быть не вместо, а вместе!), Минздрав РФ дал «задний» ход, исключив из ОВП помощь детям и рекомендуя ОВП только для взрослых пациентов и, в основном, для села, что окончательно разрушает прогрессивную идею о ПМСП. Примерно с такими же ошибками реализуются территориальные программы в значительном числе регионов России. Таким образом, все аспекты деятельности ПМСП, включая подготовку кадров, квалификационные требования, характер и принципы

работы в нашей стране оказались искаженными до неузнаваемости и теперь предстоит очистить много наслоений с тем, чтобы абсолютно правильная идея ПМСП позволила бы вывести нынешнее здравоохранение из организационного кризиса.

Вообще в последние десятилетия качество подготовки врачей оставляет желать лучшего, что обусловлено отсутствием условий для получения современных знаний, качеством подготовки преподавателей, устаревшими обучающими технологиями, платностью образования, недостаточным вниманием к развитию клинического мышления, к клинической эпидемиологии, доказательной медицине, организации и качеству медицинской помощи и т.д. Так, по данным ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (2016), 90% пластических хирургов, подумав только, практически не знают хирургии. Об этом же свидетельствуют и многочисленные врачебные ошибки, лишь малая часть которых доходит до суда и разбирается в судебном порядке. А начинать подготовку кадров следует со школьного образования и воспитания, без чего возникают сложности в построении современной экономики, правового государства и в подготовке будущих специалистов. Сейчас мировым лидером школьного образования является Финляндия, где конкурс на место учителя составляет 15 человек на место, где школьников готовят не по шаблону, натаскивая их по ЕГЭ, где усилия сосредоточены на развитии каждого ребенка и не готовят единичных победителей Олимпиад, где сверх базового набора гуманитарных и естественнонаучных знаний ученик сам выбирает себе курсы, предлагаемые учителями, где оценка – не цель, а инструмент, где практикуется модульное образование, педагогическое творчество и высок престиж учительской профессии. Школа должна готовить выпускников широко мыслящих, грамотных, готовых к дальнейшему обучению или производственной деятельности и воспитывать гражданское самосознание, т.е. готовить ко взрослой жизни. Может быть поэтому в школу нужно

вернуть уроки по психологии, этике, астрономии, занятия по музыке, труду, домоводству и т.д. Мы уже не говорим о необходимости улучшения классики базовых знаний по истории, литературе, математике, географии и иностранным языкам. В США, например, имеющей весьма короткую историю, в школах подробно изучают каждый день войны Севера с Югом. Желательно занятия по физике проводить в политехнических музеях, по истории- в исторических и краеведческих музеях, по литературе- в литературных музеях, по ботанике- в лесу и ботаническом саду, по зоологии- в зоологическом саду, по астрономии- в планетарии и т.д., необходимо шире использовать демонстрацию разных тематических научно-популярных учебных фильмов и других демонстрационных материалов во время уроков. После основных занятий дети могут заниматься физкультурой, для чего в каждой школе должен быть оборудованный спортзал, вокруг школы беговая дорожка, а рядом- стадион и площадка для игровых видов спорта. Также после уроков могут быть организованы уроки рисования (с посещением художественных музеев), театральные кружки (с посещением спектаклей), кружок труда и рукоделия с посещением соответствующих производств, фотокружок, музыкально-танцевальные и хоровые занятия, кружок домоводства и ведения домашнего хозяйства, ухода за животными и т.д. Необходимо восстановить действовавшие ранее бесплатные кружки, занятия и секции. В период каникул должны быть организованы выезды школьников в другие города, по местам боевой славы, по историческим, культурным и художественным местам, в головные музеи страны и т.п., что будет способствовать культурному и патриотическому воспитанию детей. У нас в стране таких мест много, и они есть в каждом регионе. Для лучшего ощущения страны можно рекомендовать включение в школьную программу для старшеклассников факультативный и коллективный просмотр целого ряда фильмов с последующим их широким обсуждением. К числу таких фильмов можно отнести фильмы «Фараон», «Спартак», «Гладиатор», «Царь Давид», «Цезарь», «Падение Римской империи», «Крестоносцы», по роману

Сергеева-Ценского «Севастопольская страда», по роману Л.Н.Толстого «Война и мир», «Цусима», по произведениям В.Пикуля, «Вечный зов» и «Тени исчезают в полдень», «Адмирал», по роману Виктора Некрасова «Сталинградская битва», Александра Бека «Волоколамское шоссе», Константина Симонова «Живые и мертвые», «Война на западном направлении», «Неизвестная война», «Освобождение», «Тринадцать дней». по роману Анатолия Рыбакова «Дети Арбата», Василия Гроссмана «Жизнь и судьба» и другие. Школа должна давать не только широкое образование и соответствующим образом воспитывать детей, но и быть центром всего и готовить ребят к полноценной и разносторонней взрослой жизни. Кстати, во многих странах к этому начинают готовить детей с дошкольных учреждений, когда в детских садах есть комнаты для игры в магазин, где учат, как правильно продавать и покупать, как убирать мусор и т.д. В летний период для школьников должны быть организованы бесплатные или за незначительную плату рекреационные места отдыха и восстановления с подготовкой к предстоящим занятиям. Тем не менее, при поступлении в медицинский колледж или вуз абитуриент может пройти тестовый рекомендательный отбор пригодности к выбранной профессии. Мы считаем, что не из каждого человека может получиться хороший врач (по знаниям, навыкам и человеческим качествам), а плохие врачи нам не нужны. Следует также подумать о введении в вузах профильных вступительных экзаменов. При подготовке ВОП в западных медицинских школах и университетах учат пониманию и учету социальных и внешнесредовых факторов, определяющих здоровье и влияющих на пациентов и сообщества людей с тем, чтобы предлагать необходимые действия. Отсюда следует, что, во-первых, ПМСП фокусирует свои усилия на общине (коммуне), то есть на компактно проживающих людях, например, в городском микрорайоне или в поселке. Во-вторых, ПМСП является всеобъемлющей, предоставляется всем слоям населения (детям, подросткам, мужчинам и женщинам трудоспособного возраста, пожилым), учитывает и в какой-то степени опосредованно влияет

на факторы, находящиеся вне пределов прямого контроля со стороны традиционного здравоохранения. Педиатры, гинекологи и другие специалисты никуда не исчезают и они должны оказывать консультативно-методическую помощь ВОП.

Однако, в нашей стране (и об этом, в частности, свидетельствуют упомянутые ранее приказы и программы) рассматривается только медицинская клиническая составляющая ПМСП, что является принципиально неверным и даже вредным, поскольку ПМСП является составной частью системы охраны здоровья, ее самостоятельным низовым уровнем. У нас, как отмечалось, вся ПМСП сведена к еще одному врачу, ведущему первичный прием пациентов, причем по правилам, противоречащим мировой практике. Фостер С., Фили Р., Лейнг Р., Алкенбрак С. (2003) из Бостонского университета справедливо отмечали, что «проблемы со здоровьем требуют комплексных решений, а не просто медицинского лечения- в чем, собственно, и состоит основная задача ПМСП. Жилье, питание, работа, социальная поддержка- все эти факторы играют важную роль в деле улучшения здоровья людей. Врачей, к сожалению, не обучают навыкам координирования работы всех этих служб, да они обычно и не хотят этим заниматься. Вот почему все больший акцент делается на принципе групповой практики (работа в команде). Медсестры и социальные работники, работающие в рамках этих групп, будут своей работой расширять возможности медико-санитарной помощи, что позволит заняться решением проблем, лежащих вне границ системы здравоохранения». Это была цитата. Организация и координация деятельности всей ПМСП, реализующей комплексный межведомственный, межсекторальный подход к охране здоровья компактно проживающего населения, а также вовлечение в эту работу парамедиков, добровольцев, активистов муниципальных образований, попечительских и наблюдательных советов остается за главным институтом ПМСП- общей врачебной практикой (ОВП). Исходя из отмеченных

направлений деятельности, в ОВП по мере ее развития не менее 60% объемов работ и затрат времени должно отводиться на всю профилактическую и координирующую деятельность, для чего ОВП должна поддерживать постоянные контакты с местными органами власти, сан-эпидслужбой, социальной службой, скорой медицинской помощью, аптечной сетью, ЛПУ. Что касается чисто медицинской работы, на долю которой должно приходиться порядка 40% активности ВОП, то это совсем иной врач, которому невозможно подобрать аналог из нынешнего отечественного здравоохранения. Как становится понятным, это же, конечно, не участковый врач, хотя и имеются некоторые сходные черты. Иначе говоря, главное лицо в ОВП- врач общей практики (ВОП)- это не просто врач, ведущий первичный прием пациентов по широкому спектру проблем; его функции гораздо более широкие и они ориентированы, главным образом, на охрану здоровья граждан, проживающих в курируемой им общине (микрорайоне, поселении). Такой врач в идеале должен быть специально подготовленным, независимым в своих действиях (отчет- по конечным результатам), фактически субъектом права, т.е. частнопрактикующим (самостоятельно хозяйствующим субъектом), имеющим право распоряжаться выделенными ему средствами по своему разумению, но работающим на контракте с государственными организациями. Получая финансирование из бюджета, ВОП имеет право, как самостоятельно хозяйствующий субъект, использовать эти средства на расширение и улучшение своей деятельности без каких-либо согласований, ограничений и разрешений. Его работа должна основываться на трехстороннем договоре (контракте) с вышестоящей медицинской организацией (создание и оснащение ОВП, подбор кадров, организация профосмотров и диспансеризации, контроль и обеспечение качества, прием пациентов по направлению ВОП, консультативно-методическая, дистанционная и организационная помощь и т.д.) и с местными органами власти (помещение, задания на объемы и результаты работ по охране здоровья и оказанию медицинской помощи, текущее содержание ОВП и т.п.).

Среди всех видов осмотров ведущая роль принадлежит профилактическим осмотрам, которые подразделяются на периодические, комплексные и массовые, и целевые (скрининги) с применением специфических и чувствительных тестов на онкозаболевания, диабет и т.д. Имеются и другие виды осмотров. Все они ориентированы на «донозологическую диагностику» (по Казначееву В.П.) и раннее выявление у предрасположенных лиц с повышенным риском тех заболеваний, для которых раннее лечение может дать хороший результат. В некоторых странах стали говорить о неэффективности профилактических осмотров, о гипердиагностике при них и т.д. Им вторят некоторые наши специалисты, рассуждающие о неэффективности диспансеризации в целом. Что касается проведенных массовых (они всегда массовые) периодических профилактических осмотров, то с ними можно согласиться, поскольку имеет место огромное число приписок (до 70%) потому, что каждый осмотр - это деньги, и за период короткого осмотра правильный диагноз, как того добивался Минздрав РФ, во многих случаях поставить практически невозможно. Краткосрочный осмотр не является самостоятельной единицей и может служить дополнением к материалам 3-летней обращаемости (для изучения истинной заболеваемости) или прелюдией к диспансеризации. А к диспансеризации, т.е. к индивидуальному взятию на диспансерный учет, систематическому индивидуальному наблюдению и оздоровлению мы еще не приступали, хотя проведенные профосмотры ошибочно многие (снизу доверху) называют диспансеризацией. Однако, В.М. Шипова (2013) показала, что в соответствии с приказом Минздрава РФ №1011н профилактические осмотры являются функциональной обязанностью участковых врачей и ВОП, а по приказу Минздрава РФ №1006н расширен контингент, подлежащий профилактическим осмотрам, изменен перечень лабораторных и инструментальных исследований, определена периодичность осмотров, расширен перечень врачей-специалистов, по итогам проводится оценка здоровья. Кроме того, В.М. Шипова доказала экономическую

целесообразность и оправданную себестоимость профилактических осмотров. Затраты на проведение осмотров окупаются за счет последующей диспансеризации, в том числе за счет своевременного оздоровления диспансеризуемых, что не требует в дальнейшем применения дорогостоящего лечения.

Обеспечивая во многих странах преимущественно ПМСП большинству граждан (там до 90% населения нуждаются в ней) и сосредотачивая там основные ресурсы, государство тем самым гарантирует право на сохранение здоровья, поскольку высоко технологичная и финансово емкая помощь обеспечивает права меньшинства и куда при правильной организации всей работы должны поступать не более 0.05% всех пациентов и даже меньше. А мы туда «вбухиваем» очень большие деньги в ущерб более результативным, дешевым и массовым видам помощи. С каждым годом увеличивается число больных, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), правда, при неизвестных, видимо засекреченных результатах ее оказания. Этим очень гордятся губернаторы, мэры и медицинские чиновники. Так, по данным Л. Печатникова, в Москве высокотехнологичную медицинскую помощь по 17 профилям в 2016 г. получили на 76% больше больных, чем в 2015 г. Помощь получили, и что в итоге? Здесь, как это сейчас принято, нигде не приводятся результаты применения различных диагностических и лечебных средств. Однако, приведенные данные свидетельствуют скорее о нерациональном расходовании средств и о серьезной запущенности патологических процессов. Вначале пропустили заболевания, их запустили, а когда они перешли в тяжелую и хроническую стадию, стали применять дорогостоящую ВМП. Весь мир старается «не допустить» пациентов до дорогостоящих высоких технологий, а решить их проблемы гораздо раньше, когда лечение может быть наиболее эффективным, т.е. при возможно раннем выявлении заболеваний. Вот и получается, что эффективность московского здравоохранения крайне низка: при значительных затратах результаты

оставляют желать лучшего. Опять же возникает простой вопрос: высоко технологичная медицинская помощь (ВМП) оказана, а каковы результаты (ближайшие или отдаленные)?

На уровне ПМСП должны начать и закончить свое лечение не менее 85% всех пациентов, а для остальных должна определиться дальнейшая маршрутизация пациентов — на специализированную амбулаторную помощь, в стационары общего типа, в специализированные стационары, на высокие медицинские технологии и на реабилитацию или интегрированный медицинский уход, в основном, после стационарного лечения. Впервые этапность оказания необходимой помощи раненым, больным и пораженным была в организационном плане проработана Н.И.Пироговым в период Крымской компании 1854-55 гг., что является целиком и полностью заслугой отечественного здравоохранения. Затем эти идеи были положены в основу отечественной военно-медицинской доктрины, практическая реализация которой позволила добиться в годы ВОВ самой высокой доли восстановления в строй. В целом сейчас этапность организации медицинской (именно медицинской) помощи должна иметь следующий вид: медицинская помощь общего типа (ОВП, малая хирургия, обычная акушерская помощь, зубоврачебная помощь, простейшие лабораторные и другие диагностические исследования, лекарственное обеспечение общего типа- повседневного спроса, линейные бригады СМП), с дневным стационаром на несколько постоянных коек должна быть максимально приближенной к населению и быть полностью бесплатной для пациентов. Она будет составлять основу восстановленного муниципального здравоохранения. В линейных бригадах на скорой медицинской помощи (СМП) должны работать очень квалифицированные синдромальные врачи, в задачи которых не входит постановка диагноза за время короткого визита, а решение проблем вызвавшего пациента и его дальнейшей судьбы- оказать помощь, оставить на дому, передать данные ВОП, вызвать специализированную бригаду,

госпитализировать и т.д. Такой врач линейной бригады также должен также руководствоваться синдромальной классификацией WONCA. Далее следует консультативно-диагностический центр (КДЦ) с амбулаторными врачами-специалистами, дневным стационаром и дневной хирургией и возможностью более глубокой диагностики, со специализированным амбулаторным лечением и реабилитацией, а также с консультацией больных по направлению ВОП. На межмуниципальном (межрайонном) уровне на путях транспортных сообщений должны находиться больницы общего типа (на 4-6 отделений) и соответствующие этим профилям амбулаторно-поликлинические учреждения, возможно, в виде расширенных КДЦ. На четвертом уровне, в крупных городах и областных центрах могут размещаться крупные специализированные медицинские учреждения, которые помимо непосредственного приема пациентов по направлениям ВОП, осуществляют дистанционное консультирование и выезды на места. К этому уровню субъекта федерации помимо специализированных и многопрофильных больниц относятся стоматологические поликлиники, специализированные бригады СМП, крупные родильные дома (лучше-родильные отделения в больницах) женские консультации, частные клиники, гостиница (общежитие) для больных, прибывших на консультацию и обследование издалека, центры ВМП и т.д. По официальным данным в 2015 г. было выполнено 45.7 млн. выездов бригад СМП, однако эти данные ни и чем не говорят без анализа количества, структуры и, главное, результатов вызовов СМП. Правда, за счет городской местности при малых расстояниях большинство выездов уложились в требуемые 20 минут.

В ближайшее время ожидается пополнение парка автомобилей (1.5 тысячи новых «скорых» и более сотни реанимобилей), правда, без пополнения ремонтной базы и улучшения состояния дорог. Предложенная не профессионалами рационализация организации работы СМП с исключением из них врачей и водителей и заменой их на фельдшеров признана

несостоятельной и не проводилась. Центры высоких технологий, включая перинатальные центры, должны находиться в федеральном ведении, независимо от места их расположения. Именно таким образом (от простого к сложному и от общего к специализированному) должна быть выстроена вся медицинская помощь, включая диагностическую службу и аптечную сеть. Вообще-то, этот принцип должен лечь в основу всех служб. Как раз такая иерархия способна максимально удовлетворить пациентов и при соответствующей разработке рациональных маршрутов движения пациентов может быть исключительно выгодной для государства. При этом нельзя забывать об обоснованном размещении и правильной организации работы ФАПов, подготовке парамедиков и санитарного актива, санитарно-просветительной работе среди населения, мотивируя его на ведение здорового образа жизни. Такая организация позволит оптимизировать и даже снизить затраты на здравоохранение и, особенно, на дорогостоящие виды помощи и нагрузку на них (стационарную, специализированную, высокотехнологичную), что явится значительным внутренним резервом более рационального расходования средств и с большей пользой для пациентов (по затратам времени, денег и по результатам).

Во всех странах Запада именно местным органам власти предоставляют большую финансовую автономию (оставляя там большую часть налогов) при оказании медицинской помощи и эта ответственность относится к округам (областям, землям, провинциям, ленам, графствам и т.д.) и муниципалитетам с тенденцией переноса акцентов со стационарной помощи на амбулаторную и далее на ПМСП, профилактику и помощь на дому. И это правильно, поскольку именно на местном уровне должны создаваться все необходимые условия для повседневной жизни людей. Конечно, для восстановления в стране муниципального здравоохранения и наиболее приближенной к населению медицинской помощи общего типа потребуются пересмотр соответствующих полномочий, налогов и денежных потоков. Уже принято

решение о не вполне адресном выделении 300 млрд. руб. на развитие сельских территорий, но этого крайне недостаточно, т.к. с 2005 г. доля налоговых поступлений только снижается. Поскольку в современных условиях имеется выраженная необходимость интегрального видения проблем пациентов с самых первых контактов с системой охраны здоровья, то альтернативы общей врачебной (семейной) практике в этом отношении фактически нет. Кроме этих задач врач общей практики (семейный врач) оказывает необходимую врачебную помощь общего типа по индивидуальному или семейному принципу, что делает её более приближенной и доступной для населения. Поэтому на самом деле речь не идет о разрушении каких-либо сложившихся медицинских специализированных служб. Напротив, благодаря внедрению общей врачебной (семейной) практики авторитет и эффективность специализированных служб должны значительно возрасти. Центральной фигурой на селе (да и в городах тоже) является правильно подготовленный врач общей практики (ВОП), который во многих случаях может заменить собой ряд узких специалистов (или снизить на них нагрузку) и который организует работу на врачебном участке фельдшеров, акушерок, медсестер, парамедиков и, где необходимо, социальных работников, психологов и волонтеров. ВОП осуществляет консультативные выезды на ФАПы. Формы организации работы ВОП зависят от численности прикрепленного населения, расстояний и сообщений, подготовленности персонала: индивидуальная общая врачебная практика с круглосуточным оказанием неотложной помощи и с дневным стационаром (примерно на 1200-1500 человек), Центры общей врачебной практики — примерно на 1500- 5000 населения.

В отсутствии достаточного транспортного сообщения не спасут селян разовые выезды в село ФАПов на колесах, оснащенных портативным УЗИ, простейшим электрокардиографом, средствами экспресс-диагностики, аппаратами для измерения АД и внутриглазного давления. И хотя такой комплекс стоит дешевле (3.5 млн. руб.) чем стационарный ФАП, заменить

его никак не может, поскольку стационарный ФАП систематически ведет профилактическую работу и оказывает помощь ежедневно, а передвижной- только диагностику, к тому же от случая к случаю. Многие горячие головы в отдельных территориях (например, в Новгородской области) решили заменить стационарные ФАПы на передвижные (приехали-уехали), не понимая, что передвижные виды помощи- это дополнительная работа, которая не может заменить собой ни полноценный ФАП, ни ОВП, ни участковую больницу, ни скорую помощь. Совершенно не следует полагать, что современные организационные и информационные технологии могут применяться, как у нас некоторые полагают, вместо лечащих врачей- врачей общей практики и врачей в относительно небольших больницах общего профиля и заменить их. У нас ошибочно считают, что телемедицину можно помимо обучения использовать для консультации больных. Ошибка состоит в том, что на самом деле дистанционные консультации предназначены именно для лечащего врача.

В развитых странах такие системы используются в дополнение к врачам общей практики, содействуя более точной и качественной диагностике и обоснованному лечению, а скрининговые системы- более раннему обнаружению заболеваний. И тогда возникнет стройная система оказания медицинской помощи на селе, которая придет на смену разрушенному муниципальному здравоохранению.

Согласно хорошо известному Левенхорстскому (по имени маленького городка в Нидерландах) определению 1974 г. (Leeuwenhorst group), ВОП - это выпускник медицинского колледжа (вуза), имеющий лицензию, который оказывает индивидуальную, первичную и непрерывную помощь отдельным людям, семьям и обслуживаемому населению, независимо от пола, возраста и вида заболевания. В этом определении фактически подчеркнуто, что ВОП имеет дело со всеми прикрепленными пациентами (детьми, подростками, взрослыми и пожилыми) и практически с большинством проблем пациентов. Однако это возможно лишь при условии соответствующей до- и последипломной подготовки по широкому спектру дисциплин и наличия соответствующего разрешения на самостоятельную деятельность в виде лицензии. Более точным, хотя и не совсем полным, является определение группы F. Olesen, опубликованное в 2000 г. в Британском медицинском журнале (BMJ). Из

этого определения следует, что ВОП является подготовленным специалистом для работы на линии фронта системы охраны здоровья и для принятия первоначальных шагов по обеспечению помощи по тем проблемам здоровья, которые имеются у населения. И далее «ВОП осуществляет профилактику, диагностику, лечение, уход и облегчение, используя и интегрируя биомедицинские науки, медицинскую психологию и медицинскую социологию». Европейское региональное бюро ВОЗ неоднократно подчеркивало, что ОВП занимается проблемами здоровья (и факторами на него влияющими) всего обслуживаемого населения и одновременно нацелена на конкретного человека, а не на болезнь. Это ещё раз подчеркивает, что ВОП - это не только, и не столько клиницист. Таким образом, главными задачами врача общей практики помимо чисто медицинской деятельности являются координация усилий различных ведомств (межведомственный подход по критерию здоровья) для создания системы охраны здоровья на уровне небольшой и компактно проживающей группы населения (общины) и осуществление там необходимых мероприятий по первичной профилактике болезней, как в сельской, так и городской местности. И если такой врач будет хорошо подготовлен по педиатрии (что позволит ему рассматривать проблемы здоровья семьи в целом), а педиатр наряду с другими специалистами будет выступать в качестве консультанта для такого врача, то все скептические мнения относительно развития ОВП в стране просто исчезнут. В ПМСП должно быть занято не менее 40% всех врачей, как в Нидерландах, Великобритании, Израиле и в других государствах. Для этого в РФ нужно сделать более привлекательной (материально и творчески) работу в ПМСП с тем, чтобы полностью укомплектовать их врачами, начиная с подготовленных выпускников и кончая ранее работавшими в больницах. Постепенно (!) участковые терапевты и участковые педиатры при соответствующем стимулировании должны переквалифицироваться (переучиваться) во врачей общей практики. ВОП являются подготовленными профессионалами по широкому кругу вопросов и в подавляющем большинстве случаев могут не направлять больных к врачам-специалистам, а решать их проблемы самостоятельно. Кстати, лучшие и более чуткие ВОП получают из переквалифицированных участковых педиатров, а более решительные - из врачей хирургического профиля. В ответ на робкое заявление главного педиатра страны академика А.А.Баранова о

том, что детские врачи по примеру других стран не должны осуществлять вызовы на дом хотя бы в крупных городах, немедленно последовала отрицательная реакция Минздрава РФ, который даже не стал рассматривать интересное предложение. Тут правы обе стороны, т.к., с одной стороны, нет смысла вести больного ребенка в поликлинику, а, с другой, врач при посещении на дому вооружен пока только фонендоскопом. Видимо, в каждом конкретном случае могут быть типовые вариации, а лучше всего, если вызовы на дом реализует медсестра ОВП. В результате преобразований соотношение ВОП и врачей-специалистов должно быть на перспективу как 45 : 55, то есть если сейчас врачей общей практики у нас всего 10 тысяч, то на перспективу их число нужно увеличить в 30–35 раз при одновременном сокращении численности врачей-специалистов, которые не должны вести самостоятельный прием пациентов, а лишь по направлениям ВОП. В Москве только за 2015 г. число посещений к участковым врачам возросло на 25% и в течение 2-х лет намереваются переобучить всех участковых терапевтов на ВОП, что вызывает большие сомнения как в объемах, так и в качестве подготовки ВОП. А правительство намерено изменить первичный прием пожилых людей с тем, чтобы они попадали вначале к средним медработникам, а к врачам непосредственно дорога им будет заказана. ПМСП хотя и не является самым дешевым разделом здравоохранения, но, по последним данным ВОЗ, обеспечивает лучшее соотношение затрат и результатов, стоимости и качества. Исследования показывают, что треть всех посещений к врачам-специалистам являются не достаточно обоснованными (поэтому нужен «фильтр»), а ещё 40% посещений к ним мог бы взять на себя правильно подготовленный ВОП (в Эстонии — от 30 до 70%) и это ведет к сокращению объема стационарной помощи на 20–45%. Вот почему ПМСП является наиболее экономичной моделью в здравоохранении, что важно не только в условиях кризиса. Поэтому правильно организованная ПМСП с подготовленным в соответствие с международными требованиями персоналом ОВП должна занять ведущее место в перспективной модели системы охраны здоровья, в частности в Сахалинской области. ОВП может быть индивидуальной примерно на 1200-1500 человек, в которой помимо ВОП заняты 2 медсестры и санитарка, которую целесообразно организовывать в городах (отдаленных микрорайонах), в которых имеется достаточное число ЛПУ, а также групповая ОВП, которую целесообразно

создавать в сельской местности и в отдаленных от большинства ЛПУ местах. В принципе в общей врачебной практике (групповой) помимо нескольких ВОП могут работать также фельдшер, акушерка, зубной врач со средним образованием, психолог, 3-4 медсестры (на приеме, патронажная, физиотерапевтическая, обученная медико-санитарной работе, в дневном стационаре, процедурно-перевязочная, по интегральному уходу или совмещающие эти функции), лаборант, социальный работник, санитарка и другие. Тогда это будет соответствовать Центру общей врачебной практики (ЦОВП), о чем говорилось в приказе Минздрава РФ № 112 от 21 марта 2003 г., хотя содержащиеся в приложениях к нему штатные нормативы уже требуют пересмотра. В таком центре, который может быть организован в сдвоенной 3-4 комнатной квартире, могут быть кабинет ВОП, процедурно-манипуляционно-перевязочный кабинет, фельдшерский кабинет с аптекой низкой категории и с лекарствами повседневного спроса, дневной стационар и родильные койки, смотровой кабинет, физиотерапевтический кабинет, минилаборатория с простейшими исследованиями, туалет. Некоторые кабинеты могут быть совмещены. Такой центр должен в условиях Сахалинской области обеспечивать ПМСП не менее 1500-3500 жителей, но не более 5000. В ряде случаев, особенно при изолированном расселении, численность жителей может не учитываться при ориентации на целесообразность, например, при малом числе жителей, но значительных расстояниях или в трудно доступной местности. Везде это должно быть организовано не по шаблону, а строго индивидуально. При каждой общей врачебной практике должны создаваться попечительские (наблюдательные) советы, актив здравоохранения (волонтеры) и группа подготовленных парамедиков, особенно в тех местах, где отсутствуют ФАПы. В подготовленном ЕРБ ВОЗ в 1998 г. Руководстве по профессиональным и административным аспектам развития общей практики (семейной медицины) в странах Европы, наряду с важнейшими характеристиками общей практики (непрерывность, всеобъемлющий характер, координация, сотрудничество, ориентированность на семью, ориентированность на общину), подчеркивается, что общая врачебная практика занимается проблемами здоровья всего обслуживаемого населения и в лечебно-профилактическом отношении одновременно нацелена на конкретного человека, а не на болезнь, в том числе на принцип «лечить больного, а не болезнь». Помимо лечебно-

диагностической работы в обязанности ОВП входят задачи по улучшению системы охраны здоровья по критерию здоровья на местном уровне, обеспечение которых относится к компетенции местных органов власти и перед которыми необходимо ставить соответствующие вопросы.

К числу таких задач относятся предложения по:

-приближению к компактно проживающему населению сети магазинов (палаток, киосков, мастерских, передвижных лавок и т.д.) с товарами и услугами повседневного спроса, учреждений бытового назначения, общественного транспорта, аптечных учреждений, ПМСП, оздоровительных заведений и спортивных площадок, детских дошкольных учреждений и начальных школ и т.д.

-улучшению доступности и качества питьевой воды, качества воздуха, почвы и окружающей среды в целом, улучшению экологии и биогеоценозов, проведению озеленения и благоустройства, созданию зон культурного отдыха и т.д.

-улучшению условий жизни, жилищно-коммунальных условий, условий труда

-улучшению структуры, объемов и качества питания, действенному контролю за безопасностью и составом потребляемых продуктов

-повышению уровня общей культуры и образования, созданию условий для ведения здорового и подвижного образа жизни, содействию занятости детей и подростков по их интересам (кружки, секции и т.д.), организации их отдыха и оздоровления, созданию условий для массовых занятий физкультурой (стадионы, спортивные площадки и секции, бассейны, катки, лыжни и т.д.)

-укреплению семьи, профилактике правонарушений

-санитарному образованию населения, повышению уровня санитарной грамотности и культуры, обучению простейшим методам доврачебной самопомощи, самообследования, само- и взаимопомощи

-борьбе с бродяжничеством, проституцией, венерическими болезнями и СПИДом, злоупотреблением алкоголя и табакокурением, наркозависимостью

-организации и проведению периодических и целевых профилактических осмотров и обследований, диспансеризации, вакцинации и иммунизации

-организации парамедицинского и медсестринского патронажа, интегрированного медицинского ухода на дому (дневного и

круглосуточного), созданию межрайонных домов сестринского ухода и хосписов

-организации восстановления здоровья и трудоспособности и реабилитации в домашних и офисных условиях

-созданию школ здоровья, раннему выявлению заболеваний

-выявлению социально уязвимых групп населения, в том числе малоимущих, и организации им адресной поддержки.

К клинической деятельности в ОВП относятся:

-прием всех пациентов по широкому спектру медицинских проблем на синдромальном уровне, организация профилактики, лечения и реабилитации в пределах своей компетенции

-направление в необходимых случаях пациентов на консультации к врачам-специалистам (в том числе педиатрам и гинекологам) и на дообследование в КДЦ или на госпитализацию

-организация вызовов на дом, ухода на дому и консультаций пациентов при выезде врачей-специалистов или с помощью дистанционной диагностики и консультирования на расстоянии

-возможно также при наличии близлежащего стационара ведение пациентов в больнице.

Именно ПМСП в полной мере реализует ВОЗовский лозунг «Здоровье для всех, забота о каждом».

Также нуждается в совершенствовании и примерный табель оснащения ОВП, утвержденный приказом Минздрава РФ № 350 от 20 ноября 2002 г. Мелкий и традиционный инструментарий и изделия медицинского назначения, мягкого (белье, простыни, пеленки и т.д.) и твердого (кушетки, шкафы, гинекологическое кресло, сейфы, холодильники и др.) и другого инвентаря тут перечислять нет смысла, равно как и диагностических тестов, реактивов и медикаментов. Отметим только автоклав, УЗИ, центрифугу, переносной аппарат для искусственной вентиляции легких, весы и ростомер, спирометр, глюкометр, динамометр, акушерско-гинекологический набор, зубоврачебную установку, бестеневые бактерицидные лампы, малый хирургический набор, микроскоп с осветителем, негатоскоп, бактерицидный облучатель, оториноофтальмоскоп с деталями и запчастями, пикфлуометр, пульсоксиметр, ректоскоп, счетчик формулы крови или биохимический анализатор, дефибриллятор, аппарат для искусственного дыхания,

компрессорный электроотсос, 12-канальный электрокардиограф, физиотерапевтическую аппаратуру, переносную укладку для вызовов, укладки для оказания экстренной медицинской помощи и т.д. Кроме этого должны быть набор тестов для экспресс-диагностики и экспресс-анализаторы, персональный компьютер с интернетом, скайпом и базами данных на своих пациентов, на протоколы обследования и лечения, литература и т.д., а также транспорт: санитарная Нива или УАЗик с носилками.

В целом система градостроительства, в том числе в новых районах, должна быть организована так, чтобы все службы общего назначения были бы рядом с компактно проживающим населением, а специальные (специализированные)- могут быть в отдалении. Об этом ранее несколько раз говорилось. Как можно ближе к населению должны быть магазины и службы повседневного спроса, например, булочные, молочные и др., а супермаркеты и рынки могут быть на расстоянии. Вблизи должна находиться начальная школа с тем, чтобы учащиеся младших классов не переходили бы улицы и магистрали. На селе помимо восстановления домов культуры с библиотеками целесообразно даже при наличии небольшого числа школьников не отправлять их за многие километры, а создать «однокомнатные школы» по типу американских One room school, а в средние школы должен школьников возить школьный автобус по согласованному графику. Хочется надеяться на полное удовлетворение потребностей наших школьников, проживающих в отдалении от школ, в школьных автобусах. В Японии ради одной школьницы, живущей на отдаленном полуострове, пустили специальную электричку, чтобы она могла добираться ежедневно до школы и обратно. На уровне муниципалитетов могут быть также техникумы и профессионально-технические училища и др. К муниципальному уровню должны относиться и ПМСП, а также линейные бригады СМП, а специализированные бригады могут подчиняться субъектному уровню. Таким образом, население должно быть в нашей стране приближено к медицинской помощи, как это происходит сейчас, а амбулаторная помощь общего типа должна быть максимально приближенной к населению. Также должны быть организованы муниципальная (открытая) полиция, мировые суды и т.д. Для этого муниципалитеты должны быть обеспечены необходимыми средствами.

Существующие городские поликлиники должны быть объединены с центрами здоровья, из них должны быть выделены общие врачебные (лучше групповые практики), и они должны быть преобразованы в КДЦ, оказывающих специализированную врачебную амбулаторную помощь. Врачей-специалистов, работающих в КДЦ и стационарах, должно быть, по нашей оценке, около 430 тыс., конечно же, при соответствующем оснащении и информатизации. При этом врачи-специалисты КДЦ, включая педиатров, интернистов, хирургов и акушеров-гинекологов, самостоятельный прием пациентов, как правило, не ведут, а лишь консультируют больных по направлениям ВОП и в КДЦ осуществляется более глубокое обследование пациентов, там же имеются дневной стационар и дневная хирургия. Врачи-специалисты при этом ведут не только лечебно-диагностическую работу, но и выступают в роли консультантов для ВОП и помогают им в проведении медицинских профилактических мероприятий и диспансеризации. В развитых странах широкое развитие получает превентивная медицина, которая включает не только (как у нас) прививки против целого ряда инфекционных заболеваний, но и вакцинацию против весьма распространенного рака шейки матки, генетический анализ, позволяющий выявить предрасположенность к отдельным заболеваниям, профилактические хирургические вмешательства. Поэтому число врачей-специалистов может быть сокращено и должен быть осуществлен постепенный переток кадров (врачебных и средних медработников) в сторону ПМСП. У нас же в стране созданы 700 центров здоровья, выделены на них, на их рекламу, на создание сайтов немалые деньги, а посещаемость их оставляет желать лучшего, тем более, что дальнейшая судьба обследованных пациентов неизвестна и пациенты предоставлены сами себе, поскольку сейчас нет полноценного ВОП, отвечающего за каждого пациента и имеющего о нем всю информацию.

Необходимо и в городах, и на селе из КДЦ организовать консультирование врачей общей практики силами врачей-специалистов КДЦ путем выезда на места или организации дистанционной телесвязи. В связи с этим количество врачей-специалистов должно постепенно уменьшиться, а число ВОП возрасти. Как несколько раз отмечалось, врачи-специалисты в КДЦ должны вести прием пациентов только по направлению ВОП. Для этого КДЦ могут быть хоть и отдаленными, но должны быть доступными и находиться на путях транспортных сообщений. Кроме того, в их задачи должно входить также оказание консультативной медицинской помощи ВОП при плановых выездах на места (а ВОП подбирает для этого пациентов) индивидуально или в виде выездных бригад, а также путем дистанционного консультирования с использованием современных средств связи и телекоммуникаций. В КДЦ должны находиться сертифицированные

подразделения общей и специальной диагностики, аппаратных методов амбулаторного лечения или лечения в дневном стационаре и т.д. Вызовы на дом в ОВП должны обслуживаться медсестрами, которые в случае необходимости обращаются к врачам. Медицинские сестры должны также вести доврачебный прием пациентов и иметь право выписки рецептов на медикаменты по ограниченному перечню. Вообще необходимо шире и полнее использовать потенциал медицинских сестер в профилактике, лечении, реабилитации, в медицинском уходе и в паллиативной помощи.

Таблица Распределение (в %) потока пациентов и ресурсов

Виды помощи	Поток пациентов		Число врачей		Финансовые Средства	
	В наст. время	На перспективу	В наст. время	На перспективу	В наст. время	На перспективу
ПСМП	45	100	10	45	10	35
Специализированная амбулаторная	30	20	20	10	20	14
Стационарная общая	18	15	40	28	30	22
Стационарная специализированная	7	5	30	14	38	18
Высокие технологии	0,05	0,01	0,1	1,0	2	5
Интегрированный медицинский уход	-	10	-	2,0	-	6

Как следует из данной таблицы, в перспективе должно быть предусмотрено существенное укрепление ПМСП, через которую фактически должны проходить все 100% пациентов и 80-85% должны на этом уровне заканчивать лечение. Кроме того, необходимо участие населения в работе попечительских советов при всех медицинских учреждениях, в том числе при ОВП. Во многих странах мира такие советы успешно работают на протяжении многих десятилетий. В России эти советы создавались в дореволюционный период, затем в силу своей демократичности они прекратили свое существование, и лишь в последние два года стали кое-где появляться, например, в Самаре, но пока еще с несколько усеченными функциями. В то же время, совет попечителей должен участвовать в выработке перспектив развития медицинских учреждений, начиная с общих врачебных практик, по хорошему лоббировать их интересы, разъяснять, в том числе через средства массовой информации и информационные листки задачи, особенности работы и результаты деятельности этих учреждений, представлять их интересы во властных структурах, финансирующих и других организациях, привлекать инвестиции и пожертвования, а также одновременно, что не менее важно и что иногда опускается по вполне понятным причинам, контролировать деятельность административно-хозяйственного персонала медицинских учреждений, отслеживать

финансовые и материальные потоки, содействуя прозрачности административно-финансового управления, участвовать практически во всех внутренних процессах (пищеблок, прачечная и прочее), кроме чисто медицинских мероприятий (медицинская профилактика, диагностика, лечение, реабилитация, выбор адекватных технологий и управление качеством медицинской помощи). При попечительском совете может существовать санитарный актив. Все это будет содействовать открытости здравоохранения, прозрачности использования средств, сближению населения и медицины (смещение акцентов с кастовой медицины в сторону медицины народной), более доверительному отношению пациентов, разрешению возможных и разнообразных конфликтных ситуаций, повышению роли и значимости медицинских учреждений, росту авторитета медицинских работников и престижности медицинских профессий, развитию системы государственно-общественного управления здравоохранением, что в итоге будет способствовать становлению в стране гражданского общества. Ну, и наконец, появится возможность осуществить один из так и не реализованных до сих пор основных принципов общественного здравоохранения (по Н.А.Семашко), а именно- широкое участие масс трудящихся в решении проблем здравоохранения, и об этом уже упоминалось.

К сожалению, подготовка кадров для отечественного здравоохранения (и не только) пока отстает от лучших западных стандартов. Даже наши передовые университеты, например, МГУ (188 место), находятся в лучшем случае во второй сотне международного рейтинга университетов (Times Higher Education). В первую десятку традиционно входят Оксфорд, Кембридж и американские университеты. Попытки обжаловать места в рейтинге не увенчались успехом, поскольку критерии носили объективный характер. Так, если у нас на 1 преподавателя приходится в среднем 12 студентов (в МГУ- 4), то в США, например, на 1 студента приходится до 8 преподавателей. У нас образование массовое, а там- штучное. Другим критерием является не общее количество университетских публикаций, а их цитируемость. Еще относятся к критериям востребованность выпускников, которых на последних курсах обучения присмотрели для себя учреждения и фирмы, число иностранных студентов и т.д. Наилучшими специалистами считаются получившие широкое общее естественное образование в английских университетах, а затем окончившие, скажем, Массачусетский технологический институт. Исходя из этого, необходимо вносить соответствующие коррективы и в медицинское образование. На старших курсах нужно значительно расширить изучение общественного здоровья и здравоохранения, адаптировав эту дисциплину к имеющимся и будущим вызовам (я готов участвовать в составлении такой программы), ввести обучение по качеству медицинской деятельности и по качеству медицинской помощи, а также занятия по медицинской психологии «Больной и его психология», по современным технологиям. С первого курса и до последнего необходимо изучать медицинскую этику и логику, включая

взаимоотношения с пациентами, пораздельное изучение адаптированной Клятвы Гиппократова, развитие клинического мышления на основе взаимодействия органов и систем в норме и патологии. Нужно, наконец, решить вопрос со стоматологами: если они дантисты, то достаточно несколько усеченной программы, а если врачи, то учить их нужно в полном объеме.

Видимо, назрела пора создать в наших медицинских вузах факультеты по общей врачебной практике и обучать студентов по несколько иным программам, рекомендованным Всемирной организацией по семейной медицине (WONCA) и с учетом требований, предъявляемых к такого рода специалистам, включая их взаимодействие со смежными инстанциями. Помимо ВУЗовской полноценной подготовки ВОП должны быть созданы условия для послевузовской переподготовки, первичной специализации с последующими усовершенствованием, повышением квалификации, лицензированием и ре-лицензированием. Врач общей практики должен быть хорошо подготовленным по основным специальностям (терапия, педиатрия, гериатрия, акушерство, гинекология, мелкая хирургия, социальная и медицинская профилактика, общественное здоровье и здравоохранение, деонтология), а также по общим вопросам в узких специальностях (неврология, психиатрия, офтальмология, ЛОР, травматология и др.). Для этого необходимо, как отмечалось, при медицинских учебных заведениях создать специальные факультеты по подготовке (переподготовке) специалистов для ПМСП, что требует определенной (синдромальной) специфики в образовании. К сожалению, подготовка врачей общей практики, в том числе и для Москвы, оставляет желать лучшего и требует кардинальных преобразований. Именно поэтому необходимо внести коррективы в образовательный стандарт врача общей практики (семейного врача) в соответствие с новыми требованиями к их подготовке. Так, экспертами WONCA разработаны новые определения специальности «Общая врачебная практика/семейная медицина», ее основополагающие признаки и описаны требования к объему оказываемой такими врачами медицинской помощи. Всемирной федерацией медицинского образования (WFME) разработаны стандарты по повышению качества последипломного образования, Советом Европейской академии преподавателей ОВП (EURACT) разработаны рекомендации по подготовке ВОП. Согласно принятым документам, ВОП помимо чисто врачебной деятельности, лечебно-диагностических, медико-профилактических и реабилитационных вопросов, а также принципов оказания неотложной помощи должен владеть законодательством по охране здоровья, знать структуру и основные принципы здравоохранения, хорошо разбираться в условиях жизни и здоровья прикрепленного населения, осуществлять первичную (социальную) профилактику болезней, знать свои права, обязанности и ответственность, владеть методами планирования и анализа работы ПМСП, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами, знать и соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии. В процессе обучения необходимо

увеличить число часов на синдромальную диагностику, на педиатрию, психиатрию, внутренние болезни, гериатрию, ЛОР-болезни, неврологию, дерматовенерологию, офтальмологию, акушерство с гинекологией, мелкую хирургию, ввести курс по социальной профилактике болезней и охране здоровья, деонтологии, психологии, учить взаимодействию с местными органами власти, с населением и группами пациентов. Знаний, которые он сейчас получает по болезням детей и подростков (99 часов), по здоровью пожилых и т.д., явно недостаточно.

Нужно перестать готовить ВОП только как клинициста, он должен стать главной фигурой в организации ПМСП, т.е. не просто лечащим врачом, но и важным действующим лицом в низовой системе охраны здоровья, организатором всей профилактической и лечебной работы прикрепленному населению. В связи с этим возникают следующие требования к объему его знаний: клинические дисциплины-60%, в т.ч. общего типа-65%, специализированные-35%. Среди клинических дисциплин общего типа по 30% должно приходиться на терапию и педиатрию, 20%- на акушерство и по 10% на гинекологию и хирургию. Из специализированных дисциплин (т.е. из 35% объема знаний) по 15% должно приходиться на гериатрию и неотложную помощь, по 10%-на неврологию, травматологию и реабилитологию, включая интегрированный уход, по 5%- на ЛОР, офтальмологию, дерматологию, кардиологию, пульмонологию, гастроэнтерологию, психиатрию, инфекции. Важно, чтобы эти знания преподносились бы в общем, прикладном и не столь глубоком виде и без деталей, так как это необходимо знать будущим узким специалистам. Из параклинических дисциплин (40%) треть знаний должна приходиться на социальную профилактику, систему охраны здоровья и работу с населением, остальные- на правовые, экономические и организационные вопросы работы ПМСП, этику, психологию пациентов, экологию и т.д. Кроме того, каждый ВОП должен систематически работать над собой, следить за литературой, публикациями, стандартами, участвовать в различных форумах и т.д., повышающих уровень знаний. Крайне важно, чтобы со временем отдельные разделы преподавали бы не узкие специалисты, а специально подготовленные преподаватели из числа ВОП, как это имеет место за рубежом. Все медицинские учреждения и органы государственной власти должны содействовать росту престижности ПМСП и авторитетности ВОП.

Для Сахалина подготовку и переподготовку специалистов для ПМСП можно вести на базе Владивостокского медицинского университета и планируемого его филиала на Сахалине, на базе Сахалинского медицинского колледжа и его Александровско- Сахалинского филиала. Такого типа врачи необходимы в первую очередь. Поэтому наряду с новой вводимой в медвузы специальностью (врач- реабилитолог) необходимо ввести специальность врач общей практики с отдельным факультетом, кафедрами или курсами. Все изложенное относится к идеальному варианту, к которому необходимо стремиться.

А начинать можно с краткосрочного обучения отобранных врачей (семинар в течение недели) особенностям работы ВОП, с последующими обязательными образовательными этапами. В наших ВУЗах подготовка врачей ведется по широкому профилю, что облегчает решение кадровых проблем в ОВП. Важным моментом является профессиональная преемственность поколений, когда в семье есть несколько поколений врачей, что позволяет обсуждать профессиональные проблемы в кругу семьи, в том числе с использованием накопленной литературы, учебников и опыта. Молодые люди из таких семей должны обладать определенными преимуществами при поступлении в профильный ВУЗ.

Не следует забывать, что при общении с пациентом, основной задачей ВОП является не столько постановка клинического диагноза, сколько решение проблем пациента, с которыми он обратился за медицинской помощью. Если на Западе врачами становятся вполне осознанно, понимая всю сложность, благородство и гуманность этой профессии, то в России это выглядит иначе. Как отмечалось, почти 30% выпускников медицинских вузов не идут работать в медицину вообще. А это означает, что изначально они серьезно ошиблись в выборе профессии или просто нуждались в получении любого высшего образования. В ряде случаев их отпугивают ответственность профессии и высокий ее риск, главным образом, в специальностях хирургического профиля и при самостоятельной работе. Это особенно проявляется в нынешнее время, когда благодаря отдельным средствам массовой информации, устоялось представление о том, что все гаишники- взяточники, а врачи- убийцы в белых халатах. Вместо того, чтобы всерьез заняться проблемой распределения выпускников, Минздрав РФ занимается другими вопросами образования. Так, приказом Минздрава РФ № 200н от 01.04.2016 г. утверждены правила клинической практики, а приказом Минздрава РФ №435н от 30.06.2016 г. утверждена типовая форма договора об организации практической подготовки обучающихся, т.е. о прохождении клинической практики. Кроме того, Минздрав РФ предполагает, что дополнительное образование по выбору врача можно будет получить за счет страхового запаса Федерального фонда ОМС, хотя, как известно, фонд ОМС находится в дефиците. Еще треть выпускников, хотя и затем работают в медицинских учреждениях, но являются буквально случайными людьми, не украшающими медицину, без соответствующего призвания. И только из трети при определенных условиях могут получиться хорошие врачи, а плохие и посредственные, как отмечалось, нам не нужны. Если человек в детстве издевался над сверстниками или животными, то ему нельзя идти в медицину, в лучшем случае из него может получиться патологоанатом. А сданные даже на отлично вступительные экзамены или ЕГЭ не являются гарантией того, что из абитуриента может получиться хороший врач. Врач должен обладать не только необходимыми знаниями, умениями и навыками, но и иметь определенный набор чисто человеческих качеств, которые проявляются с детства и формируются всю жизнь (внимание, благородство, доброжелательность, нравственность, культура, доброта, милосердие, доброе

отношение к людям, умение выслушать другого человека и т.п.). Исходя из этого, целесообразно создать, как отмечалось, специальную систему предварительного тестирования абитуриентов в виде советующей системы на наличие у них качеств, требующихся будущему врачу, в результате чего могут даваться соответствующие рекомендации. Это будет как бы рекомендательная система отбора к врачебной профессии. Этот же принцип применим для предварительного отбора и к другим специальностям, ответственным за судьбы и воспитание людей (юристы и педагоги). Помимо советующей системы отбора к овладению врачебной профессией необходимо, по примеру многих стран, чтобы допуск в врачебной деятельности не обошелся без участия различных врачебных сообществ (ассоциаций)

В США и других западных медицинских школах тестируются личностные качества абитуриентов, такие как сообразительность, способность убеждать и самостоятельно принимать решения, коммуникационные навыки, межличностное общение и сотрудничество, спектр профессиональных интересов, склонность к системному мышлению, гуманное, а не потребительское отношение к людям, следование этическим принципам, способность выслушать, понять, сочувствовать и сопереживать, отсутствие жестокости и т.д. Это в определенной мере позволяет очистить ряды врачей от случайных, черствых, жестоких и коммерчески настроенных людей. Об этом мною ставился неоднократно вопрос на протяжении не одного десятилетия, но пока что понимания важности этой простой системы у нас в стране нет. Пока еще превалирует доминанта количества врачей (отсюда - достаточность только вузовского образования), а не качества их подготовки к непосредственной работе с пациентами. При поступлении целесообразно учитывать династические аспекты, что позволит в семейном кругу обсуждать профессиональные и этические вопросы, пользоваться накопленной за многие годы литературой и т.д. Гиппократ был врачом в 18 поколении, а его сыновья в 19-м. Сбрасывать со счетов воспитательную роль семьи нельзя. Но пока у нас формируются (и, видимо, поощряются) только династии бизнесменов, чиновников и депутатов. За рубежом сложилась несколько иная система профессиональных ценностей и профессионального отбора. Однако, зарубежные специалисты согласны с тем, что помимо предоставления студентам-медикам необходимых знаний в соответствии с принятыми международными образовательными стандартами, у них необходимо развивать клиническое мышление, что позволит более глубоко, объективно и системно оценивать состояние организма пациента в норме или при той или иной патологии. К сожалению, мыслить клинически и системно у нас теперь не учат, хотя и ранее это было только на отдельных кафедрах, главным образом, на факультетской терапии. Сейчас же такие кафедры ликвидированы. Ломать - не строить.

Системное мышление — это не только правильная оценка взаимодействия органов или систем человека во взаимосвязи с окружающей средой в норме и патологии, но также означает системный подход к

профилактике (первичной, вторичной и третичной), диагностике, лечению, реабилитации и интегрированному медицинскому уходу. Важно, и еще раз это подчеркнем, по фон Берталанфи «за деревьями не пропустить лес», тщательно обследовать пациента и системно, а не просто и только локально его лечить. Крайне необходимо в процесс обучения включить клиническую эпидемиологию, развивающую системное мышление, аналитическую статистику, доказательную медицину, международные стандарты ISO, этику и взаимодействие врача и пациента и т.д.

Кроме того, необходимо от попредметного обучения перейти к проблемно-предметному, что не потребует каких-либо значительных организационно-структурных преобразований в медицинских вузах, а просто нужно перестроить технологический образовательный процесс с тем, чтобы знания не расплылись во времени и были бы целенаправленными. Именно на проблемном (а не предметном) подходе основано обучение в медицинских школах при университетах Запада и учебный план там состоит из блоков, обучение многопрофильное с большой долей самостоятельного обучения. При этом там четко определено, что университеты выпускают врачей, не готовых работать самостоятельно (т.е. стажеров), но которые способны проходить дальнейшую профессиональную и практическую подготовку для допуска к работе с пациентами. Кстати, там ежегодно группы преподавателей выезжают в разные города и заранее на месте знакомятся с вероятными кандидатами в студенты.

Однако, не следует забывать, что хотя ПМСП и является ключевой в развитии здравоохранения страны, помимо реорганизации всей участковой службы в стране с ликвидацией кадрового дефицита и при правильной подготовке кадров для ПМСП, необходимо проводить и другие реорганизации:

- внедрение КДЦ

- создание иерархичных систем оказания стационарной помощи от больниц общего типа до крупных многопрофильных и специализированных больниц в зависимости от их доступности и интенсивности медицинской помощи, а также диагностических и аптечных служб и т.д. (по принципу: от простого к более сложному, от общей помощи к специализированной)

- развитие стационарозамещающей помощи в амбулаторных условиях (ОВП и КДЦ)

- прекращение всей задуманной «оптимизации», переход на государственно-бюджетную модель, возвращение здравоохранения в социальную сферу (из экономически-рыночной) под эгиду государства, ликвидация платных услуг

- восстановление муниципального здравоохранения

- увеличение финансирования здравоохранения после хотя бы начальной реорганизации с 3.6% ВВП до 6-7% ВВП за счет ранее обозначенных источников и реформирования системы

- создание национальной и региональных стратегий улучшения здоровья-государственная ответственность за здоровье и его охрану и, отдельно,

стратегия развития организации медицинской помощи во всех ее аспектах-отраслевая ответственность; отдельно, если есть необходимость, может существовать отраслевая программа развития клинической медицины в стране, т.е. методов диагностики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи и соответствующих стандартов, а также медико-демографическая программа. Если же речь идет о более совершенных клинико-организационных стандартах, то их целесообразно разрабатывать совместными усилиями специалистов по организации здравоохранения, специалистов по аналитической статистике и клиницистов.

Раздел 3. Прикладные аспекты ПМСП

Как было отмечено ранее, институциональной структурой ПМСП является общая врачебная практика (ОВП), в которой работает персонал, возглавляемый специально подготовленным врачом общей практики (ВОП). Создание и размещение ОВП зависит от численности населения и радиуса обслуживания, от состояния дорог и транспортных сообщений, от особенностей местности, а не от того, где ОВП находится- в пределах города, в пригороде или в отдалении, поскольку люди везде могут и будут нуждаться в получении медицинской помощи и задача состоит в том, чтобы обеспечить им примерно равную доступность к ней. Поэтому предлагается на рассмотрение всего 2 типовые модели ОВП: индивидуальная практика и групповая, которые можно использовать применительно к местным условиям.

Всего на Сахалине к уровню ПМСП можно условно отнести 234 врача, в том числе 113 участковых терапевтов (48.3%), 111 участковых педиатров (47.4%) и только 10 врачей общей практики (4.3%). Это крайне недостаточно для островных территорий, что подтверждается занятостью штатных должностей- участковых терапевтов- на 84.1% и со средним коэффициентом совместительства- 1.3 при колоссальном разбросе- от занятых на 1 ставку (в КДЦ, участковой больнице Синегорска, Анивском, Корсаковском, Невельском, Макаровском, Тымовском, а также в Курильском, Северо-Курильском и Южно-Курильском районах) до 2 ставок (в поликлинике №4 Южно-Сахалинска). Что касается участковых педиатров, то у них отмечена более высокая занятость штатных должностей- 95,5% при гораздо более низком коэффициенте совместительства. Даже в Холмском районе не все педиатры трудятся на 1 ставку. Примерно такая же картина характерна и для малочисленной группы ВОП. Имеют высшую и первую категории 31 участковый терапевт (27.4%), категорийность имеют также 29.7% участковых педиатров и всего 1 врач общей практики. Отсюда, естественно, не следует, что ПМСП и участковая служба находятся на Сахалине в привилегированном положении. Например, в Курильском районе, где имеются маломощная ЦРБ на 50 коек и 3 амбулатории на 6000 жителей и 7 поселений, работают только 1 участковый терапевт и 3 участковых педиатра.

Трудно такую больницу отнести к центральной, а амбулатории без врача скорее напоминают собой ФАПы, которых в некоторых поселениях, например, в селе Рейдово, вообще нет. Такой же мощности ЦРБ находится в Северо-Курильском районе на 2500 человек населения при одном участковом терапевте и одном участковом педиатре, правда, село Байково практически примыкает к поселку Северо-Курильску. А в Южно-Курильском районе число коек в ЦРБ в поселке Южно-Курильске, где проживают 7000 жителей, сократилось до 44 при 10 населенных пунктах и 11 тыс. населения во всем районе и отдаленном островном районе Малой Курильской гряды с 3000 жителей. Непонятна причина размещения участковой больницы в селе Менделеево (там возводится новый аэропорт), где насчитывается весьма мало жителей. А на южной оконечности острова Кунашир на достаточно приличном расстоянии от Южно-Курильска вблизи Японии находится несколько поселений с минимальной медицинской помощью.

В Южно-Курильском районе имеются также на отдаленном острове Шикотан отделение скорой медицинской помощи, участковая больница на 21 койку и ФАП. Это на 2 поселения – на севере острова село Малокурильское и на юге- село Крабозаводское с предприятием по переработке рыбы и крабов. Всего в районе заняты три участковых терапевта, три участковых педиатра и один ВОП, что при значительных расстояниях, горной местности явно недостаточно.

На острове Шикотан на месте участковой больницы целесообразно было бы организовать учреждение по типу скандинавского центра здоровья, состоящего из групповой общей врачебной практики и стационара при ней на 15-20 коек, а в Крабозаводском- либо индивидуальную общую врачебную практику, либо крупный ФАП с дневным стационаром. Но в Крабозаводском поселении построили новую современную участковую больницу. Видимо, она будет принимать пациентов со всего острова, иначе койки могут простаивать. Мы намеренно остановились на Курильских островах как наиболее сложных в коммуникациях и удаленных территориях от острова Сахалин, от областных медицинских клинических и специализированных учреждений. Исходя из местных условий и особенностей, нормативы, рекомендуемые в среднем по стране, здесь неприемлемы и ими руководствоваться при размещении сети медицинских учреждений следует с учетом не просто численности населения, но, в первую очередь, доступности медицинской помощи. В Сахалинской области должна получить преимущественное развитие служба санитарной авиации, а для доставки пациентов в областные учреждения и организации выездных консультаций должны быть вертолетная доставка и развито катерное сообщение по воде либо на регулярной основе, либо по потребностям. Для этого пока, до строительства новых, можно использовать сохранившиеся площадки и аэродромы. В свое время на примере Дагестана были показаны значительные различия в потребностях населения во врачах (и доступности медицинской помощи) в горной, предгорной и равнинной зонах, и это также необходимо учитывать.

Если участковые терапевты и участковые педиатры в Сахалинской области работают, в основном, от поликлиник или амбулаторий, то врачи общей практики должны со временем стать самостоятельно хозяйствующими субъектами и работать в рамках трехсторонних договорных (контрактных) обязательств, о чем ранее упоминалось.

К необходимости правильного развития ПМСП прямо таки подталкивают островной характер области, коммуникационные сложности, значительные расстояния, трудно доступные территории, состояние дорог и транспортных сообщений, сложности в получении специализированной медицинской помощи и в получении консультаций. Единственным выходом из сложившейся ситуации является широкое развитие ПМСП, поэтапная подготовка такого врача общей практики, который мог бы во многих случаях заменить собой врачей-специалистов, и дистанционное консультирование с использованием телекоммуникационных систем. Разместить ОВП можно на площадях амбулаторий, а начать эту работу с усовершенствования по данной специальности участковых терапевтов и участковых педиатров путем их краткосрочной переподготовки (для начала). Будущим ВОП необходимо объяснить, в чем состоит специфическая особенность их работы, что на первом месте не стоит постановка диагноза, а решение синдромальных проблем пациента, специфика- в ответственности (моральной, правовой и финансовой) за пациента, где бы тот не находился, в более широком спектре деятельности, вплоть до малой хирургии, в трехсторонних договорных отношениях, в более высокой (в 2 раза) оплате труда, в ответственности за слаженность работы персонала ОВП и т.д. Для этого на базе областной больницы для будущих ВОП необходимо для начала провести хотя бы 2-х недельный семинар с последующим (при возможности) классическим усовершенствованием, обеспечить их указанной ранее литературой и дополнением в виде синдромальной классификации WONCA, баз данных по стандартам обследования и лечения, начиная от симптомов и синдромов, средствами связи, компьютером (с программами накопления данных на пациентов и их ведения), дистанционной телемедицинской связью (обязательно для отдаленных районов) с областными ЛПУ для консультаций по диагностике, выбору тактики лечения и реабилитации пациентов. ВОП обязательно должен быть наделен правом ставить вопросы, связанные со здоровьем прикрепленного населения и с факторами, на него влияющими, перед местными органами власти. Для привлечения ВОП целесообразно использовать все ранее обозначенные льготы и формы поддержки.

Индивидуальная ОВП состоит из одного врача, систематически пополняющего свои знания, умения и навыки, и минимально из двух медсестер, одна из которых (патронажная) должна работать на участке, а другая (манипуляционная)- работать непосредственно в ОВП. Патронажная медсестра, работая по индивидуальному ежедневному графику, осуществляет также вызовы на дом и приглашает ВОП посетить надомного пациента в случае необходимости. Обязательно наличие проходимого автотранспорта. Манипуляционная медсестра должна уметь делать простейшие лабораторные

анализы, вести 1-2 койки дневного стационара, обладать ассортиментом медикаментов широкого спектра. Оплата труда медсестер в ОВП должна быть в 2 раза выше, чем обычно. Кроме того, в индивидуальной ОВП могут быть задействованы фельдшер, акушерка и парамедики (в зависимости от потребности) и тогда должно быть произведено некоторое перераспределение обязанностей. Обязательным условием работы ОВП является создание санитарного актива, попечительского (наблюдательного) совета и санитарной дружины, т.е. вовлечение населения в решение проблем охраны здоровья и оказания медицинской помощи. Такого рода ОВП целесообразно создавать в отдаленных городских микрорайонах на 1000-1500 человек при достаточных транспортных возможностях и при наличии соответствующих ЛПУ в городе.

Групповая общая врачебная практика обычно включает себя 2-х ВОП (большее число врачей может быть в городах при постепенной замене поликлиник на групповые общие врачебные практики и КДЦ) и предназначена для 1500-5000 населения. Правда, многое зависит от характера расселения, расстояний, состояния дорог и транспортных сообщений, условий местности и характера производства. Обычно такие врачи не только работают самостоятельно, но и дополняют (иногда и заменяют) друг друга. Например, один врач может быть более знаком с педиатрией, а другой - с гериатрией. Один из ВОП должен быть руководителем ОВП (с доплатой) и обеспечивать организацию всей лечебно-профилактической работы среди прикрепленного населения. Все остальное должно быть организовано по подобию индивидуальной ОВП.

Поскольку групповая ОВП будет создаваться в отдаленных от городов условиях, то наличие в ОВП автомашины обязательно (можно без водителя при наличии водительских прав у одного из работников ОВП). Обязательны и телекоммуникационные возможности, а также наличие ФАПов или подготовленных парамедиков. Не стоит опускаться в «каменный век» и по спущенным сверху рекомендациям готовить домашние хозяйства (а кто будет отвечать?), в которых на самом деле должны быть созданы условия для ведения здорового образа жизни и которые могут быть обучены простейшим навыкам оказания неотложной помощи до вызова врача или другого медицинского работника.

ВОП должны будут со временем получать лицензию на свою самостоятельную деятельность, которую сможет выдавать на основе подготовленных данных областная лицензионная комиссия и периодически (раз в три года) проходить ре-лицензирование, набирая нужное число баллов. Именно в 3 года, а не в пять, поскольку доказано, что медицинская информация обновляется каждые три года. Повторное лицензирование должна по набранным баллам, полученным навыкам, после обучения по примеру развитых стран проводить профессиональная медицинская организация. Мы здесь не станем расписывать порядок и правила выдачи разрешения на деятельность (лицензирования) субъектов права, хотя и в этом деле есть своя специфика.

С учетом местных условий можно, к примеру, рекомендовать создание групповой ОВП на базе амбулаторий на острове Итуруп в селе Горячие Ключи и в селе Горное, отстоящие от ЦРБ на 55 км, а также индивидуальной ОВП в селе Рейдово и медицинского пункта с фельдшером или медсестрой в селе Буревестник.

Кроме того, ПМСП следует более активно развивать, в первую очередь, в центральной и северной частях Сахалина и на главных обжитых островах Курильской гряды. Даже в относительно густо населенных округах юга Сахалина можно успешно развивать ПМСП. Например, в Южно-Сахалинском округе вполне возможно организовать ОВП на базе ряда амбулаторий и Синегорской участковой больницы, также как в Невельском и Корсаковском округах.

Финансирование ПМСП, равно как муниципальной полиции, мировых судей и т.д., в конечном виде должно осуществляться муниципалитетом, для чего в муниципалитетах должно быть достаточно средств. А это уже задача правительства, налоговых органов и областной администрации.

Об оснащении ОВП уже упоминалось, в них не должно быть рентгеновских установок и томографов, как к этому стремятся в Москве. Они должны находиться на последующих уровнях оказания медицинской помощи.

Заключение

Таким образом, в данной книге рассмотрены вопросы разделения охраны здоровья и оказания медицинской помощи, возможности использования верифицированных медико-статистических показателей, доказано влияние социально-экономических условий на здоровье и здравоохранение, показано как на примере одной области можно организовать систему мониторинга и правильно создать всю ПМСП с общей врачебной практикой как ключевой системы в решении накопленных организационных проблем здравоохранения. Примерно по такой же схеме можно вести работу и в других территориях России, обязательно добавив к изложенному особенности региональной программы медико-демографического развития. В работе также показано, что в стране деньги есть, и немалые, но они не всегда используются во благо граждан. По ходу выше изложенного текста можно обнаружить множество достаточно приемлемых для практического использования рекомендаций, выведенных в том числе на основе анализа международного опыта. И этим могут воспользоваться региональные администрации и органы управления здравоохранением. Помимо предложений, возникающих по ходу изложения книги можно сделать один глобальный вывод о том, что стране крайне необходима новая модель социального государства с человеком в ее центре. А бюрократившихся чиновников, не зависимо от места их работы, проявивших полное пренебрежение и бездушность по отношению к людям,

животным, птицам или лесопарковым массивам, нужно срочно менять, ибо они наносят непоправимый вред и вчистую позорят назначившую их власть.

Краткий список использованной литературы.

1. Федеральные законы, приказы и другие документы Минздрава РФ
2. Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. М.: Авторская академия, 2013.-344 с.
3. Первичная медико-санитарная помощь (нормативно-правовое обеспечение). Под ред. И.Н. Денисова. М.: МЦФЭР, 2004.-576 с.
4. Комаров Ю.М. Пора камни собирать. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.-416 с.
5. Материалы Росстата, Всероссийских и всесоюзных переписей населения.
6. Всероссийская перепись населения по Сахалинской области
7. Демоскоп-еженедельный журнал Института демографии (2010-2016)
8. Интернет. Сайт viperson.ru, 2011-2016 гг.
9. Стратегия охраны здоровья населения РФ. М, КГИ, 2013, 298 с.
10. Максимова Е.М., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения. -М.: ПЕРСЭ, 2012,-234 с.
11. Вишневский А.Г. Время демографических перемен.- М.: Высшая школа экономики. 2015.-517 с.
12. Общественное здоровье и здравоохранение (национальное руководство). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013-624 с.
13. Здоровье для всех в 21 столетии. Копенгаген, ВОЗ. №6
14. Critical Issues in Global Health. San Francisco- Jossey-Bass-2010, 472 p.
15. Роик В.Д. Социальный бюджет России и основа социального бюджетирования. М.: АТИСО, 2008, 424 с.
16. Государственно-общественное управление здравоохранением РФ. М.: Медицинская пресса, 2004, 336 с.
17. Тимофеев И.В. Качество медицинской помощи и безопасность пациентов. СПб-ДНК, 2014-222 с.
18. Комаров Ю.М. Здравоохранение России: взгляд в будущее. М.: Медицинская пресса,-2004, 191 с.
19. Население России-2012. М.: ВШЭ,-2014,412 с.
20. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. М.: Медицина, 2007-261 с.
21. Сергейко И.В., Арцыбашева Л.Р. Социальные аспекты, влияющие на состояние репродуктивного здоровья женщин. М.: Сам полиграфист, 2013,-116 с.
22. Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013-2020 гг. и последующие годы. М.: Радуга, 2013,-112 с..
23. Развитие первичной медико-санитарной помощи в России. М.: ТАСИС, 2008,-520 с.

24. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Издания 1-3. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011,-544 с.
25. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Издания 1-2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 20015,-699 с.
26. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ (под ред. Ю.М.Комарова).-М: НПО, 1994, 198 с.
27. The 50 most frequent DRGs. Washington, ANCP, US DHHS, 110 p.
28. Family doctor. (ed. by Dr Tony Smith) The British medical association. 320 p.
29. Doing what counts for patient safety (to the President). QuIC,2000, 91p.
30. Социальная гигиена. Народный комиссариат здравоохранения, М, ГИЗ, 1923, 145 с.
31. Международное здравоохранение.-М:2012,-242 с.
32. Социальная медицина на рубеже XXI века. -Краснодар, 1999,364 с.
33. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим,1999, 1049 с.
34. Солтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. ГЭОТАР- медиа, М., 2000, 432 с.
35. Системы здравоохранения: время перемен (Россия). Копенгаген, Обсерватория ВОЗ, 2003, 195 с.
36. Алексеев В.А., Борисов К.Н. Здоровье для всех (отечественный и зарубежный опыт)-М.: «Известия», 2014, 395 с.
37. Стародубов В.И., Калининская А.А., Дзугаев К.Г., Стрючков В.В. Проблемы здравоохранения села.- М.: 2012, 207 с.
38. «Изучение мнения населения РФ о доступности и качестве медицинской помощи». Росздравнадзор.- М: 2009, 347 с.
39. Фролов В.А., Жижин К.С. «Основы реформирования здравоохранения в рыночных условиях». Ростов-на-Дону. Омега-Принт, 2006, 219 с.
40. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология (основы доказательной медицины). Медиа Сфера.- М: 1998, 345 с.