

Журнал входит в перечень ведущих рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук

2/2010 (144)

«УРОВЕНЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНОВ РОССИИ»

Научно-практический журнал

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ: ЗДОРОВЬЕ

Содержание

В Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Кривонос О.В.	Основные направления и меры реализации Национального проекта «Здоровье» в 2010 году	3
---------------	---	---

В Государственной думе Российской Федерации

Борзова О.Г.	Из выступлений Председателя Комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья	5
--------------	---	---

Результаты научных исследований

Величковский Б.Т.	Оценка жизнеспособности нации	9
Судаков К.В.	Научно-технический прогресс и проблема здоровья человека	19
Гундаров И.А.	Определение общественного здоровья и его оценка в регионах Российской Федерации	25
Маликов Н.С.	Продолжительность жизни как интегрирующий показатель ее качества	37
Пиддэ А.Л.	Проблемы медицинского страхования в современной России	45
Герасименко Н.Ф.	Снижение потребления крепкого алкоголя – главный резерв снижения сверхсмертности и увеличения продолжительности жизни в России	55
Буров М.П. Ермаков Д.Н.	Проблемы совершенствования межрегиональных отношений при реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи	63
Корнюшина Т.А. Писарев В.Н.	Условия труда как важный фактор качества жизни работающих	68
Егоров Е.В. Букин А.К.	Программы комплексной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в рамках концепции экономики здоровья	76

Дискуссии и обсуждения

Прокудин В. А., Катковский А.Е.	Роль человеческого капитала в развитии организации	81
------------------------------------	--	----

Публикации докторантов, аспирантов и соискателей

Берг А.А.	Анализ параметрических изменений в пенсионной системе России	93
-----------	--	----

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ И АННОТИРОВАННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

98

Контактную информацию об авторах можно получить в редакции журнала.
Страницы журнала открыты для дискуссионных материалов, поэтому мнение редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов.

Уважаемые читатели!

Настоящий выпуск журнала посвящен анализу взаимосвязи качества жизни и здоровья населения. Его открывает статья **директора Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития РФ О.В.Кривонос**, посвященная основным направлениям и мерам реализации Национального проекта «Здоровье» в 2010 году.

Журнал публикует выдержки выступлений **Председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья О.Г.Борзовой** в январе этого года при обсуждении проекта федерального закона «Об обращении лекарственных средств», на открытии Конференции «Деятельность Церкви и государства по защите общества от алкогольной угрозы», а также из интервью парламентским журналистам о ситуации с распространением запрещенных курительных смесей.

Первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, академик РАМН Н.Ф.Герасименко выступает в журнале по наиболее острой проблеме снижения потребления крепкого алкоголя в стране.

Ученый с мировым именем **академик К.В.Судаков** систематизирует в своей статье основные факторы научно-технического прогресса, влияющие на здоровье работника, и предлагает конкретные меры по ориентации технологической политики государства на реорганизацию производства в целях улучшения здоровья работающих.

В статье известного отечественного ученого **д.м.н., профессора, академика РАМН Б.Т.Величковского** «Оценка жизнеспособности нации» предложены опирающиеся на биологические закономерности организма три уровня жизнедеятельности: выживания, эффективной трудовой мотивации, становления динамического стереотипа высшей нервной деятельности. Для каждого из этих уровней обоснованы размеры денежных доходов.

В статье **д.м.н., к.ф.н., профессора И.А.Гундарова** дано авторское определение общественного здоровья, разработан нормированный индекс для его оценки и проведено сравнение состояния здоровья населения регионов России.

В статье **к.ф.н., заведующего отделом ВЦУЖ Н.С.Маликова** фактор продолжительности жизни рассматривается как интегрирующий критерий ее качества.

Статья **д.э.н., профессора РАГС А.Л.Пиддэ** посвящена актуальным проблемам медицинского страхования в России.

Анализу проблемы совершенствования межрегиональных отношений при реализации программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи посвящена статья **д.э.н., профессора, академика РАЕН М.П.Бурова и академика РАЕН, профессора, д. полит. н.; к.и.н.; к.э.н. Д.Н.Ермакова**.

Д.б.н. Т.А.Корнюшина и д.т.н., профессор В.Н. Писарев в статье «Условия труда как важный фактор качества жизни работающих» аргументируют необходимость создания «паспорта здоровья» как важной меры в реализации соответствующего национального проекта.

Статья **д.э.н., профессора, заведующего кафедрой МГУ Е.В.Егорова и к.э.н. А.К.Букина** посвящена проблеме комплексной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в стране.

В рубрике «**Дискуссии и обсуждения**» публикуется статья **д.э.н., профессора В.А.Прокудина** и аспиранта **А.Е.Катковского** «Роль человеческого капитала в развитии организации».

Рубрика «**Публикации докторантов, аспирантов и соискателей**» содержит статью **к.э.н., Президента Профессионального независимого пенсионного фонда А.А. Берга** «Анализ параметрических изменений в пенсионной системе России», в которой рассматриваются нововведения в базовой и страховой части трудовой пенсии.

**Главный редактор, д.э.н., профессор,
Заслуженный деятель науки
Российской Федерации**

В.Н.Бобков

Кривонос О.В.

**Директор Департамента организации медицинской помощи
и развития здравоохранения Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации**

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И МЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В 2010 ГОДУ

Национальный проект «Здоровье» стал одной из самых масштабных социальных программ в новейшей истории России. В 2010 году его основные направления получат свое дальнейшее развитие. Численность участковых врачей и медицинских сестер, а также работники Скорой медицинской помощи и фельдшерско-акушерских пунктов, получающих соответствующие выплаты, будет существенно увеличена. Регионы получат субвенции на лекарственное обеспечение льготной категории граждан. Дополнительно будут выделены межбюджетные трансферты, которые позволят закрыть те потребности в лекарствах, которые испытывают льготники. Непосредственно в рамках организации медицинской помощи и развития здравоохранения в текущем году предусматривается:

для обследования населения на выявление туберкулеза, лечение и профилактические мероприятия из федерального бюджета будет выделено более 4 млрд. рублей. Это почти в два раза больше, чем в 2009 году. Средства пойдут на закупку лекарственных средств и оборудования;

на диспансеризацию взрослого населения в 2010 году из средств федерального бюджета будет выделено более 4 млрд. рублей. Пройдут ее 3,8 млн. человек по всей стране;

продолжится реализация мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. На эти цели из федерального бюджета выделяется более 3 млрд. 134 млн. рублей. В 2010 году в эту программу войдут 14 регионов: Карачаево-Черкесская Республика, Республика Саха (Якутия), Республика Татарстан, Краснодарский край, Амурская, Владимирская, Калужская, Кемеровская, Магаданская, Нижегородская, Пензенская, Тверская, Тамбовская области и Санкт-Петербург. Планируется создать 14 региональных сосудистых центров и 37 первичных сосудистых отделений;

продолжится реализация мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. На эти цели из федерального бюджета в 2010 году будет выделено более 5 млрд. рублей. Планируется оснастить 3 федеральных учреждения здравоохранения: ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» (г. Москва), ФГУ «Северный медицинский центр им. М.А. Семашко» ФМБА России (г. Архангельск) и ГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» (г. Москва). Выделенные средства предназначены для закупки и оснащения одного окружного (Хабаровский край) и 9 региональных онкологических диспансеров, расположенных в республиках Башкортостан, Татарстан, Чувашия, в Алтайском крае, Ивановской, Липецкой, Новосибирской, Рязанской и Ярославской областях.

Для реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи пострадавшим при ДТП из федерального бюджета в 2010 году выделено более 3 млрд. рублей. В следующем году в программе будут участвовать 22 региона, на территории которых проходят федеральные автомобильные дороги: М-5 «Урал»,

М-29 «Кавказ», М-60 «Уссури». Планируется создание 86 травматологических медицинских центров I, II и III уровней и закупка 173 реанимобилям класса С.

Будет продолжена коммуникационная кампания по формированию здорового образа жизни у граждан, включая сокращение потребления табака и алкоголя. В 2010 году планируется дооснастить уже открытые в этом году 502 Центра здоровья. А также открыть и оборудовать 193 центра здоровья для детей. На реализацию мероприятия в 2010 году планируется направить 820 млн. рублей.

На высокотехнологичную медицинскую помощь будет направлено 36,2 млрд. рублей (это на 8,5% больше, чем в 2009 году), ее получают более 274 000 человек.

Для реализации мероприятий по развитию Службы крови из средств федерального бюджета в 2010 году выделено 4,5 млрд. рублей. Отобраны 3 федеральных государственных учреждения, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства, и Федеральное государственное учреждение «Российская детская клиническая больница Минздравсоцразвития России», а также 22 региона: Республики Адыгея, Алтай, Калмыкия, Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Ставропольский край, Амурская, Брянская, Владимирская, Вологодская, Ивановская, Иркутская, Курская, Ленинградская, Нижегородская, Омская, Тамбовская, Тверская, Томская, Тюменская, Челябинская области, Еврейская автономная область.

В рамках нацпроекта «Здоровья» будет продолжена реализация мероприятий по профилактике, выявлению и лечению больных ВИЧ-инфекций и вирусными гепатитами В и С. В 2010 году в рамках проекта планируется обеспечить лечением около 70 тысяч ВИЧ-инфицированных.

С марта 2010 года предприятия-производители противогриппозных вакцин начнут подготовку производства для наработки сезонных вакцин, предназначенных для использования в регионах Севера на период 2010-2011 годов.

В 2010 и в последующие годы будет продолжена программа «Родовой сертификат». В реализации программы теперь будут участвовать организации с различной формой собственности, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности, в родах и в послеродовом периоде, при условии размещения в них государственного заказа. Запланированные объемы бюджетных средств на реализацию программы в 2010 году составят 17,5 млрд. руб. против 17 млрд. руб. в 2009 году (в 2011 году запланировано выделить 18 млрд. руб., в 2012 году - 19 млрд. рублей). Качественное медицинское обслуживание в рамках программы получают 1 591 000 женщин (в 2011 году - 1 600 000 и в 2012 году - 1 730 000 женщин).

В 2010 году продолжится строительство и оборудование перинатальных центров. На эти цели из федерального бюджета планируется выделить более 6 млрд. рублей. Денежные средства будут направлены на оборудование федерального перинатального центра в Санкт-Петербурге и на софинансирование строительства региональных (областных, краевых, республиканских) центров.

На развитие программ по неонатальному и аудиологическому скринингу в 2010 году предусмотрено 630,6 млн. рублей, из них 440 млн. рублей на закупку расходных материалов и 190 млн. рублей на оборудование.

В следующем году будут обследованы 1 млн. новорожденных детей на заболевания, связанные с нарушением слуха (в 2009 году обследование прошли более 534 тыс. детей). Неонатальный скрининг на три наследственных заболевания – галактоземию, муковисцидоз и адреногенитальный синдром в рамках нацпроекта «Здоровье» пройдут 1 млн. 600 тыс. детей (в 2009 году обследовано 1 060,1 тысяч детей).

Одной из составляющих приоритетного национального проекта «Здоровье» является диспансеризация детей-сирот. В 2010 году планируется обследовать почти 350 тысяч детей-сирот (как и в 2009 году). Из федерального бюджета на эти цели будет выделено более 734 млн. рублей.

Борзова О.Г.

**Председатель Комитета Государственной Думы
Российской Федерации по охране здоровья**

**ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЯ ПРИ ОБСУЖДЕНИИ ПРОЕКТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА
«ОБ ОБРАЩЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ»**

29 января 2010 г.

Рассматриваемый законопроект внесен в Государственную Думу Правительством Российской Федерации 26 декабря 2009 года. В рамках предварительного рассмотрения он обсуждался с депутатами всех фракций Государственной Думы с приглашением Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Татьяны Алексеевны Голиковой.

Правоприменительная практика действующего с 1998 года Федерального закона «О лекарственных средствах» выявила ряд его недостатков, для устранения которых требовался комплексный подход с учетом приоритета развития отечественной фармацевтической промышленности. Ряд положений действующего закона не отвечает новым экономическим условиям и изменившемуся законодательству Российской Федерации в сфере лицензирования, таможенной политики, государственного контроля, а также по вопросам противодействия коррупции.

В законопроекте отражены все этапы обращения лекарственных средств, расширен понятийный аппарат, закреплены полномочия органов государственной власти различных уровней, введен целый ряд новых глав и статей, необходимых для восполнения правовых пробелов действующего законодательства.

Законопроект имеет глубокую социальную направленность. Законодательно закреплена норма обязательной государственной регистрации предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. К полномочиям органов исполнительной власти субъектов РФ отнесено установление предельных оптовых и розничных надбавок на лекарственные препараты по единой для всех регионов методике. Предусмотрена ответственность за нарушение порядка ценообразования на лекарственные препараты, установлен порядок контроля за ценами на данную группу лекарственных препаратов при их реализации.

Отмена регистрации фармацевтических субстанций для отечественных производителей, сокращение сроков регистрации воспроизведенных препаратов, а также выравнивание условий для отечественных и иностранных производителей в части проведения клинических исследований будут способствовать возрождению отечественной фармацевтической промышленности.

Законопроектом предусмотрено повышение доступности лекарств для сельских жителей. Разрешается продажа лекарств населению непосредственно в фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах в случае отсутствия в сельском поселении аптечных учреждений.

На законодательном уровне детально прописывается процедура регистрации лекарственного средства и ответственность за нарушения при её проведении. Действующая в настоящее время процедура регистрации не позволяет выстроить эффективный механизм принятия решений на каждом этапе регистрации.

Более четко прописываются положения, касающиеся проведения клинических исследований лекарственных препаратов. Вводится аккредитация медицинских организаций, участвующих в клинических исследованиях. Прописана процедура проведения международных клинических исследований лекарственных препаратов, которой нет в действующем законе.

Законодательно закреплено проведение мониторинга безопасности лекарств. Это позволит предпринимать конкретные меры по борьбе с некачественными, фальсифицированными и контрафактными лекарствами.

Вместе с тем есть замечания, которые необходимо учесть при подготовке законопроекта ко второму чтению.

Получены заключения от комитетов-соисполнителей – по промышленности и по экономической политике и предпринимательству. Оба комитета поддерживают принятие данного законопроекта в первом чтении.

Комитет Государственной Думы по охране здоровья предлагает принять проект федерального закона «Об обращении лекарственных средств» в первом чтении».

**ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЯ НА ОТКРЫТИИ КОНФЕРЕНЦИИ
«ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕРКВИ И ГОСУДАРСТВА ПО ЗАЩИТЕ ОБЩЕСТВА
ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ УГРОЗЫ» В РАМКАХ XVIII МЕЖДУНАРОДНЫХ
РОЖДЕСТВЕНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЧТЕНИЙ
27 января 2010 г.**

Проблема потребления алкоголя включает целый блок вопросов: духовно-нравственных, этических, социальных и других, решать которые мы должны сообща при активном участии общественных и религиозных организаций, медицинских, педагогических и культурных движений.

На каждого человека в нашей стране приходится около 18 литров чистого алкоголя, потребляемого в год. Это более чем в два раза превышает уровень, который Всемирная организация здравоохранения определила как уровень, опасный для жизни и здоровья человека.

Наиболее очевидными проявлениями неблагополучия алкогольной ситуации в стране являются высокая заболеваемость алкоголизмом, а также заболеваемость и смертность по причинам, непосредственно связанным со злоупотреблением алкоголем.

Значимо возросла смертность от отравлений алкоголем, а также смертность вследствие управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения. Около 80% всех преступлений совершены лицами, находившимися в состоянии алкогольного опьянения.

Количество детей, употребляющих алкоголь, в 2008 году увеличилось на 15,4 процента по сравнению с 2007 годом. Количество детей, больных алкоголизмом, возросло по сравнению с 2007 годом на 8,6 процента.

В России этанол в водке в 4 раза дешевле, чем в пиве, и в 2,6 раза дешевле, чем в вине, что вынуждает население выбирать крепкие напитки.

Круглосуточная доступность – еще одна причина алкогольных проблем. В большинстве населенных пунктов России приобрести алкоголь можно в любое время суток, чего не наблюдается ни в одной цивилизованной стране.

Большую роль играет и шаговая доступность алкоголя. Количество торговых точек, продающих крепкие напитки, в расчете на 100 тыс. человек в России в 7-10 раз выше, чем в странах Скандинавии.

Злоупотребление алкоголем наносит колоссальный урон экономике. Поступления в бюджет от акцизов очень малы – 66 млрд.руб. в год. Это в 20-30 раз меньше, чем размер экономического ущерба, наносимый стране злоупотреблением алкоголем.

Для решения всех вышеперечисленных проблем была подготовлена и одобрена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 года Концепция государственной политики по снижению масштабов алкоголизма в Российской Федерации.

Целями данной Концепции является значительное снижение уровня потребления алкогольной продукции, повышение эффективности системы профилактики злоупотребления алкогольной продукцией и регулирования алкогольного рынка.

Наиболее эффективные меры государственной алкогольной политики включают уменьшение доступности алкоголя и повышение акцизов на него.

Необходимо подавление производства и оборота суррогатного и нелегального алкоголя. Отсутствие специальной статьи в Уголовном кодексе приводит к тому, что правонарушения в этой сфере рассматриваются в основном как административные и караются лишь умеренным штрафом.

Среди эффективных мер социально ответственной алкогольной политики - полный запрет на продажу алкогольных напитков в утреннее, ночное или нерабочее время. Это сразу же приводит к снижению уровня смертности, преступности и травматизма.

Представляется необходимым сократить число торговых точек до уровня, принятого в Скандинавских странах, – не более одной продающей алкоголь торговой точки на 5 тыс. человек. Также необходимо ввести запрет на продажу любых алкогольных напитков, включая пиво, в киосках.

В настоящее время на рассмотрении Государственной Думы находится несколько законопроектов, положения которых регулируют все вышеперечисленные вопросы. Это ужесточение наказания за продажу несовершеннолетним алкогольной продукции и пива. Предлагаемые нормы вводят не только административное наказание в виде повышения размеров штрафа и лишение лицензии за повторное нарушение, но и уголовное наказание. Планируется рассмотрение законопроектов об усилении наказания за распитие алкогольных напитков, пива и пивосодержащих напитков в общественных местах, о введении ограничения времени и мест продажи алкогольной продукции.

Очень важным является законопроект, предлагающий признать пиво алкогольным напитком. Есть законопроекты, предлагающие ввести повсеместно запрет на продажу алкогольной продукции (включая пиво), за исключением специализированных магазинов, а также ввести полный запрет на рекламу алкоголя.

Реализация перечисленных мер позволит снизить огромный ущерб от социально-экономических и иных последствий, связанных с потреблением алкоголя. Улучшится состояние здоровья тех людей, которые потребляют алкогольные напитки, а также будет более широкое положительное воздействие на здоровье всего общества».

**ИЗ ИНТЕРВЬЮ ПАРЛАМЕНТСКИМ ЖУРНАЛИСТАМ
О СИТУАЦИИ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ
28 января 2010 г.**

Проблема распространения курительных смесей неоднократно поднималась членами фракции «Единая Россия». Необходимость ее решения связана с массовым характером злоупотребления в молодежной среде так называемыми курительными смесями, в состав которых входят шалфей предсказателей, гавайская роза, голубой лотос и другие вещества, которые обладают выраженным психотропным и наркотическим действием, а также содержат ядовитые компоненты.

В целях пресечения незаконного распространения указанных курительных смесей Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г. Онищенко было издано постановление от 9 апреля 2009 года № 23 «Об усилении надзора за реализацией курительных смесей», которым запрещен их оборот.

Несмотря на проведение контрольно-надзорных мероприятий по выявлению и снятию с реализации запрещенных курительных смесей, реализация их населению во многих субъектах Российской Федерации продолжалась.

Это объяснялось тем, что данные растения, их действующие вещества, а также синтетические вещества, входящие в курительные смеси, не входили в «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации», а также в «Список сильнодействующих и ядовитых веществ». Поэтому торговцы этими смесями подвергались лишь административным штрафам, связанным с нарушениями «правил торговли», и не попадали под наказания, предусмотренные Уголовным кодексом РФ за торговлю наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами.

В связи с этим 31 декабря 2009 года было принято Постановление Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в некоторые постановления Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств», согласно которому в Список I указанного Перечня внесён ряд растительных ингредиентов и синтетических веществ, содержащихся в курительных смесях.

В Постановлении Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2006 г. № 76, определяющего крупный и особо крупный размер наркотических средств и психотропных веществ, уже внесены изменения, которые позволят наказывать торговцев и производителей курительных смесей не только в административном, но и в уголовном порядке».

ОЦЕНКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ НАЦИИ

Величковский Б.Т.

Для характеристики жизнеспособности нации предложены три уровня, опирающиеся на биологические закономерности жизнедеятельности организма человека: уровень выживания населения (критерий бедности), уровень формирования эффективной трудовой мотивации (критерий высокопроизводительного труда), уровень становления динамического стереотипа высшей нервной деятельности (критерий образования среднего класса). Исследования зависимости демографических показателей от величины покупательной способности населения (определяемого по соотношению среднего размера оплаты труда в субъекте Российской Федерации к стоимости местной потребительской корзины), показали, что **принятый в России прожиточный минимум не обеспечивает выживание ни населения в целом, ни людей трудоспособного возраста, ни новорожденных**. Для выживания населения прожиточный минимум должен превышать стоимость потребительской корзины в своем административно-территориальном образовании в 2,5 – 3,5 раза в зависимости от реальной покупательной способности рубля в анализируемом году. В 2009 году, когда минимальный размер оплаты труда превысил прожиточный минимум, смертность населения снизилась, несмотря на уменьшение ВВП и рост безработицы, так как сократилась численность «работающих бедных», представляющих группу наибольшего риска преждевременной смертности. Вместо «прожиточного минимума» следует законодательно ввести критерий выживания населения, величина которого определяется **объективными** показателями. Обоснованы размеры средних денежных доходов населения для остальных двух биологических уровней оценки жизнеспособности нации.

Ключевые слова: социальный стресс, жизнеспособность нации, критерии биологические, выживание населения, трудовая мотивация, динамический стереотип, покупательная способность, потребительская корзина, МРОТ.

Наше время диктует необходимость синтеза общественных и биологических наук. Такой подход дает возможность подойти к оценке уровня жизнеспособности нации. Не просто населения страны, состоящего из различных национальностей, а единой российской нации, объединенной общей культурой, историей развития и условиями проживания в суверенном государстве. Особое значение нации для существования жизни на земле и воспроизводства поколений состоит в том, что через этот «срединный» механизм организации человеческого общества осуществляется генетическая преемственность поколений, регулирование их биологических свойств, сохранность исторически соседствующих этносов и защита биосферы в условиях преобразующей деятельности людей.

Этой проблеме посвящены исследования, проводившиеся в Российском государственном медицинском университете им. Н.И. Пирогова на протяжении пяти лет (2004 – 2008 гг.). Для анализа использовались данные «Демографических ежегодников России» за 2004 – 2007 гг. и «Основные показатели социально-экономического положения субъектов Российской Федерации в 2008 году», опубликованные Росстатом в Российской газете от 13 марта 2009 г. № 43 (4867).

Наибольшую сложность представлял выбор показателя, адекватно характеризующего социальную жизнь российского общества в условиях его чрезмерной социальной поляризации. Был выбран экономический показатель, с одной стороны, характерный для рыночных отношений, с другой – наиболее адекватно отражающий

социальное положение людей. Таким показателем, по нашему разумению, является покупательная способность населения. Для нивелирования различий региональных потребительских цен, покупательная способность определялась не в рублях, а в относительных величинах, указывающих во сколько раз средняя оплата труда в данном субъекте Российской Федерации превышает стоимость местной потребительской корзины.

Пять административно-территориальных образований из анализа пришлось исключить – республики Дагестан, Ингушетия, Чеченская, Кабардино-Балкарская, Карачаево-Черкесская. В этих субъектах Российской Федерации к началу исследований уровень безработицы оказался столь высок, что оплата труда не занимала ведущее место в структуре денежных доходов населения. Так, если в 2004 г. в Российской Федерации оплата труда составляла 41,4% всех доходов населения, а уровень безработицы равнялся 6,1% его экономически активной части, то в пяти республиках Северного Кавказа удельный вес заработной платы колебался от 14,1 до 27,2 %, а безработица – от 18,3 до 53,0%. Поэтому судить об истинном уровне покупательной способности населения и её влиянии на демографические показатели не представлялось возможным. Когда молодые люди в этих республиках получают не меньшую, чем в других субъектах Российской Федерации, возможность обеспечить достойный уровень жизни честным трудом, обстановка на Северном Кавказе перестанет периодически обостряться.

Результаты пятилетних исследований показали, что основная закономерность – зависимость демографических показателей от величины покупательной способности населения – сохранилась на протяжении всего анализируемого периода. В 2004-2005 гг. для выживания населения минимальный прожиточный уровень должен был не менее чем в 2,5 раза превышать стоимость потребительской корзины в своем административно-территориальном образовании. В 2006 и последующих годах, когда инфляция возобновила свой рост, для стабилизации демографических показателей потребовалось более значительное повышение покупательной способности: в 2006 в 3,0, в 2007 и 2008 г. в 3,5 раза.

В 2008 г. количество административно-территориальных образований с наименьшей покупательной способностью (представляющих зону наибольшего риска повышения смертности населения), в отличие от предшествующих лет, не уменьшилось, а увеличилось: в 2007 г. их было 5, а стало 7. Соответственно, коэффициент общей смертности населения России также увеличился: с 14,6 в 2007 до 14,7 в 2008 году.

По мысли законодателей потребительская корзина гарантирует рядовому россиянину «сохранение здоровья и обеспечение его жизнедеятельности». Основной вывод проведенных исследований заключается в том, что **принятая в России потребительская корзина (прожиточный минимум) не обеспечивает выживание ни населения в целом, ни людей трудоспособного возраста, ни новорожденных. Стоимость потребительской корзины должна быть повышена и в дальнейшем проиндексирована таким образом, чтобы реальная покупательная способность беднейших слоев населения не снижалась** [1].

Результаты исследований показали, что стоимость потребительской корзины не единственный и даже не главный критерий, определяющий величину прожиточного минимума. Человек – не кролик, прожиточный минимум для него не ограничивается величиной энерготрат, стоимостью соломенной подстилки (одежды) и размером обязательных платежей монополиям, предоставляющим жизнеобеспечивающие услуги.

Чрезмерно низкая оплата труда повышает смертность населения не от голода и дистрофии, губивших людей в годы Великой Отечественной войны. Она порождает развитие особого вида стресса – «социального стресса», имеющего свою специфическую причину развития. Она заключается в утрате населением эффективной трудовой мотивации, основанной на возможности честным трудом обеспечить достойное существование себе и своей семье. Социальный стресс включает такие патогенетические процессы, которые оказывают наибольшее негативное влияние на лиц трудоспособно-

го возраста. К важнейшим из этих механизмов относятся: фаза истощения общего адаптационного синдрома (Г. Селье) [6], срыв динамического стереотипа высшей нервной деятельности (И.П. Павлов) [5] и «феномен запрограммированной смерти организма – феноптоз» (В.П. Скулачев) [7].

Снижение уровня смертности населения при повышении прожиточного минимума обусловлено не столько успешной борьбой с теми или другими конкретными заболеваниями, сколько уменьшением интенсивности «социального стресса», истощающего биологические резервы в «*lokus minoris rezistencia*» – точке наименьшего сопротивления в организме данного индивида. Для части людей такое воздействие оказывается достаточным, чтобы остаться в живых.

Результаты исследований дают возможность подойти к оценке жизнеспособности нации на основе биологических параметров, установив для этого три научно обоснованных уровня: уровень выживания населения (критерий бедности), уровень формирования эффективной трудовой мотивации (критерий высокопроизводительного труда) и уровень становления устойчивого динамического стереотипа высшей нервной деятельности (критерий образования среднего класса).

Уровень выживания населения (критерий бедности) определяет такую величину среднемесячной начисленной заработной платы одного работника, при которой коэффициент общей смертности населения в данном субъекте Российской Федерации не повышается. Только такому признаку – выживанию населения – может соответствовать критерий бедности. Более низкий минимальный размер оплаты труда (МРОТ) ведет к вымиранию как всего населения, так и людей трудоспособного возраста, а также к росту репродуктивных потерь.

Величина критерия бедности, как и принятого законодательно в настоящее время прожиточного минимума, меняется в зависимости от уровня инфляции и размера обязательных платежей за услуги монополий. Поэтому в соответствии с Федеральным законом № 134 «О прожиточном минимуме в Российской Федерации» от 24.10.1997 г. величина прожиточного минимума в субъектах Российской Федерации ежеквартально утверждается правительством. Указанный порядок следует сохранить, но вместо «прожиточного минимума» утверждать уровень выживания (критерий бедности), то есть МРОТ, при котором не повышается общий коэффициент смертности населения. Это в большей мере отвечает существу дела. Но главное, величина уровня выживания может быть рассчитана на основании двух **объективных** показателей. Первый – размер среднемесячной начисленной заработной платы одного работника, при котором в прошедшем квартале в данном субъекте Российской Федерации не повышался коэффициент общей смертности населения. (Если в прошедшем квартале смертность повышалась, то, опираясь на нашу методику, законодательная и исполнительная власть такого субъекта РФ имеет возможность рассчитать тот минимальный размер оплаты труда, который необходим для улучшения демографических показателей в следующем квартале). Второй показатель – размер индексации в соответствии с ростом инфляции и обязательных платежей в данном регионе. Вместе они дают необходимый в следующем квартале минимальный размер оплаты труда (МРОТ), обеспечивающий сохранение, либо даже снижение уровня смертности населения в данном субъекте Российской Федерации, естественно, при отсутствии чрезвычайных ситуаций. То, что правительство ежеквартально будет утверждать не размер прожиточного минимума, а величину минимальной среднемесячной начисленной заработной платы одного работника для каждого из субъектов Российской Федерации, повлечет за собой коренные изменения в социальной сфере. Государство перестанет субсидировать доходы лиц, работающих по найму, оказавшихся за чертой бедности. Эти расходы будет нести работодатель. Необходимость ежеквартально повышать МРОТ лучше всех заклинаний о социальной ответственности бизнеса мобилизует его на модернизацию производства и освоение наукоёмких технологий. Одновременно для бизнеса должны быть предос-

тавлены значимые налоговые льготы, при условии использования не меньше половины прибыли на модернизацию производства.

Если ввести подобный порядок в ближайшее время не удастся, то в качестве необходимой альтернативы следует снова повысить МРОТ до прожиточного минимума, утвержденного правительством в IV квартале 2009 года.

Действенность подобной меры стала совершенно очевидна в кризисном 2009 году. По сообщению Росстата, за январь – июнь 2009 года смертность населения уменьшилась: умерло 1.029 млн. человек, а год назад за тот же период – 1.069 млн. Снижение на 40 тысяч человек. За полгода родилось 849300 детей (годом ранее – 811500). Повышение на 37800 детей. Соответственно уменьшилась интенсивность снижения численности населения страны; население сократилось на 50600, (год назад – на 133700). Сохранилось 83100 человек. Статистические данные за второе полугодие 2009 года мне недоступны, но положительные демографические сдвиги и в этот период, несомненно, продолжились. Об этом, в частности, свидетельствует тот факт, что в августе месяце впервые за 16 лет рождаемость в стране превысила смертность населения на одну тысячу человек.

Позитивные демографические сдвиги произошли на фоне ухудшения всех экономических показателей и роста числа безработных.

Благодаря чему они стали возможны?

На исходе своего президентского срока В.В. Путин инициировал закон о повышении с 1 января 2009 г. минимального размера оплаты труда до прожиточного минимума, на тот период составлявшего 4330 рублей в месяц. В итоге получилось практически двукратное повышение МРОТ. Оно было осуществлено очень своевременно. Вместе с увеличением размера пособия по безработице эти два мероприятия позволили избежать подъема уровня смертности населения, которое имело место в первый период социально-экономических преобразований. Снижение уровня смертности населения в 2009 году стало возможным благодаря сокращению численности людей, входящих в группу наиболее высокого риска повышения смертности. В эту группу входят, главным образом, низко оплачиваемые рабочие и служащие трудоспособного возраста, зарплата которых меньше прожиточного минимума – «работающие бедные».

Свое влияние оказал также «материнский капитал», составляющий 250 тысяч рублей, выделяемых государством женщине при рождении второго и последующего ребенка. Важно правильно понять, в чем его главная привлекательность, потому что сам по себе он не так уж велик. По-видимому, дело в том, что «материнский капитал» делает рождение ребенка желанным и в некоторых семьях с относительно низким доходом, где прежде такая беременность вполне могла восприниматься как случайная и привела бы к аборту.

Социальная политика государства приносит свои реальные плоды. Однако следует помнить, что и после повышения МРОТ до уровня выживания люди остаются малообеспеченными, продолжают чувствовать себя обездоленными, не уверенными в завтрашнем дне, для них сохраняется опасность снова очутиться в капкане бедности при любом изменении экономического положения семьи, будь то всплеск инфляции или рождение ребенка.

Поэтому порядок ежеквартального повышения МРОТ следует сохранять до тех пор, пока он не достигнет величины, отвечающей уровню становления эффективной трудовой мотивации.

Уровень формирования эффективной трудовой мотивации (критерий высокопроизводительного труда) определяется величиной зарплаты, при которой человек способен сам оплачивать жизнеобеспечивающие товары и услуги по ценам, покрывающим издержки производства и позволяющим осуществлять его дальнейшее развитие, то есть человек чувствует себя уже экономически независимым, хотя и не имеет еще свободы выбора. Формирование у работающих людей эффективной трудо-

вой мотивации оказывает влияние как на демографические процессы, так и на экономическое развитие, что пока не учитывается ни экономической наукой, ни государственной практикой.

Мотивация – важнейший элемент формирования целенаправленного поведения человека. Это именно то внутреннее побуждение, тот стимул, который движет нами. И.П. Павлов назвал его рефлексом цели, подчеркнув, что «сущность дела заключается в самом стремлении» [4]. Первичным толчком к формированию мотивации служит возникающая потребность и субъективная оценка необходимости её удовлетворения, обычно имеющая отрицательную эмоциональную окраску. Опосредовано потребности являются движущей силой прогресса. Они осуществляют свое позитивное влияние путем формирования мотиваций, стимулирующих целенаправленную деятельность людей.

Потребности не равнозначны. Американский социальный психолог Абрахам Маслоу [3] предложил иерархию потребностей, включающую пять основных уровней:

физиологические потребности,
потребности безопасности,
социальные потребности,
потребности самоутверждения,
потребности самореализации.

Потребности 1-го и 2-го уровня отнесены им к базовым, без удовлетворения которых невозможна нормальная жизнедеятельность человека.

В Японии иерархия потребностей А. Маслоу легла в основу изменения целей трудовой мотивации населения в процессе экономического развития страны. В настоящее время в стране, благодаря росту благосостояния, удовлетворены базовые физиологические потребности населения. Принцип пожизненного найма в сочетании с вниманием к социальным нуждам сотрудников обеспечивает уверенность в завтрашнем дне. Традиционная для Японии система коллективной организации труда и управления прямо ориентирована на удовлетворение общественных социальных потребностей. Вследствие этого на японских предприятиях сейчас трудовая мотивация преследует цель удовлетворения потребности в самоуважении и самореализации работника [8].

Однако анализ стратегии удовлетворения потребностей, даже с учетом иерархии последних, недостаточен для понимания механизмов и стимулов организации целенаправленного поведения человека. Неясно, например, почему в различных странах удовлетворение базовых потребностей и формирование эффективной трудовой мотивации достигается при различной величине доходов и различном уровне жизни.

Проблема трудовой мотивации существует во всех странах мира. Высокопроизводительный труд требует большого волевого усилия человека. Такое волевое усилие дается тяжело, длительно оно может осуществляться только при сильной трудовой мотивации. Подобная мотивация особенно важна вначале. Потом на помощь приходят сформировавшиеся навыки, появляется то состояние организма, которое И.П. Павлов назвал «динамическим стереотипом» [5]. Частная собственность обеспечивает личную экономическую независимость и свободу выбора, поэтому представляет собой высокий трудовой стимул. Именно в этом заключалось преимущество западных производителей перед Советским Союзом, в котором развитие экономики опиралось на утопические принципы, наиболее пагубный из которых заключался в игнорировании «закона стоимости». Это обусловило экстенсивный, затратный путь развития народного хозяйства и обесценило заработную плату как действенный стимул к труду. Невосполнимой бедой сегодняшней России является то, что большинство населения страны не может воспользоваться теми преимуществами формирования эффективной трудовой мотивации, которые в идеале присущи рыночной экономике.

Трудовая мотивация представляет собой один из древнейших человеческих стимулов. Её особая роль сформировалась, по-видимому, в ходе эволюционного разви-

тия, ибо мутации и естественный отбор привели к появлению неандертальца и кро-маньонца, а затем «труд создал человека» (Ф. Энгельс) [9].

Утрату трудовой мотивации в России породили три главные причины: неадекватная, нищенская оплата труда, закрытие градообразующих предприятий и сворачивание систем жизнеобеспечения на селе.

В условиях бедности основой побуждения к труду становится принуждение. Историческая ретроспектива показывает, что принуждение и насилие никогда не порождали высокую производительность труда. Во всех исторических формациях (рабовладельческой, феодальной, капиталистической, социалистической) это положение оставалось неизменным. В указанные исторические периоды создавались замечательные шедевры человеческой деятельности. В основе таких творений лежали талант, призвание, уникальный профессионализм, идейный стимул, что, однако, не изменяет характерную для всех исторических формаций главную закономерность – низкую производительность труда, основанного на принуждении. И в наши дни это положение сохраняется – производительность труда тем хуже, чем ниже трудовая мотивация и выше принуждение.

В первой половине XX века в экономически развитых странах и в Советском Союзе произошел беспрецедентный рост средней продолжительности жизни населения. К повышению средней продолжительности жизни привело снижение смертности от эпидемических инфекционных заболеваний, прежде всего, детских инфекций, которое было достигнуто в результате специфической вакцинации, улучшения гигиенических стандартов, использования новых лекарственных препаратов.

Но, кроме медицинских причин, имела значение и другая группа факторов. В развитых странах ею стало формирование более эффективной трудовой мотивации, основанной на повышении привлекательности как самого труда, так и его оплаты.

Переход к механизированному и автоматизированному производству снизил долю изнурительного физического труда, который вызывает ускоренное биологическое старение организма и раннюю смертность.

Еще более важным фактором стала новая система оплаты труда. Г. Форд первым решил, что его рабочие должны получать столько, чтобы могли покупать машины, которые они производят. Указанные изменения имели принципиальное значение не только потому, что привели к повышению покупательной способности населения – главного условия развития рыночной экономики. Они определили возможность эффективного экономического роста не за счет дешевой рабочей силы, а благодаря использованию технических достижений, повышающих производительность труда и позволяющих повысить его оплату. Высокие доходы создали условия для формирования многочисленного среднего класса – главной опоры демократического государства. В конечном итоге, новая система оплаты труда показала, что основой успеха в конкурентной борьбе и условием перехода в разряд экономически развитых стран являются не дешевый труд и не природные богатства, а технический прогресс.

Стоимость рабочей силы в разных странах неодинакова. Она зависит от исторических и природных условий, традиций и, главное, от достигнутого уровня благосостояния общества. Именно данный параметр определяет условия формирования важнейшего физиологического стимула – эффективной трудовой мотивации. При этом ведущую роль играет прежнее качество жизни, а не тот уровень, на который «опустили» человека житейские обстоятельства. Нищета определяет рост преступности, а не производительности труда.

Значение сформировавшейся эффективной трудовой мотивации подтверждает опыт Китая и Индии. По величине ВВП на душу населения Россия пока опережает Китай и Индию. Но в ходе реформ указанным странам не были навязаны «шоковая» стратегия реформ и ускоренная приватизация. Поэтому обвального ухудшения традиционного качества жизни в них не произошло. Напротив, качество жизни в Китае и Индии медленно, но постоянно повышается. По указанной причине у населения этих стран сформирова-

лась эффективная трудовая мотивация, обусловившая снижение смертности и увеличение средней ожидаемой продолжительности жизни, как мужчин, так и женщин.

Зависимость жизнеспособности нации от уровня трудовой мотивации её трудоспособных членов, по-видимому, представляет собой эволюционно выработанный биологический механизм, не позволяющий развитию вида *Homo sapiens* повернуть вспять. Чтобы не остановился эволюционный процесс, жертвует та популяция, которая не сумела обеспечить реализацию указанного условия. Обвал демографических показателей в России в первый период реформ подтверждает справедливость этого положения.

В свое время эксперты ООН и Международного бюро труда установили, что для устойчивого покупательского спроса нижний предел заработной платы должен быть не менее 3 долларов в час. Ученые-экономисты доказали, если человек зарабатывает меньше, он выпадает из нормальной взаимозависимости производства и потребления. С тех пор жизнь стала дороже. В экономически развитых странах Европы в настоящее время законодательно установлен значительно более высокий размер почасовой оплаты труда: во Франции – € 35.8 в час; в Великобритании – € 34.0, в Испании – €16.6; в Словении – € 13.0 в час. В США в июле 2009 года почасовая оплата труда увеличена с 6,55 до 7,25 доллара.

В России минимальный размер оплаты труда (МРОТ) с 1 января 2009 года равен 4330 рублей в месяц. В час это составляет 27,1 рубля. По сегодняшнему курсу валют – меньше и \$1,0 и €1,0. Многократный разрыв сохраняется.

Однако необходимо определить, хотя бы в первом приближении, нижний предел оплаты труда, достаточный в настоящее время для формирования эффективной трудовой мотивации и устойчивого покупательского спроса в России и субъектах Российской Федерации. Отечественные экономисты, опираясь на методику, использованную в свое время экспертами ООН и МОТ, в состоянии решить указанную задачу. Если до сих пор этого не было сделано, то только потому, что не принималась в расчет связь между величиной оплаты труда, формированием эффективной трудовой мотивации и уровнем производительности труда.

Некоторые ориентиры может, по-видимому, дать отечественное социальное страхование. С 1 января 2010 года Россия перешла от обезличенного единого социального налога к отчислениям в фонд социального страхования с зарплаты каждого работника персонально. Переход оправдан. Размер взноса остался прежний – 2,9%. Но изменилась величина заработной платы, с которой взимается указанный взнос. Прежде он равнялся 600 тыс. рублей в год (50 тыс. в месяц), теперь снизился до 415 тыс. рублей в год (34583 руб. в месяц). Если зарплата больше, она уже не подлежит социальному страхованию. Люди с подобной зарплатой должны сами обеспечивать свое финансовое благополучие после прекращения трудовой деятельности. Если прежний социальный «потолок» был завышен, то новый – занижен. Поэтому примем в расчет среднюю между ними величину – 42291,5 рубля в месяц. При 40 рабочих часах в неделю и 160 – в месяц, это составит в час 264 рубля, 6 евро или 8,8 доллара, то есть укладывается в тот диапазон различий, который на практике сегодня имеет место.

Зарплату 42000 рублей в месяц) уже сегодня имеет часть высококвалифицированных профессионалов. Она практически в 10 раз (9,8) больше установленного с 1 января 2009 г. МРОТ. И все-таки такое отставание не имеет фатального характера и может быть преодолено в сжатые сроки.

Надо полагать, что среднемесячная начисленная заработная плата одного работника в Российской Федерации в размере 40 - 42 тысячи рублей может привести к реальному подъему жизненного уровня, позволяющему сохранять здоровье, приобрести по ипотеке жилье в течение 10 – 15 лет, обеспечить необходимые материальные потребности семей с детьми, включая современное образование, а также достойную пенсию в старости. То есть решить главные социальные задачи, стоящие перед госу-

дарством. Именно на проблеме достойной оплаты труда должна быть сосредоточена борьба за соблюдение прав человека в России.

При этом надо иметь в виду, что важна не только величина заработной платы, но и её структура. На некоторых шахтах доля тарифа в зарплате горнорабочих до сих пор составляет 50%, остальное – премиальные за выполнение производственных показателей. При такой системе оплаты труда, чтобы заработать либо не потерять работу в случае невыполнения плана, человек вынужден трудиться на пределе своих возможностей, пренебрегая не только недомоганием, но и техникой безопасности. Такой подход к оплате труда был характерен для ранней стадии капитализма. От нее отказались все экономически развитые страны не только потому, что это прямой путь к социальному противостоянию. Подобная практика не обеспечивает сохранение высококвалифицированных кадров и приращение человеческого капитала.

Структура оплаты труда важна и для бюджетников. Сейчас осуществляется реформа системы оплаты труда, основанная на уменьшении величины обязательной базовой части зарплаты и увеличении числа стимулирующих доплат. Это, по мысли заместителя министра Минздравсоцразвития А.Л.Сафонова, расширяет возможность стимулирующего влияния. Однако известно как из отечественного, так и зарубежного опыта, что базовая часть оплаты труда должна составлять не меньше двух третей максимально возможной величины заработка. При этих условиях его стимулирующий эффект наиболее выражен. В настоящее время, по данным Минздравсоцразвития, базовая часть оплаты труда составляет 48%, что резко снижает стимулирующий эффект проводимой реформы оплаты труда.

Введение систем оплаты труда, ориентированных на конечный результат, до того, как зарплата достигнет уровня, достаточного для формирования эффективной трудовой мотивации, также не оправдано. Такая реформа, осуществляемая Министерством образования и науки, лишила основную массу учителей уверенности в завтрашнем дне, усилило текучесть молодых кадров, резко снизила престиж профессии. По данным опроса, проведенного МГУ, 87% московских учителей не хотят, чтобы их дети унаследовали профессию родителей. В 2009 году в условиях максимально свободного конкурса профессий в педагогических вузах России более двух тысяч бюджетных вакансий осталось незанятыми.

Для построения оптимальной стратегии развития экономики принципиально важно, что базовой ценностью для дееспособного человека является заработок, а не пособие. Поэтому социальная политика государства, направленная на сбережение народа, должна опираться не только на бюджетные дотации (национальные проекты, гранты, премии). Еще большее значение имеет повышение оплаты труда, оно дает людям шанс самим выбраться из нищеты. Только достойная оплата труда формирует эффективную трудовую мотивацию, которая, вместе с уверенностью в завтрашнем дне, служит основой повышения жизнеспособности нации. Государству необходимо использовать свою власть и ресурсы, чтобы дать людям возможность перейти со старых неэффективных рабочих мест, с плохими условиями труда и низкой зарплатой, на новые современные наукоемкие производства с достойной оплатой [2].

В России в настоящее время производительность труда в два раза ниже, чем в развитых странах. Чтобы исправить положение, правительство создает условия, способствующие притоку инвестиций и внедрению новых наукоемких технологий. Однако для повышения производительности труда необходимо выполнение еще одного обязательного условия – увеличения размера заработной платы до величины, формирующей сильную трудовую мотивацию. Во времена М.С. Горбачева попытка ускорения развития экономики страны без реализации указанного условия не принесла успеха, несмотря на иностранные займы и закупку передовых технологий. Второй год в России реализуется «Стратегия-2020», одним из направлений которой является рост производительности труда в 4 – 5 раз. По словам спикера Госдумы Бориса Грызлова, «за пол-

тора года мы не наблюдаем роста производительности труда» (Российская газета от 7.10.2009).

В экономике общепринятым считается правило: **«повышение заработной платы не может опережать рост производительности труда»**. В противном случае, увеличение доли оплаты труда в себестоимости продукции повысит её цену и снизит конкурентоспособность предприятия.

Однако медицина вынуждена сформулировать свое непреложное правило: **«заработная плата не может быть меньше величины, необходимой для выживания населения и формирования эффективной трудовой мотивации»**. В противном случае, возникает высокая и ранняя смертность людей, занятых наемным трудом, сокращается численность населения Российской Федерации, катастрофически отстает производительность труда, и, в конечном итоге, ухудшаются условия развития экономики всей страны. Поэтому экономическому правилу можно следовать только после реализации правила медицинского.

Уровень становления динамического стереотипа высшей нервной деятельности (критерий образования среднего класса), в отличие от двух предыдущих уровней жизнеспособности нации, определяется не конкретной критической величиной зарплаты и/или дохода индивидуального предпринимателя, а соотношением их средних величин к размеру среднедушевого денежного дохода населения данного субъекта Российской Федерации. Формирование устойчивого динамического стереотипа важно как в биологическом, так в социальном и политическом отношении.

Явление «динамического стереотипа» было открыто И.П. Павловым [5]. Эта форма высшей нервной деятельности обеспечивает устойчивое функционирование организма в стабильных условиях жизнедеятельности при минимальной «физиологической стоимости» усилий. При включении сознания поведенческий акт обязательно требует участия всего мозга, что ведет к резкому повышению потребления энергетических резервов. Динамический стереотип высшей нервной деятельности реализует благодатную способность человеческого мозга – автоматизацию действия при возможно минимальном включении сознания. В житейском плане отражением динамического стереотипа является привычка. Без привычки жить сложно – вся жизнь превращается в борьбу с самим собой.

Динамический стереотип представляет собой биологическую основу формирования среднего класса, главной отличительной чертой которого является «стабильность». Человеческий организм интуитивно стремится сохранить динамический стереотип – оптимальную физиологическую форму жизнедеятельности. Именно поэтому средний класс является главной опорой существования демократического государства, он не приемлет революционных потрясений и поддерживает консервативные партии, по крайней мере до тех пор, пока народ не доведен до отчаяния. Следует положительно оценить недавнюю инициативу «Единой России» – партии большинства, обозначившей свою политическую платформу как российский консерватизм.

Основой среднего класса в России являются, прежде всего, представители профессий, определяющих качество «человеческого капитала» – врачи, учителя, деятели культуры и науки, а также индивидуальные предприниматели, владельцы малого/среднего бизнеса и средний слой государственных служащих.

Для конкретного человека субъективная оценка уровня жизни базируется на сравнении величины его заработка со средней зарплатой населения своего региона. Врач в Ханты-Мансийском округе и в Воронежской области имеет различную зарплату, она и не может быть одинаковой, ибо различны условия их проживания и деятельности. Но если зарплата врача на 10% выше средней величины денежных доходов местного населения, то и в том, и в другом субъекте Федерации он чувствует себя достаточно комфортно и обосновано относит себя к российскому среднему классу. В обще-

ственно значимых профессиях (врачи, учителя, деятели культуры, ученые) зарплата должна не менее, чем на 5-20% превышать денежные доходы местного населения.

Все эти годы у населения России стихийно идет формирование нового динамического стереотипа. От того, каким он станет, в немалой мере зависит жизнеспособность нации и будущее страны. На формирование динамического стереотипа оказывает влияние, с одной стороны, негативный опыт, приобретенный людьми во время первого этапа социально-экономических преобразований, приведшего к обнищанию населения, разрушению производственного и научно-технического потенциала страны, с другой – положительные эмоции от социальной и демографической политики, проводимой государственной властью в настоящее время. Поэтому так важно, что в период кризиса она не только сохраняется, но становится даже более активной. Можно только пожелать, чтобы в ней был усилен акцент, направленный на повышение реальной покупательной способности населения.

В условиях рыночной потребительской экономики размер заработка (покупательной способности) является определяющим условием уровня жизнеспособности нации. Однако чем он выше, тем больше появляется необходимых дополнительных условий. Особенно актуальное значение они приобретают при формировании динамического стереотипа высшей нервной деятельности, определяющего целенаправленное поведение человека. Поэтому для формирования устойчивого динамического стереотипа важен не только размер оплаты труда, но и степень социального расслоения общества. Для российского среднего класса важны такие нравственные категории, как достоинство и справедливость, восприятие труда не только как вынужденного приложения физических и умственных усилий, но и как желанного средства реализации своих способностей и талантов. Поэтому при формировании динамического стереотипа на равных выступают здоровый и нравственный образ жизни.

Изучение проблемы жизнеспособности нации потребовало привлечения данных экономики, демографии, социологии, физиологии, генетики, психологии, медицины. Повидимому, это указывает на потребность создания новой интегральной науки – социальной биологии человека.

* * *

1. Величковский Б.Т. Жизнеспособность нации. Роль социального стресса и генетических процессов в популяции в развитии демографического кризиса и изменении состояния здоровья населения. М.: Тигле, 2009. 175 с.

2. Гонтмахер Е.Ш. Социальные реформы. Что завтра? . М.: Экономика. 2005. – 208 с.

3. Маслоу А. Мотивация и личность. М-СПб.: Питер. 2006. – 352 с.

4. Павлов И.П. Полное собрание сочинений. М.-Л.: Изд-во АН СССР, 1951. Т. 3. Кн. 1. Рефлекс цели С. 306 - 313

5. Павлов И.П. Полное собрание сочинений. М.-Л.: Изд-во АН СССР, 1951. Т. 3. Кн. 2. Дина-

мическая стереотипия высших отделов мозга. - С. 240 - 244.

6. Селье Г. Очерки об адапционном синдроме. М.: Медгиз, 1960. 254 с.

7. Скулачев В.П. Феноптоз: запрограммированная смерть организма // Биохимия. 1999. Т. 64. вып. 12. – С. 1679 – 1688

8. Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплева И.А. Управление персоналом организаций. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2006. – 1104 с

9. Энгельс Ф Роль труда в процессе превращения обезьяны в человека. Диалектика природы. М.: ОГИЗ. Госполитиздат. 1941. – С.134 - 146

НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРОГРЕСС И ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Судаков К.В.

В статье раскрываются наряду с положительными и негативные стороны влияния научно-технического прогресса на здоровье человека. Систематизированы основные факторы научно-технического прогресса, являющиеся причиной нарастающих психоэмоциональных перегрузок человека. Предложены конкретные меры по ориентации технологической политики на реорганизацию производства с учетом психологических и физиологических особенностей и взаимоотношений работающих лиц, а также комплекс антистрессорных реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: научно-технический прогресс, психоэмоциональный стресс, диагностика стрессорных состояний, реабилитационные мероприятия, система профилактической оценки состояния человека на рабочем месте.

Человечество в свою историю постоянно старательно стремилось развивать и усовершенствовать орудия труда с целью облегчения, как правило непосильных, физических нагрузок и ограничения неблагоприятного действия факторов окружающей среды, включая защиту от врагов. В результате человек создал уникальные технические устройства, облегчающие тяжелые перевозки, мышечные усилия в производственной деятельности, обработку земли, системы, обеспечивающие тепло и освещение, управление различными техническими средствами передвижения в воздухе, на воде и на суше, военное оборудование и т.д.

Апогеем технического прогресса явились современные военные и космические технологии, а также средства информационного обмена. Человек создал удивительные автоматы, определяющие удобства его бытовой и производственной деятельности.

Технический прогресс – благо человечества. Это его удобные жилища, средства передвижения, информационные коммуникации и т.д.

Вместе с тем научно-технический прогресс имеет негативные стороны. При этом, как бы ни были совершенны технические устройства, контроль за их деятельностью всегда осуществляет человек.

На современных технических устройствах, как правило, отсутствуют системы контроля за состоянием ведущих физиологических показателей работающих на них операторов. В результате человек бесконтрольно подвергается психоэмоциональным напряжениям, которые, повторяясь изо дня в день, приводят к неизлечимым заболеваниям.

При этом все большие информационные нагрузки ложатся на человека при его работе с современными техническими устройствами при их эксплуатации.

Физические функции человека в этих условиях нередко без отбора и предварительной тренировки, порой уже не могут обеспечивать его работу на современных технических устройствах. Наиболее отчетливо это проявляется в деятельности космонавтов, которых необходимо выбирать из большой группы кандидатов и серьезно тренировать перед полетом.

Научно-технический прогресс взрастил технократию.

Технократия определяет темп и ритм производственной, учебной деятельности и даже отдых человека. В результате – трудящиеся и учащиеся вынуждены приспосабливаться к схемам деятельности, определяемым технологами, и осуществлять порой невозможную для их психических и физиологических возможностей деятельность.

Физиологические функции человека в ряде случаев оказались недостаточными для осуществления его социально значимой деятельности, особенно в условиях экстремальных ситуаций (на современных высокотехнологических предприятиях, в космосе, под водой, в армейских условиях и т.д.).

Все это создает для человека конфликтные ситуации и порождает нарушения

здоровья и духовно-нравственного облика работающих и учащихся лиц.

Ведущей причиной нарушения здоровья человека выступают так называемые психозэмоциональные стрессы.

Психозэмоциональный стресс, с одной стороны, является защитной приспособительной реакцией, мобилизующей организм на преодоление разнообразных мешающих нормальной жизнедеятельности препятствий, особенно тех многих конфликтных ситуаций, в которых субъект ограничен в возможностях удовлетворения своих ведущих жизненно важных биологических и социальных потребностей. С другой стороны, в условиях острых или, наоборот, длительных и непрерывных конфликтных ситуаций у отдельных предрасположенных субъектов эмоциональный стресс трансформируется в свою противоположность – патогенный фактор, нарушающий нормальные физиологические функции, что приводит, в конечном счете, к формированию разнообразных психосоматических заболеваний.

Установлено, что на начальной стадии развития стрессорного состояния сначала транзиторно, а потом и устойчиво поражаются механизмы саморегуляции различных функциональных систем человека, что ведет к нарушению биоритмов: сна и бодрствования, суточных изменений уровня гормонов, ритмов дыхания, сердцебиения и проницаемости различных тканевых барьеров, снижается иммунитет и нарушаются гормональные функции.

Указанные изменения на первых стадиях развития психозэмоционального стресса носят преходящий, транзиторный характер и легко устраняются, если человек выходит из конфликтной ситуации. Однако при длительных, особенно непрерывных, конфликтных ситуациях, а также при острых конфликтах нарушения физиологических функций приобретают устойчивый характер. Наблюдается поломка механизмов саморегуляции, в результате чего измененные физиологические функции начинают проявляться и вне конфликтной ситуации, становясь, таким образом, без специальных вмешательств стойкими и часто уже необратимыми.

Становится ясным, что чем раньше вмешаться в динамику развития генеза психосоматических расстройств при психозэмоциональном стрессе, тем более эффективны будут антистрессорные мероприятия.

Психозэмоциональный стресс является причиной многих заболеваний: депрессий, психозов, неврозов, нарушений сна, сосудистых заболеваний мозга, сердечно-сосудистых заболеваний (аритмий, экстрасистолий, инфаркта миокарда, гипертонической болезни), язвенно-дистрофических поражений желудочно-кишечного тракта; снижения иммунитета, предрасположенности к вирусным и многим инфекционным заболеваниям, аутоиммунных процессов; ревматических заболеваний, остеохондрозов; онкологических заболеваний; гормональных расстройств и нарушения половых функций и т.д.

Эмоциональный стресс влияет на генетический аппарат клеток организма, приводя к врожденным нарушениям развития и здоровья детей. Создалась реальная угроза нарушения генофонда человеческой популяции.

Пагубное действие эмоционального стресса проявляется в росте алкоголизма и наркомании; в повышении травматизма; в росте числа самоубийств; в инвалидизации общества.

Эмоциональный стресс является основной причиной уменьшения продолжительности жизни, повышения смертности людей и, в частности, внезапной смерти.

Порожденные стрессом болезни обрывают жизнь, а в общесоциальных масштабах – все больше несут угрозу существованию человечества. Эмоциональный стресс стал проблемой выживания человечества, и, наряду с другими глобальными проблемами, приобрел острую социальную значимость.

Эмоциональный стресс оказывает влияние на социально-экономические процессы в обществе, межличностные, деловые и прочие взаимоотношения людей. Эмоциональный стресс изменяет духовный мир человека. Вызванная стрессом невротизация личности приводит к агрессивности, депрессии, неадекватности и нерациональности

поведения, вызывает деградацию духовно-нравственных потребностей человека, снижает творческий потенциал и работоспособность, порождает антиобщественные поступки и извращает социальные мотивации человека.

Психозэмоциональный стресс дошел до той критической черты, за которой происходит деградация общества, массовая потеря здоровья и вымирание.

Однако эта негативная сторона научно-технического прогресса все еще не достаточно осознана человечеством и руководителями государств.

Какие же негативные факторы научно-технического прогресса являются причиной нарастающих психозэмоциональных перегрузок современного человека?

- Изменение темпа жизни. В жизни человека вследствие его быстрых перемещений резко возросли периоды психозэмоциональных стрессов, а периоды духовного расслабления, отдыха, взаимодействия с природой, произведениями культуры и искусства и, наконец, общения друг с другом, резко сократились.

- Информационные перегрузки, особенно связанные с широким внедрением в помощь современным людям компьютеров, телевидения, мобильных телефонов, телефаксов и пр., которые, кстати, сами по себе оказываются не безопасны для здоровья предрасположенных людей, особенно молодежи.

- Урбанизация. Современные люди предпочитают жить в больших городах с их социальными благами и неблагоприятными экологическими условиями.

- Монотония. На современных производствах рабочие, как правило, вынуждены выполнять монотонную неинтересную для них работу, которую определяет технолог, а не сами рабочие.

К тому же современный человек употребляет продукты научно-технического прогресса, производимые, преимущественно как товар, обеспечивающий торговую прибыль и уже не имеющие физиологической ценности.

С помощью курения, алкоголя и приема наркотиков люди наивно полагают снять напряжение, вызванное их производственной деятельностью, хотя это, приводит к еще большему нарастанию социальной, производственной и семейной напряженности.

Другим следствием напряженной жизни является нарастание травматизма техногенных и экологических катастроф и наконец – самоубийств.

Возникла неотложная необходимость принятия срочных мер для предотвращения опасных для жизни и здоровья людей стрессовых ситуаций и для широкого внедрения реабилитационных мероприятий по отношению к субъектам, подвергшимся стрессорным воздействиям.

Понятно, что научно-технический прогресс будет нарастать, будут создаваться еще более интенсивно воздействующие на человека технические устройства. Выход только один: сохранить нормальные физиологические функции человека на современных производствах научно-технического прогресса и обучающих устройствах. Не дать его нормальным физиологическим функциям нарушаться и перерасти в неизлечимые заболевания.

Необходимо специальными государственными декретами изменить акценты государственной политики. Перенести главный акцент на профилактическое сохранение здоровья трудящихся. На первое место государственной политики должен быть поставлен Человек, и все средства научно-технического прогресса должны создаваться под человека, его физиологические возможности. Значительная роль в этом принадлежит средствам массовой информации, которые от нагнетания стрессорных состояний в обществе должны перейти к активной антистрессорной пропаганде, создавая общественный иммунитет к психосоматическим заболеваниям.

Необходимо:

- Разработать эффективные нормативы допустимой степени эмоционального напряжения в социально-производственных условиях (предоставление рабочим возможности участия в принятии производственных решений, гуманизация сменной и ночной работы и т.д.).

- Проводить технологическую политику, ориентированную на реорганизацию производства с учетом психологических и физиологических особенностей и взаимоотношений работающих лиц.

- Разработать эффективные меры повышения устойчивости к психоэмоциональному стрессу предрасположенных на рабочем месте лиц.

- Устранять наиболее неблагоприятные для развития эмоционального стресса производственные условия.

Среди указанных мероприятий первостепенное значение имеют научные разработки ранней диагностики стрессорных состояний и реабилитация последствий психоэмоционального стресса в реальных условиях жизнедеятельности работающих лиц.

В Институте нормальной физиологии имени П.К. Анохина Российской академии медицинских наук разработана специальная автоматизированная система профилактической оценки состояния человека на рабочем месте "Санатрон", которая, не мешая рабочим выполнять производственные задания, позволяет с помощью специальных бесконтактных датчиков регистрировать набор наиболее информативных физиологических показателей в процессе реальной трудовой деятельности рабочих, и оценивать эти показатели в соответствии с результативными отрезками производственной деятельности (2). Специальные компьютерные программы оценивают полученные данные, и в случае отклонения показателей от среднего нормального уровня предписывают направление испытуемых лиц на соответствующие индивидуальные реабилитационные мероприятия (рис.1).

Профилактики и реабилитация последствий стресса

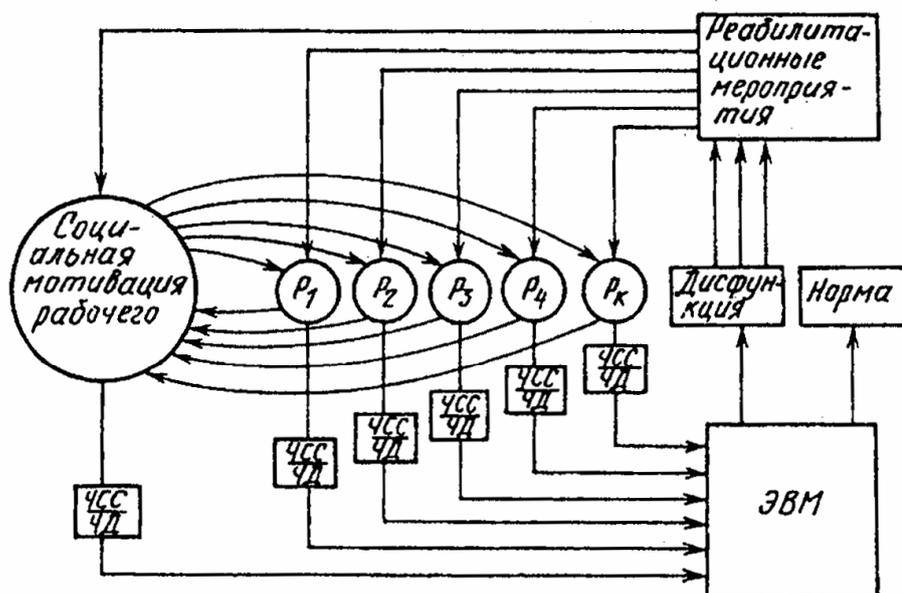


Рис.1. Общая схема автоматизированной системы регистрации физиологических показателей человека на рабочем месте в соответствии с промежуточными результатами (P1 – P4) и конечным результатом (Pk) производственной деятельности. ЧСС – частота сердечных сокращений, ЧД – частота дыхания.

После реабилитации на рабочем месте снова осуществляется контроль за эффективностью реабилитационных мероприятий. Система позволяет в реальных

производственных условиях выявлять лиц, устойчивых и предрасположенных к производственным стрессорным нагрузкам. По отношению к лицам, чувствительным к стрессорным нагрузкам, разработаны меры направленного повышения их устойчивости, включающие различные нелекарственные мероприятия (поведенческую саморегуляцию, дыхательную гимнастику, физические упражнения, массаж, физиотерапевтические процедуры, иглоукалывание, воздействие музыки и т.д.). Эти мероприятия, подбираемые индивидуально, оказались весьма эффективными.

Проведенное на одном из заводов электронной промышленности г. Москвы в группе людей, обнаруживающих в результате стрессорных производственных нагрузок дисфункции, применение нелекарственных мероприятий привело к нормализации нарушенных функций в более чем в 30% случаев, при этом изменилось и духовно-нравственное отношение рабочих к труду, их заинтересованность в труде, который сохраняет их здоровье.

Особое место в профилактическом контроле дисфункций, вызываемых эмоциональным стрессом, принадлежит приборам "Стражи здоровья"(5).

Общий принцип работы этих приборов заключается в индивидуальной оценке в естественных условиях трудовой деятельности и отдыха ограничительных величин отклонения от нормы различных параметров физиологических функций человека. Во всех случаях отклонения того или другого физиологического показателя за пределы индивидуально установленных границ – указанные приборы дают предупреждающий сигнал, по которому индивид может осуществить ряд поведенческих действий: снизить темп работы, принять ранее рекомендованное лекарство, позвонить врачу и пойти к нему на прием и т.п.

Важный путь преодоления последствий психоземotionalного стресса направлен на реабилитацию уже измененных при эмоциональном стрессе физиологических функций.

Сейчас стало очевидным, что проблема реабилитации предрасположенных к эмоциональному стрессу субъектов может быть решена только с помощью научно обоснованных методов.

На ранних стадиях развития стрессорных состояний эффективны различные физические, химические и информационные реабилитационные факторы: воздействие электрического тока; магнитотерапия; действие лазера, ультразвука, света различной длины волны; музыки; тепло-холодовые воздействия, включающие массаж, сауну и различные виды бань, зимнее купание и т.д.; различные методы гипоксии, воздействия кислорода, азота, разнообразных трав, пищевых добавок и т.п.

Особую группу составляют физиологические методы реабилитации путем дозированных мышечных нагрузок, голодания, воздействия сна, гипноза, массажа, диетотерапии, иглоукалывания. Применяют также информационные методы реабилитации: гомеопатию, су-джок-терапию, ароматерапию и т.п.

Среди поведенческих методов реабилитации последствий психоземotionalного стресса широкое распространение получили аутогенная тренировка, различные методы релаксации, медитации и, особенно, методы биологической обратной связи. В последнем случае субъекты обучаются направленно контролировать свое состояние или отдельные физиологические показатели, в частности, напряжение мышц, частоту сердцебиения и дыхания, кровяное давление за счет произвольного управления определенными цифровыми или графическими показателями на экране компьютера. Как правило, в качестве обратной связи используется зрительный канал оценки информации, хотя имеются и системы оценки тактильных, температурных ощущений и даже слабых болевых воздействий.

Особое место среди антистрессорных мероприятий занимает музыка. Показано, что классическая музыка способствует гармонизации биоритмов организма, что является хорошим средством устранения последствий стрессорной нагрузки. Воздействие положительной музыки у отдельных людей приводит к повышению работоспособности.

Таким образом, на ранних стадиях стрессорных нагрузок индивидуально подо-

бренные нелекарственные воздействия оказываются весьма эффективными (3).

Характерно, что на ранних стадиях реабилитации стрессорных последствий не имеет существенного значения природа действующего реабилитационного фактора, важно только, чтобы реабилитационное воздействие смогло довести физиологические показатели организма до определенного индивидуально нормального состояния.

Из этого следует, что при оценке действия на организм стрессорных нагрузок, так же как эффектов реабилитации, главным является не воздействие, а определенное состояние организма, его функциональных систем, до которого его должна довести реабилитационная процедура. При этом особенно важен индивидуальный подбор средств реабилитации.

Процесс реабилитации постстрессорных нарушений всегда должен осуществляться под контролем состояния различных физиологических показателей организма.

В Институте разработан специальный комплекс антистрессорных реабилитационных мероприятий против последствий длительных стрессорных воздействий, рассчитанный на 10-12 дней. Комплекс включает физические упражнения, четырехчасовое пребывание в сауне при температуре 80°C, чередующееся с охлаждающим бассейном. При этом рекомендуется обильное питье жидкости и прием специально составленного витаминно-минерального набора, содержащего в определенных пропорциях прооксидантные и антиоксидантные витамины, минеральные вещества, микроэлементы и ряд биологических добавок.

Исследования, проведенные на добровольцах, показали высокую эффективность указанных, разработанных на научной основе, реабилитационных мероприятий. У ранее подверженных стрессорным нагрузкам испытуемых улучшалось настроение, устранялись вегетативные проявления эмоционального стресса, возрастала работоспособность, повышался иммунитет, нормализовался сон и т.д.

Забота о сохранении здоровья должна охватывать широкий контингент людей: детей, школьников, студентов, военнослужащих, рабочих разных видов производственной деятельности и служащих (1). Исходя из того, что нарушения физиологических функций чаще наблюдаются при длительных и непрерывных конфликтных ситуациях, первым условием профилактики нежелательных последствий психоэмоционального стресса является правило: стрессорные нагрузки должны иметь эпизодический характер. В случае эпизодических стрессорных нагрузок после их прекращения механизмы саморегуляции различных функциональных систем возвращают отклоненные физиологические показатели к норме. Таким образом, ритмические стрессорные нагрузки не представляют опасности для здоровья человека.

Здоровое общество в свою очередь обеспечит процветание государства и его экономическую и военную мощь.

* * *

1. Джебраилова Т.Д. Индивидуальные особенности устойчивости к эмоциональному стрессу при работе на компьютере у школьников 15-16 лет. – Физиология человека. 1995. т. 21. № 2. С. 44-53.

2. Санатрон. Система оценки и реабилитации ранних нарушений физиологических функций человека в реальных условиях жизнедеятельности. Под общей ред. К.В. Судакова. - М.: Изд-во Горизонт. 2001. - 395 с.

3. Судаков К.В. Дезинтеграция функциональных систем организма при эмоциональном стрессе: стратегия реабилитации. – В кн.:

Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам. Под ред. акад. РАМН В.И. Покровского. – М.: Медицина. 2004. С. 21-41.

4. Судаков К.В., Умрюхин П.Е. Системные основы эмоционального стресса. – М: ГЭОТАР - Медиа. 2010. - 112 с.

5. Юматов Е.А. Информационные медико-технические системы, моделирующие саморегуляцию жизненно важных физиологических функций человека. - В кн.: Моделирование функциональных систем. - М.: Изд-во ЗАО "Рит экспресс". 2000. С. 211-229.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
И ЕГО ОЦЕНКА В РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Гундаров И.А.

Сформулировано определение общественного здоровья для использования в практической работе здравоохранения и других сфер государственного управления. Выделены четыре блока статистических показателей здоровья: физическая жизнеспособность, биологическое воспроизводство, социальная дееспособность, духовное состояние. Разработан нормированный индекс общественного здоровья. Проведено сравнение здоровья населения регионов России в статике и динамике за последние 17 лет.

Ключевые слова: общественное здоровье, измерение количества здоровья, оценка жизнеспособности населения, здоровье регионов России, моральная статистика.

Методология определения «общественного здоровья»

Обеспечение высоких показателей здоровья населения является одной из первоочередных задач социального государства. Этому вопросу уделяется большое внимание со стороны научной медицинской общественности и практического здравоохранения [6,9].

Эффективное управление общественным здоровьем невозможно без его количественной оценки в исходном состоянии и при проведении оздоровительных мероприятий. Принято считать, что наиболее распространенным показателем здоровья является заболеваемость [12], и отчеты по здоровью населения сводятся в основном к показателям заболеваемости, инвалидности, смертности. Такой подход противоречит здравому смыслу и научной логике, поскольку измерителем величины явления не может быть его отсутствие. Абсурдно измерять счастье количеством несчастья, а войну считать показателем мира. Здоровье и счастье обладают собственным содержанием, которое имеет определённый объём, доступный количественной оценке. Однако современное здравоохранение не располагает адекватными данной задаче технологиями [7].

Для разработки методов измерения общественного здоровья требуется прежде дать ему определение, пригодное к практическому использованию в здравоохранении и других сферах государственного управления. С античных времен накоплено более 200 определений здоровья, предпринимались попытки их классификации и анализа [5,8]. При этом большинство дефиниций ориентировано на философские дискуссии, а не на сферу управления здоровьем. Например, едва ли можно найти показатели для измерения количества здоровья, определяемого как «обработанный культурой продукт жизнедеятельности» [17].

В зарубежной литературе также не существует ориентированной на практику дефиниции «общественного здоровья». Используемые выражения «public health», «community health», «national health» зачастую несут «здравоохраненческое» содержание, включая службу охраны и укрепления здоровья. Что при этом понимается под собственно здоровьем, не указывается.

Нередко критерии здоровья трактуются настолько широко, что фактически отождествляются с благополучием в целом. Здоровым в обществе предлагается считать все то, что расценивается как хорошее, а больным – что является плохим. Такое содержание вкладывают в понятие здоровья эксперты ВОЗ, определяя его как «состояние полного физического, психического и социального благополучия». Но разве денежный доход и гражданские свободы – важнейшие показатели социального благополучия – являются показателями здоровья? Богатый человек может быть больным, а бедный человек – здоровым. Страдания матери у постели больного ребенка не обязательно должны трактоваться как нездоровье, хотя её психическое состояние далеко от благополучного. Напротив, ненормальным является нахождение в радостном состоянии при виде мучений близкого человека.

Отсутствие измерителей количества здоровья позволяет уходить от ответственности за неэффективные оздоровительные действия, отчитываясь не степенью приближения к цели, а количеством проведенных мероприятий. Например, в профилактических программах ТАСИС, СИНДИ, в международном проекте «Здоровые города» индикаторами общественного здоровья предлагаются показатели участия в оздоровительном процессе: принятие необходимых законодательных инициатив, осуществление мер экологической защиты, создание необходимой социальной инфраструктуры, организация требуемых конференций, выпуск просветительской литературы и т.д. В результате вместо оценки финальной цели (*target evaluation*) оценивается текущий процесс (*process evaluation*).

Понятие «здоровье» является частью более общего понятия «благополучие» (*wellness*). Учение об общественном здоровье является той частью учения об общественном благополучии, которая разрабатывается медицинской наукой. Никакая другая дисциплина не компетентна в данном круге вопросов. Остальные аспекты благополучия рассматриваются другими науками о человеке: политэкономией, социологией, этикой и т.д. Поэтому для практического определения общественного здоровья сначала надо исключить те характеристики, что не являются собственно здоровьем. Они могут иметь к здоровью непосредственное отношение, но здоровьем не являются. К их числу относятся материальное благополучие, экологическая обстановка, уровень культуры и образования, политические свободы, состояние здравоохранения, вредные привычки, биологические факторы риска, болезненность населения, санитарно-гигиенические условия и др.

Среди оставшихся характеристик к признакам здоровья населения следует отнести те, без которых его существование становится затруднительным:

- во-первых, это способность людей быть живыми в течение необходимой продолжительности лет. Физическая жизнеспособность есть главная функция здоровья, без которой невозможно выполнение любых остальных функций;
- во-вторых, это биологическое продолжение рода, обеспечение воспроизводства полноценного потомства;
- в-третьих, это гармоничное психическое состояние, отсутствие страданий от собственной неполноценности;
- в-четвёртых, это способность к достаточной трудовой активности для выполнения социальных обязанностей на работе и в быту.

В результате **общественное здоровье определяется как такое состояние и функционирование населения, которое обеспечивает людям необходимую продолжительность жизни, воспроизводство полноценного потомства, психическое благополучие и адекватную трудовую активность.** Такое определение корреспондирует с близкими по смыслу характеристиками индивидуального здоровья [1].

Статистические показатели общественного здоровья

Из приведенного определения следует, что при оценке общественного здоровья необходимо в населении измерять следующие параметры:

- 1) ожидаемую продолжительность жизни,
- 2) полноценность биологического воспроизводства,
- 3) степень психического благополучия,
- 4) уровень социальной дееспособности.

Результаты измерений должны выражаться в количественных показателях, существующих в государственной статистике, однозначно интерпретируемых, доступных к широкому использованию в практической работе.

Показатели ожидаемой продолжительности жизни

В современном здравоохранении для оценки дожития населения используется демографический показатель «ожидаемой продолжительности жизни» (ОПЖ). Чаще всего он определяется от рождения (ОПЖ-0), но может рассчитываться и от любого другого возрастного рубежа. ОПЖ-0 – это условная величина, которая показывает среднюю продолжительность жизни всех родившихся (допустим, 1000 младенцев) при наблюдении за ними до 100 лет. Расчёт ведётся на основании повозрастной смертности за предыдущий год.

При всей значимости демографического ОПЖ-0, ему присущ ряд существенных недостатков. Он учитывает только суммарное количество прожитых населением лет, игнорируя качественное распределение этих лет по возрастным группам. Например, если среди 1000 родившихся половина умрёт сразу, а вторая половина доживёт до 100 лет, то ОПЖ-0 будет равна 50 годам. В другом случае, если при рождении никто не умер, и все дожили до 50 лет, то ОПЖ-0 также будет равна 50 годам. Значит, при одинаковой величине ОПЖ-0 её возрастная структура может иметь качественное различие.

Продолжительность жизни детей и взрослых нередко по-разному зависит от одних и тех же факторов. То, что благоприятно для новорождённых, может оказаться неблагоприятным для взрослых. Например, младенческая смертность в значительной мере определяется материальным благосостоянием семьи и государства: уровнем жизни будущей матери, технической оснащённостью здравоохранения, гигиеническими условиями среды и т.д. В результате, чем выше урбанизация и технический прогресс, тем ОПЖ-0 будет больше.

Зато смертность в трудоспособном возрасте, например ОПЖ-45, сильно зависит от окружающей духовно-эмоциональной атмосферы: ощущения справедливости условий жизни, возможности контроля над ситуацией, наличия социальной поддержки и др. А эти характеристики нередко ухудшаются с ростом урбанизации и технического прогресса. В результате, чем они выше, тем меньше может оказаться ОПЖ-45 из-за увеличения смертности от «болезней цивилизации».

Получается, что повышение экономического потенциала и технического прогресса может по-разному влиять на жизнеспособность детей и взрослых, увеличивая её у первых и уменьшая у вторых. Так, ОПЖ-0 мужского населения России в 1896 г. составляла 29,4 года, а в 1996 г. 59,8 лет, т.е. увеличилась на 30,4 года. Зато достигшие 45-летнего возраста имели в 1996 г. меньшую ОПЖ-45, чем их сверстники сто лет назад, соответственно, 22,4 года и 22,9 лет [10] (табл. 1).

Разнонаправленность различий ОПЖ детей и взрослых обнаруживаются и при сравнении бедных стран и богатых. Например, в 1980 г. ОПЖ-0 мужского населения Армении, Грузии, Белоруссии, Кыргызстана, Таджикистана, Узбекистана была существенно ниже, чем в Великобритании, Германии, Ирландии, Люксембурге и др., со-

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ: ЗДОРОВЬЕ

ответственно, 65 лет и 70 лет. Зато ОПЖ-65 в бедных странах оказалась выше, чем у богатых, соответственно, 14 лет и 12,7 лет [15] (табл. 2).

Таблица 1

Ожидаемая продолжительность жизни российских мужчин (лет), достигших определенного возраста

Возраст	1896 г	1996 г	1996 г. минус 1896 г.
0	29,4	59,8	+ 30,4
5	49,7	56,2	+ 6,5
10	48,2	51,4	+ 3,2
15	44,5	46,5	+ 2,1
20	40,6	42,0	+ 1,4
25	37,0	37,8	+ 0,8
30	33,4	33,7	+ 0,3
35	29,8	29,8	0,0
40	26,3	26,0	- 0,3
45	22,9	22,4	- 0,5
50	19,7	19,2	- 0,5
55	16,7	16,3	- 0,4
60	13,9	13,6	- 0,3
65	11,4	11,2	- 0,2
70	9,4	9,0	- 0,6
75	8,0	7,2	- 0,8
80	6,9	5,7	- 1,2
85 и более	6,2	,4	- 1,8

Таблица 2

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин от рождения и в возрасте 65 лет среди населения бедных и богатых стран

Страны	ОПЖ-0	ОПЖ-65
<i>Бедные страны</i>		
Грузия	66,9	13,4
Армения	69,9	15,0
Таджикистан	63,7	15,1
Белоруссия	65,9	13,1
Узбекистан	63,6	14,3
Кыргызстан	61,1	12,9
В среднем:	65,1	14,0
<i>Богатые страны</i>		
Великобритания	70,0	12,7
Германия	69,9	13,0
Ирландия	70,1	12,6
Люксембург	70,0	12,6
В среднем:	70,0	12,7

Расчёты показывают, что при определении ОПЖ-0 смерть одного младенца равнозначна потере 100 лет, а смерть одного человека в возрасте 50 лет означает потерю 50 лет. Тем самым, влияние на ОПЖ-0 смерти одного младенца равно влиянию смертей двух взрослых 50-летнего возраста. В результате ОПЖ-0 при оценке общественного здоровья затушевывает высокую смертность взрослых за счет низкой смертности детей, искажая тем самым реальную картину популяционного здоровья. Чтобы избежать ошибочных выводов, ОПЖ должна рассчитываться отдельно для разных возрастных страт. По этому поводу в официальной статистике используются градации: 0-1 год, 1-5 лет, от 45 лет, от 65 лет.

Показатели воспроизводства населения

Разработке методов оценки воспроизводства населения уделялось большое внимание в демографической науке [3,11,14,16]. К числу наиболее доступных относится *показатель общей рождаемости*, показывающий количество родившихся живыми на 1000 жителей. Его величина зависит от фертильности лиц репродуктивного возраста и от количества этих возрастов в населении. Чем больше молодёжи, тем больше, при прочих равных условиях, число рождающихся на 1000 жителей.

Более точную оценку репродуктивной активности даёт *коэффициент суммарной рождаемости*. Он показывает число детей, рожденных условной женщиной в течение ее репродуктивного возраста. Значения больше 4,0 считаются высокими, меньше 2,15 – низкими.

Ещё точнее характеризует биологическое воспроизводство *нетто-коэффициент воспроизводства населения*. Он показывает степень замещения материнского поколения дочерним с учетом не только повозрастной рождаемости, но и повозрастной смертности женщин детородного возраста.

Показатель естественного воспроизводства населения отражает разность между рождаемостью и смертностью на 1000 жителей. При отрицательных значениях показателя имеет место уменьшение численности коренного населения.

Показатели психического благополучия

В 20-х годах прошлого века в советской статистике активно разрабатывалось направление, получившее название «моральная статистика», характеризующая аспекты социально-психического состояния населения:

- крайняя агрессивность (озлобленность, бесчеловечность) отражается показателем убийств;
- потеря смысла жизни, безысходность проявляются самоубийствами;
- социальный оптимизм, уверенность в завтрашнем дне отражаются уровнем брачности;
- крепость семейных уз измеряется долей сохранённых семей, а разрушение семейных связей выражается показателем разводимости;
- несправедливость распределения собственности проявляется в кражах, грабежах и разбоях. Учитывая, что кражи имеют большую латентную составляющую, они менее пригодны для анализа;
- степень социального расслоения проявляется через отношение доходов наиболее богатых и наиболее бедных семей (по 10% или по 20% – коэффициент фондов);
- ослабление родительских чувств выражается числом детей-отказников в родильных домах и социальных сирот.

Дееспособность

Способность людей удовлетворять трудовым запросам семьи и общества может оцениваться по доле лиц в трудоспособном состоянии среди всех жителей тру-

доспособного возраста. Полная трудоспособность определяется по доле лиц полностью трудоспособных среди всего населения трудоспособного возраста. Частичная трудоспособность выражается долей лиц, способных к труду в ограниченном диапазоне аспектов.

Степень дееспособности может измеряться ещё и количеством лет, прожитых в трудоспособном состоянии по отношению к общему числу прожитых лет в трудоспособном возрасте. Аналогичный смысл имеет показатель HALE [15], выражающий продолжительность жизни без болезней.

Исходя из реального спектра публикуемых Росстатом данных, перечисленные четыре блока параметров можно выразить следующим набором статистических показателей (табл. 3).

Таблица 3

Показатели общественного здоровья

1. Продолжительность жизни	1.1. ОПЖ от рождения 1.2. Дожитие от рождения до года 1.3. Дожитие от года до пяти лет 1.4. ОПЖ в возрасте 45 лет 1.5. ОПЖ в возрасте 65 лет
2. Воспроизводство населения	2.1. Общий показатель рождаемости 2.2. Коэффициент суммарный рождаемости 2.3. Нетто-коэффициент воспроизводства населения 2.4. Естественное воспроизводство населения
3. Психическое благополучие	3.1. Показатель агрессивности – убийства 3.2. Показатель безысходности – самоубийства 3.3. Показатель социального оптимизма – брачность 3.4. Показатель семейной гармонии – доля сохранённых семей 3.5. Ощущения несправедливого распределения собственности – грабежи и разбои 3.6. Поляризация общества – коэффициент фондов 3.7. Ослабление родительских чувств – число детей-отказников и социальных сирот
4. Дееспособность	4.1. Доля полностью трудоспособных лиц на 1000 жителей трудоспособного возраста 4.2. Доля частично трудоспособных лиц на 1000 жителей трудоспособного возраста 4.3. Продолжительность полностью трудоспособной жизни 4.4. Продолжительность ограниченной в трудоспособности жизни

Расчёт интегрированного индекса общественного здоровья

Для интегрированной оценки общественного здоровья разработан комплексный показатель [2], включающий семь параметров, широко используемых в официальных публикациях Росстата: 1) продолжительность жизни от рождения, 2) суммарная рождаемость, 3) брачность, 4) разводимость, 5) убийства и покушения на убийство, 6) самоубийства и несчастные случаи, 7) грабежи и разбои.

Для каждого параметра экспертами установлен диапазон приемлемых вариаций среди регионов РФ: от минимально допустимого (принимаемого за 0 баллов) до максимально допустимого (принимаемого за 100 баллов). Расчёт «стоимости» одной единицы параметра проводился путём деления 100 баллов на выбранный диапазон нормы.

Параметры	Диапазон вариаций	Цена деления
Продолжительности жизни (лет)	60 – 80	5,0
Суммарная рождаемость (на 10 женщин 15-49 лет)	15 – 35	5,0
Браки (на 1000 жителей)	6 – 11	20,0
Разводы (на 1000 жителей)	1 – 5	25,0
Самоубийства и травмы (на 10 000 жителей)	50 - 250	0,5
Убийства (на 100 000 жителей)	4 – 20	6,25
Грабежи и разбои (на 10 000 жителей)	2,5 - 15	12,5

Значения параметров в каждом регионе переводятся в баллы (из 100). Данная процедура именуется нормированием, т.е. приведением разноимённых показателей к одной шкале нормы. Для этого у «хороших» параметров (продолжительность жизни, суммарная рождаемость, браки) рассчитывается разница между его натуральным значением и величиной минимальной границы. Разница умножается на цену деления. Если абсолютная величина «хорошего» показателя превышает верхнюю границу нормы, его значение в баллах может быть больше 100.

У «плохих» параметров (убийства, самоубийства, грабежи и разбои, разводы) рассчитывается разница между величиной максимальной «нормы» и его натуральным значением. Если абсолютная величина «плохого» показателя оказывается ниже нижней границы нормы, его значение в баллах может быть меньше нуля.

Затем определяется средняя величина значений нормированных показателей: чем лучше для населения ситуация по соответствующему показателю, тем больше его влияние на величину индекса. Это есть «индекс общественного здоровья» (ИОЗ). Если показатели считаются равноценными, то суммируются их абсолютные величины. Если они не равноценны, то каждому даётся определённый весовой коэффициент. В нашем случае величина ИОЗ равняется среднему арифметическому перечисленных семи параметров.

Рассмотрим динамику ИОЗ по России с начала реформ. В 1990 г. величина индекса общественного здоровья равнялась 62 баллам из 100 желаемых. Затем произошёл выраженный спад до 25 баллов к 1993 г. После этого в течение четырёх лет наблюдалось улучшение общественного здоровья населения, а затем наступил обвал до нуля к 2005 г. Последние годы наблюдается нарастание ИОЗ, однако его абсолютное значение по-прежнему находится на очень низком уровне, около 25 баллов в 2008 году.

Неоднородность здоровья населения регионов России

Министерство здравоохранения и социального развития РФ, формируя стратегию и тактику практической деятельности, разрабатывая федеральные лечебно-профилактические программы, традиционно опирается в расчётах на средние показатели по стране. Предполагается, что территориальные различия не настолько значимы, чтобы требовать дифференцированных стратегий, тактик и программ. Это относится к нормативам коечного фонда и оборота коек, номенклатуре специалистов и их численности, количеству посещений, потребности в лекарствах, техническому оснащению и т.д. Если различия и учитываются, то преимущественно в экономической сфере. При этом полагают, что в бедных регионах здоровье населения хуже. Иллюстрацией такой логики служит решение о выделении республик Северного Кавказа в отдельный округ на основании гипотезы, что они имеют выраженное духовное и физическое нездоровье, вызванное крайне неблагоприятным экономическим положением. Наиболее тревожным представляется Дагестан, самый большой по численности регион среди республик Северного Кавказа.

Хотя интуитивно можно предполагать существование и иных региональных особенностей (географических, исторических, этнических и др.), оказывающих су-

ественное влияние на медико-демографические и криминальные показатели. Для изучения вопроса рассмотрели некоторые показатели общественного здоровья среди 81 субъекта РФ. Из анализа исключили регионы с малой, менее 200 тысяч, численностью населения. Использовались официальные статистические данные Госкомстата РФ (Росстата) за 1990-2008 гг.

Сравнение территориальных показателей ОПЖ-0 выявило их выраженную неоднородность. Различие между противоположными по продолжительности жизни регионами составило 20 лет: от 79 лет в Ингушетии до 59 лет в Тыве. Важно подчеркнуть парадоксальный для господствующего представления факт – наибольшая продолжительность жизни оказалась в республиках Северного Кавказа (табл. 4).

Таблица 4

**Продолжительность жизни в наиболее здоровых
и наименее здоровых регионах РФ (2007 г.)**

	Регионы	ОПЖ-0 (лет)
1	Ингушетия	79,0
2	Чечня	74,3
3	Дагестан	74,2
4	Московская обл.	72,5
5	Северная Осетия-Алания	71,7
77	Амурская обл.	63,9 лет
78	Магаданская обл.	63,6 года
79	Читинская обл.	63,0 года
80	Еврейская АО	61,9 лет
81	Тыва	59,0 лет

Показатели естественного воспроизводства населения в южных регионах также оказались лучше, чем на остальных территориях России. Суммарный коэффициент рождаемости различался между субъектами в три раза: от 3,1 ребёнка на женщину репродуктивного возраста в Чечне до 1,08 ребёнка в Ленинградской области (табл. 5).

Таблица 5

**Суммарный коэффициент рождаемости в наиболее репродуктивно
здоровых и наиболее нездоровых регионах РФ (2007 г.)**

	Регионы	Число детей на одну женщину
1	Чечня	3,1
2	Тыва	2,6
3	Алтайский край	2,3
4	Саха-Якутия	1,9
5	Дагестан, Бурятия, Калмыкия	1,8
77	Воронежская обл.	1,2
78	Мордовия	1,2
79	С.-Петербург	1,2
80	Тульская обл.	1,1
81	Ленинградская обл.	1,08

За счёт более высоких показателей рождаемости и низких показателей смертности численность населения республик Северного Кавказа увеличивается ежегодно на 1,5-2,5 процента. Напротив, население Центрального и Северо-западного федерального округов вымирают со скоростью около 1 процента в год (табл. 6).

Таблица 6

Естественное воспроизводство населения в наиболее жизнеспособных и наименее жизнеспособных регионах РФ (2008 г.)

	Регионы	Ежегодное воспроизводство населения (%)
1	Чечня	+ 3,1
2	Ингушетия	+ 2,6
3	Тыва	+ 2,3
4	Дагестан	+ 1,9
5	Ямало-Ненецкий АО	+ 1,8
77	Смоленская обл.	- 1,0
78	Новгородская обл.	- 1,0
79	Тверская обл.	- 1,0
80	Тульская обл.	- 1,1
81	Псковская обл.	- 1,2

Известно, что временная и стойкая инвалидность от основных неинфекционных заболеваний прямо связана со смертностью. Наименьшие уровни смертности от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований регистрируются на южных территориях России. Значит, здесь будут лучше показатели трудоспособности населения трудоспособного возраста.

Для сравнения психического здоровья регионов рассмотрели показатели смертности от самоубийств и несчастных случаев в 2007 г. В основе обоих явлений лежит пренебрежение собственной жизнью, приводящее к смерти, что явилось основанием их объединения в общую категорию. Самые низкие уровни самоубийств и несчастных случаев выявлены среди республик Северного Кавказа. Разница между крайними значениями составила 15 раз (табл. 7).

Таблица 7

Смертность от самоубийств и несчастных случаев в регионах с высокой и низкой ценностью собственной жизни (2007 г.)

	Регионы	Смертность (на 10 000 жителей)
1	Ингушетия	1,9
2	Чечня	2,2
3	Дагестан	4,5
4	Кабардино-Балкария	7,2
5	Северная Осетия-Алания	7,3
77	Новгородская обл.	25,4
78	Кемеровская обл.	26,1
79	Бурятия	26,2
80	Читинская обл.	28,2
81	Тыва	29,8

Вариабельность степени агрессивности оценили по величине убийств и покушений на убийство (на 100 000 жителей). Выявлено десятикратное различие между крайними регионами от 6,4 случая в Дагестане до 64,5 в Тыве (табл. 8).

Таблица 8
Убийства и покушения на убийства в регионах с низкой и высокой степенью агрессивности (2007 г.)

	Регионы	Убийства и покушения (на 100 000 жителей)
1	Дагестан	6,4
2	Адыгея	7,7
3	Белгородская обл.	7,9
4	Краснодарский край	8,6
5	Ростовская обл.	8,6
77	Иркутская обл.	29,4
78	Бурятия	32,6
79	Сахалинская обл.	33,1
80	Читинская обл.	35,0
81	Тыва	64,5

Для интегральной оценки общественного здоровья все регионы были ранжированы по величине ИОЗ в 2007 г. (более свежие данные в официальных материалах Росстата пока не представлены). Диапазон разброса значений оказался огромным. Наибольший показатель индекса общественного здоровья, плюс 105,8 баллов, имела Чеченская республика. У восемнадцати наименее здоровых регионов значения оказались отрицательными. Самый низкий уровень индекса резерва здоровья, минус 53,6 балла, зарегистрирован в Иркутской области (табл. 9).

Таблица 9
Ранжирование регионов РФ по величине нормированного индекса общественного здоровья

Регионы Российской Федерации	НИОЗ (баллы из 100)
1. Чеченская республика	105,8
2. Республика Дагестан	83,6
3. Республика Ингушетия	80,5
4. Кабардино-Балкарская республика	61,7
5. Республика Северная Осетия-Алания	60,9
6. Республика Адыгея	59,7
7. Карачаево-Черкесская республика	58,2
8. Белгородская область	58,2
9. Краснодарский край	56,1
10. Тамбовская область	51,6
11. Республика Мордовия	49,7
12. Ставропольский край	49,6
13. Ямало-Ненецкий автономный округ	46,8
14. Рязанская область	46,7
15. Республика Татарстан	43,3
16. Республика Башкортостан	43,0
17. Республика Алтай	42,9
18. Курская область	42,9
19. Тульская область	42,8
20. Республика Калмыкия	40,3
21. Пензенская область	40,2
22. Брянская область	39,7
23. Кировская область	39,3
24. Чувашская республика	37,3

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В РЕГИОНАХ РОССИИ

25. Орловская область	36,4
26. Липецкая область	35,8
27. Воронежская область	35,5
28. Ростовская область	35,3
29. Калужская область	33,6
30. Волгоградская область	32,4
31. Саратовская область	32,0
32. Псковская область	30,4
33. Камчатская область	29,3
34. Ханты-Мансийский автономный округ	28,1
35. Калининградская область	26,1
36. Республика Карелия	25,9
37. Владимирская область	25,4
38. Оренбургская область	24,1
39. Москва	22,2
40. Мурманская область	21,9
41. Новгородская область	21,7
42. Смоленская область	21,2
43. Омская область	21,1
44. Московская область	20,9
45. Костромская область	20,6
46. Республика Хакасия	18,3
47. Архангельская область	15,4
48. Магаданская область	14,9
49. Ивановская область	14,7
50. Курганская область	14,0
51. Еврейский автономный округ	13,9
52. Вологодская область	13,4
53. Тюменская область	11,0
54. Астраханская область	10,8
55. Ульяновская область	10,4
56. Томская область	9,6
57. Ленинградская область	9,3
58. Алтайский край	9,1
59. Амурская область	7,5
60. Красноярский край	7,0
61. Читинская область	4,5
62. Республика Саха-Якутия	2,1
63. Ярославская область	1,6
64. Сахалинская область	- 1,3
65. Новосибирская область	- 2,9
66. Кемеровская область	- 3,5
67. Самарская область	- 4,9
68. Челябинская область	- 5,5
69. Республика Коми	- 5,5
70. Республика Тыва	- 6,3
71. С.-Петербург	- 6,7
72. Нижегородская область	- 7,1
73. Республика Бурятия	- 10,4
74. Свердловская область	- 10,8
75. Республика Марий Эл	- 16,0
76. Тверская область	- 16,9
77. Удмурдская республика	- 17,3
78. Приморский край	- 26,1
79. Хабаровский край	- 34,1
80. Пермская область	- 51,4
81. Иркутская область	- 53,6

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о значительном ухудшении общественного здоровья населения России с началом либеральных реформ. Низкие уровни ИОЗ продолжают сохраняться по настоящее время. Обнаруживается выраженная вариабельность составляющих общественного здоровья блоков параметров между регионами РФ. Это требует дифференцированного подхода к вопросам коррекции ситуации при принятии государственных решений. В противном случае возможно искажённое видение проблемы, как имеет место в отношении физического и духовного здоровья населения республик Северного Кавказа.

* * *

1. Гундаров И.А., Полесский В.А. Актуальные вопросы практической валеологии. // Валеология. Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. СПб 1993, С. 25-32.
2. Гундаров И.А. Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России. М., 2001.
3. Дарский Л.Е. Рождаемость // Народонаселение. Энциклопедический словарь. М., 1994, С.389-396.
4. Демографический ежегодник России. Официальное издание. Госкомстат России. М., 1995 г. – М., 2009 г.
5. Калью П.И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения. // Обзорная информация: медицина и здравоохранение. М., ВНИИМИ, 1988.
6. Куценко Г.И., Вялков А.И., Агарков Н.М. и др. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2003.
7. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М., 2002.
8. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья. Обзор. М., 1994.
9. Лукашев А.М., Прохоров Б.Б., Шиленко Ю.В. Общественное здоровье и управление здравоохранением. М., 2005.
10. Население России за 100 лет. Госкомстат России. М., 1998.
11. Пирожков С.И. Нетто-коэффициент воспроизводства населения // Народонаселение. Энциклопедический словарь. М., 1994, с. 272-274.
12. Полунина Н.В., Попов В.В. Дифференцированный подход к формированию показателей здоровья подрастающего поколения // Общественное здоровье и профилактика заболеваний, 2005, 1, С. 16-20.
13. Регионы России. Социально-экономические показатели. Официальное издание. Федеральная служба государственной статистики. М., 1998 г. – М., 2009 г.
14. Синельников А.Б. Коэффициенты рождаемости // Народонаселение. Энциклопедический словарь. М., 1994, С. 198-200.
15. Тенденции в странах Европы и Северной Америки. Статистический ежегодник. Европейская экономическая комиссия. ООН, Нью-Йорк-Женева, 2004.
16. Урланис Б.Ц. Рождаемость и продолжительность жизни в СССР. – М., 1963.
17. Alderslade R. Public health management in the health-for-all era // World Health Forum. 1990, 1(3), P. 269-273.

**Продолжительность жизни
КАК ИНТЕГРИРУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЕЕ КАЧЕСТВА**

Маликов Н.С.

В статье утверждается продолжительность жизни как интегрирующего критерия ее качества и основной цели социальной политики социального государства. Показывается зависимость качества жизни от уровня материальной обеспеченности и одновременно аргументируется возможность роста уровня жизни без роста ее качества. Выделены три группы территорий по высоте качества жизни. Выявлены системные проблемы различия качества жизни мужчин и женщин, населения города и села. Сформированы предложения по их решению.

Ключевые слова: качество жизни, продолжительность жизни, критерий, уровень жизни, социальная энтропия, генотип.

Интегрирующим критерием качества жизни выступает ее продолжительность, рассматриваемая официальной статистикой как число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоторого гипотетического поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким, как в годы, для которых вычислен показатель. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) является наиболее адекватной обобщающей характеристикой современного уровня смертности во всех возрастах и, тем самым, – здоровья как состояния физических и духовных сил человека и населения в целом.

Продолжительность жизни зависит от множества разнообразных внешних и внутренних факторов, действующих с различной силой и интенсивностью, среди которых особое место занимают материальные условия жизни, включающие уровень оплаты, условия и характер труда, жилищные условия, состояние системы здравоохранения, уровень самосохранительного поведения, а также степень удовлетворенности человека собственной жизнью и жизнью своей семьи.

Именно поэтому ОПЖ выступает как интегрирующий критерий качества жизни, как мерило ее оценки, как совокупность такого числа показателей, раскрывающих количественные параметры различных сторон, свойств качества жизни, когда введение дополнительных показателей уже не меняет оценку явления или процесса.

В практическом плане ОПЖ – как интегрирующий критерий – означает, что увеличение продолжительности жизни знаменует рост качества жизни, и наоборот: сокращение продолжительности жизни свидетельствует об ухудшении ее качества. С нашей точки зрения, любые результаты расчетов или оценки появившихся во множестве разнообразных систем показателей для количественной оценки качества жизни населения страны или отдельного региона, не соответствующие направленности динамики изменения продолжительности жизни, не могут претендовать на объективность. Качество жизни не может ни при каких системах расчетов оцениваться как растущее, если продолжительность человеческой жизни сокращается.

Вместе с тем, сама по себе величина продолжительности жизни – «тощий» показатель ее качества. Поэтому использование для научно-методического обеспечения практической политики по повышению качества жизни населения системы комплексных показателей вполне закономерно. Принципиальным условием достаточности и объективности такой системы является лишь то, что полученная в них количественная

или качественная оценка динамики качества жизни должна иметь ту же направленность, что и динамика величины продолжительности жизни.

Практическая деятельность органов власти и функциональная зависимость продолжительности жизни от уровня материального достатка создает определенные основания оценки качества жизни по критерию материальной обеспеченности. Величина покупательной способности дохода в условиях рыночной экономики выступает определяющим фактором качества питания, жилища, промышленных товаров, медицинских, образовательных, рекреационных и других услуг. Именно уровень дохода предстает в общественном мнении (и не только) как главный показатель качества жизни. Свою роль в принятии приоритетности оценки качества жизни по критерию материальной обеспеченности над критерием продолжительности жизни сыграло и то, что в отличие от большинства развитых стран в России проблематика качества жизни вошла в научный и политический лексикон в условиях доминирования малообеспеченного населения. Перенос в начале текущего десятилетия акцента в научных исследованиях и политическом дискурсе с уровня на качество жизни, с одной стороны, был предопределен переходом к устойчивому социальному развитию, с другой – необходимостью восстановления сильного государства при сохранении невысокого и медленно растущего уровня оплаты труда.

Логика социального государства заключается, по нашему мнению, не в сбережении народа для силы страны, а в использовании этой силы для сбережения народа.

Важность продолжительности жизни для оценки ее качества признается и большинством исследователей. Величина ОПЖ, как правило, входит в системы показателей, на основании которых делаются расчеты качества жизни. Однако во многих публикациях продолжительность жизни рассматривается лишь как один из показателей, но не как критерий качества жизни. Так, многие исследователи и политики признают главной количественной оценкой качества жизни величину индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП), который, как известно, рассчитывается на базе индекса валового внутреннего продукта, уровня образованности и ОПЖ. При этом методика расчетов ИРЧП такова, что получаемая величина индекса валового внутреннего продукта государства или региона играет доминирующую роль в расчетах общего индекса. В результате величина ИРЧП может расти даже при сокращении продолжительности жизни и снижении уровня образования, как это было, в частности, в начале текущего десятилетия.

Эта ситуация закономерно рассматривалась специалистами, в том числе и нами, как рост уровня жизни без роста ее качества. Стагнация продолжительности жизни на одном и том же низком уровне свидетельствует, что социальное самочувствие населения, несмотря на значительный рост уровня жизни, в первой половине нынешнего десятилетия не повышалось.

Существенное значение для понимания продолжительности жизни как интегрирующего критерия ее качества имеет исторический подход, поскольку актуальное социально-экономическое и демографическое поведение населения в значительной мере обусловлено всем предыдущим общественным развитием, формирующим базовые нормы поведения индивида и населения в целом, их рефлексии на внешние условия жизни.

Рост уровня жизни без роста ее качества имел место и в дореформенный период. В 1964/1965 гг. продолжительность жизни россиян составляла 69,6 лет и практически достигла уровня развитых стран. Не случайно, именно 60-е годы прошлого века признаны как лучшие годы советской эпохи. Большую роль в этом сыграли и такие повышающие социальное самочувствие населения факторы, как лидерство СССР в освоении космоса, уверенность в возможности мирного сосуществования с другими странами, в эффективности систем образования и здравоохранения, а также существенная демократизация всей жизни.

Принципиальное значение для повышения социального самочувствия трудоспособного населения имело качественное изменение в мотивации труда, ее переход от мобилизационного типа к естественному, при котором доминирующую роль играет

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ КАК ИНТЕГРИРУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЕЕ КАЧЕСТВА

достижение качества жизни, как оно оценивается самим индивидом, а не обязанность выполнения поставленных государством общих задач. Это изменение в мотивации труда дало мощный толчок ускорению социальной энтропии, под которой в теоретической социологии понимается мера отклонения социальной системы либо ее подсистемы от эталонного состояния, когда отклонение проявляется в снижении уровня организации, эффективности функционирования, темпов развития системы.

В рамках темы статьи мы рассматриваем социальную энтропию как стихийное нарастание стремления индивида к большей независимости, меру отклонения личных потребностей и интересов, включая потребности и интересы членов своей семьи и семьи в целом, от потребностей и интересов социальной системы, в т.ч. и норм ее социальных институтов. В этой связи представляется более точным говорить не о кризисе, а об энтропии института семьи, характеризующейся изменением традиционных ролей мужчины и женщины в семье, прежде всего ростом индивидуальных устремлений женщины, проявляющихся во все более возрастающей профессиональной занятости, фактическом управлении семейного бюджета и т.д. В частности, нарастание энтропии семьи в 60-е годы прошлого века проявилось в качественном изменении рождаемости в стране: суммарный коэффициент рождаемости стал ниже величины простого замещения населения, опустившись с 2,14 рождений в 1964/1965 гг. до 1,97 в 1969/1970 гг., а коэффициент разводов в 1970 году стал вдвое выше относительно 1960 года.

Противоположностью социальной энтропии выступает социальная негэнтропия. Следствием достижения социальной энтропией своего максимума – атомизированного сообщества людей – является хаос; следствием максимума социальной негэнтропии – диктатура. Поэтому поиск и нахождение баланса социальной энтропии и социальной негэнтропии, меры их единства в противоположности выступают главной целью социальной политики, объективно направленной на повышение качества жизни населения.

Несмотря на отдельные попытки внедрения новых форм хозяйствования с целью большего соответствия экономики растущей социальной энтропии, интересам и потенциалу индивида, окостеневшая дореформенная система управления государством по-прежнему направляла свои усилия на подавление социальной энтропии, выступавшей на том этапе в качестве источника прогрессивного развития. Вопреки признанному в марксизме определению социального прогресса как усиления разнообразия при одновременном повышении уровня организации, проводилась политика сближения уровня жизни различных слоев населения путем ограничения «верхних» доходов и роста доходов «нижних».

В итоге усилилось глубокое расхождение между потребностями и интересами населения, с одной стороны, и потребностями и интересами законсервировавшихся у власти лиц – с другой. Ставший в 1982 году лидером государства Ю.В. Андропов был вынужден признать, что власть и народ идут не только по разным сторонам улицы, но и в разных направлениях. Стагнация режима и экономики, закупорка каналов реализации существенно возросшего потенциала новых поколений, их потребностей и интересов предопределили последующее снижение качества жизни, что отразилось в сокращении ее продолжительности.

Предпринятые государством в первой половине 80-х годов масштабные меры по стимулированию рождаемости, поддержке материнства и детства, а также по радикальному сокращению употребления алкоголя в стране достигли положительного результата: продолжительность жизни в стране в 1986/1987 гг. преодолела семидесятилетний барьер, составив 70,13 лет. Однако уже в 1987/1988 гг. началось сокращение продолжительности жизни, особенно резкое в первые годы социальной трансформации. Главная причина беспрецедентного сокращения продолжительности жизни и, тем самым, ее качества, заключается в методах и темпах перехода к рынку, которые под лозунгом «Берите суверенитета, сколько сможете» фактически уничтожили государство, в результате чего социальная энтропия вплотную приблизила страну к хаосу. Именно «шоковая терапия», а не «доумирание» в 90-е годы т.н. «тяжелопьющих» россиян, умереть которым в середине

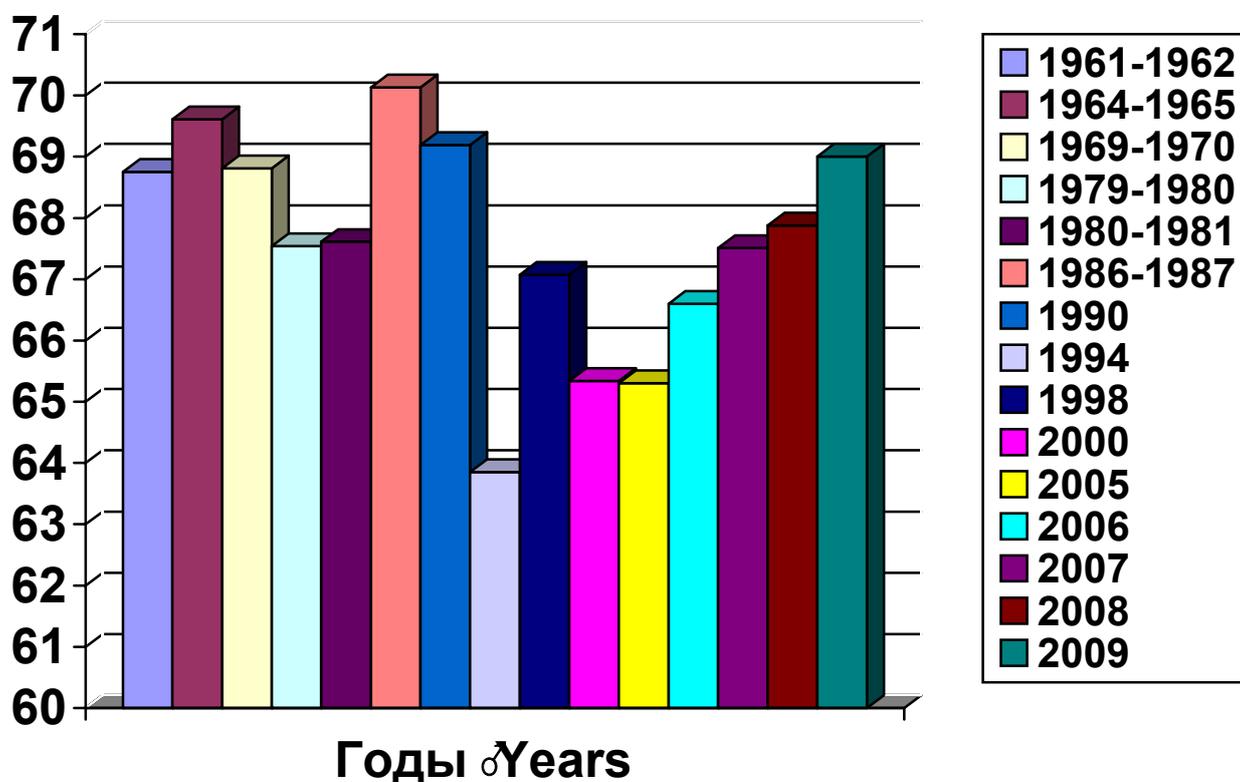
80-х годов, как «бухгалтерски» утверждают адепты либерализма от демографии и здравоохранения, «помешала» политика борьбы с алкоголизмом, – первопричина высокой смертности россиян в первой половине 90-х годов. В 1994 году продолжительность жизни в стране составила 63,9 лет, беспрецедентно сократившись на 6 лет относительно 1986/1987 гг.

Следует напомнить: власть тех лет, руководствуясь девизом Екатерины Второй «Лучше кутежи, чем мятежи», попустительствовала тому, что суррогатный спирт «Рояль» залил Россию.

Последовавший вслед за столь глубоким падением рост продолжительности жизни имел место вплоть до 1997 года, но под влиянием «дефолта» 1998 года она вновь снизилась и еще шесть лет колебалась на уровне 65-66 лет вплоть до 2005 года. Именно в 2005 году государство объявило о необходимости осуществления приоритетных национальных социальных проектов, направленных на повышение здоровья, образованности, улучшения жилищных условий населения и на возрождение сельского хозяйства, что знаменовало собой начало первой в новейшей истории России реальной социальной политики.

В 2006 году население страны стало уже жить больше 66 лет, в 2008 году вплотную приблизилась к 68 годам, а в 2009 году достигло уровня 1990 года – 69 лет.

ДИАГРАММА
ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ В РОССИИ
(число лет)



ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ КАК ИНТЕГРИРУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЕЕ КАЧЕСТВА

Тем не менее, продолжительность жизни в стране за 1990-2008 годы сократилась на 2,2 года, в т.ч. у мужчин на 3,1 года, у женщин на 0,4 года. Разрыв между продолжительностью жизни мужчин и женщин увеличился с 10,6 до 12,4 лет. Российские мужчины живут столько же, сколько и жители развивающихся стран, тогда как женщины – почти столько же, сколько население многих развитых стран.

Различие в продолжительности жизни мужчин и женщин, живущих в одном домохозяйстве, как правило, объясняется пренебрежительным поведением мужчины к самому себе, меньшей озабоченностью своим здоровьем, злоупотреблением алкоголя и табака, занятостью в более опасных для жизни и здоровья профессиях, большей агрессивностью и т.д. Такие объяснения вполне объективны, но недостаточны. Тем более, неправомерно утверждать, что россиянин генетически предрасположен к алкоголю. Гены передаются без изменений от родителей к детям в течение многих сотен поколений. Однако их стабильность не абсолютна. Под влиянием факторов внешней либо внутренней среды возникают мутации, которые и лежат в основе эволюции всех форм жизни. В результате этих мутаций генотип россиянина оказался одним из лучших в мире. В 2005 году в США были обнародованы результаты исследования генетического здоровья населения 193 стран. Согласно этим исследованиям Россия занимает высокое 5-е место, тогда как США – 20-е [3].

На мужчинах, как утверждает академик Б.Т. Величковский, природа экспериментирует, не рискуя более ценной для сохранения вида женской особью [3, С. 55]. В результате «сильный» пол имеет меньшую сопротивляемость внешним негативным условиям жизни, тогда как «слабый» пол, находясь «за мужем», более устойчив к воздействию негативных внешних условий жизни.

При позитивных изменениях материальных условий продолжительность жизни мужчин растет динамичнее, чем женщин. За 2005-2008 гг. при среднем в целом по России росте продолжительности жизни на 2,6 лет у мужчин, она увеличилась на три года, у женщин – на 1,8 лет. Почти двукратный рост продолжительности жизни мужчин относительно роста продолжительности жизни женщин – свидетельство того, что мужчина почувствовал себя способным обеспечить своим трудом себя и свою семью, вернуть себе роль главного добытчика в семье.

Другим не менее важным достижением последних лет следует признать и относительно высокую динамику роста продолжительности жизни сельского населения. ОПЖ сельских мужчин выросла с 2005 по 2008 год на 2,8 лет и впервые за много лет достигла пенсионного возраста.

Произошло и некоторое (с 9,2 до 7,8 лет) сокращение разрыва в продолжительности жизни населения федеральных округов, прямо связанное с политикой выравнивания уровня жизни в стране. В целом между уровнем покупательной способности (уровнем жизни) и продолжительностью жизни (ее качеством) существует положительная зависимость: в федеральных округах с более высоким уровнем жизни – выше и ее продолжительность.

Москва продолжает лидировать по продолжительности жизни, равно как и по абсолютной величине покупательной способности (ПС) доходов населения. Для столицы характерно и то, что динамика продолжительности жизни четко коррелируется с динамикой роста ПС доходов. Однако поиск количественного выражения этой зависимости, по нашему мнению, не перспективен и может выступать лишь как отражение конкретной ситуации. Так, динамика роста ПС доходов в большинстве федеральных округов слабо коррелируется с ростом продолжительности жизни.

Рост ПС доходов в Уральском федеральном округе в 2005-2008 гг. относительно других федеральных округов имеет максимальную величину, тогда как рост продолжительности жизни на Урале практически имеет общероссийскую динамику.

Таблица 1

**Покупательная способность (ПС)
и ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ)
в федеральных округах России в 2005 г. и 2008 г.**

	2008 г.		2008 г. к 2005 г.	
	ПС доходов*	ОПЖ, лет	ПС доходов*	ОПЖ, лет
СЗФО	3.3	67.4	0.5	3.4
СбФО	3.0	66.2	0.6	3.4
ДВФО	2.5	65.0	0.4	2.8
УрФО	4.6	67.9	1.0	2.7
С-Петербург	4.5	70.5	0.9	2.7
ПрФО	3.1	67.6	0.6	2.4
ЦФО	4.3	68.5	0.7	2.2
ЮФО	2.8	70.1	0.5	2.0
Москва	6.3	72.8	0.4	1.4
<i>Россия (справочно)</i>	<i>3.5</i>	<i>67.9</i>	<i>0.5</i>	<i>2.6</i>

* Отношение величин среднедушевого денежного дохода и прожиточного минимума

Составлено по:

Мониторинг доходов и уровня жизни населения, ВЦУЖ
Демографический ежегодник 2009. М., Росстат, 2009, 557 с.

Относительную независимость качества жизни от уровня материального достатка демонстрирует относительно высокая продолжительность жизни при довольно низком жизненном уровне населения Южного федерального округа. Свою роль в этом играют как комфортные природно-климатические условия жизни и труда, так и ментальность жителей, особенно населения республик Северного Кавказа.

В целом же повышение уровня и качества жизни сельского населения остается важнейшей системной проблемой для социальной политики федерального и регионального уровней. Пути ее решения неразрывно связаны с возрождением сельского хозяйства, созданием новых рабочих мест и сокращением безработицы, ростом заработной платы в сельской местности. Практика пореформенного развития показала и то, что одним из основных направлений повышения уровня и качества жизни населения сел и небольших городов является создание агломераций, в которых социально-экономическое развитие идет от центра региона к ближайшей и более отдаленной от него периферии.

Решение другой, не менее системной проблемы, - роста продолжительности жизни мужчин – в значительной степени зависит от размера оплаты их труда. При уровне оплаты труда мужа не менее трех величин его прожиточного минимума супруга обладает большей возможностью реализации совмещения своей роли как труженицы и как матери. Кстати, в Англии и в настоящее время одна и та же преподавательская работа оплачивается мужчине больше, чем женщине.

Сдерживающим фактором величины роста качества жизни в стране выступает сохраняющаяся дифференциация регионов по продолжительности жизни. Общий значительный рост продолжительности жизни в последние годы достигнут за счет относительно небольшого количества регионов. В 2008 году ОПЖ выше средней по России (67,9 лет) имели: Москва (72,8 лет) и Южный федеральный округ (70,1), а также ЦФО в целом – 68,5 лет. Близки к среднероссийскому показателю Санкт-Петербург (67,8), Уральский и Приволжский федеральные округа (67,8 и 67,6 лет соответственно). Заметно ниже продолжительность жизни в Сибирском (66,2 лет) и Дальневосточном (65,0 лет) округах.

Но и в муниципальных образованиях самих федеральных округов, как и в целом по стране, величина продолжительности жизни далеко не одинакова, а в отдельных регионах в 2008 году произошло даже ее сокращение относительно 2007 года.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ КАК ИНТЕГРИРУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЕЕ КАЧЕСТВА

На общую величину продолжительности жизни в ЦФО существенно влияют показатели Москвы и отчасти Московской области, ОПЖ которой составила в 2008 году 67,3 лет. В этом округе средний показатель по России превышают лишь Белгородская и Тамбовская области, тогда как продолжительность жизни в Тверской области в 2008 году не достигла даже 65 лет, а в Тульской области составляет 65,5 лет. Следует заметить, что Администрация Белгородской области одной из первых в стране поставила в центр своей политики – политику роста качества жизни, эффективно и последовательно проводя ее в жизнь на протяжении десяти лет. К сожалению, опыт белгородцев явно недостаточно анализируется, обобщается и распространяется на другие регионы страны.

Разрыв в продолжительности жизни населения Санкт-Петербурга и других субъектов Северо-Западного округа еще значительнее, чем в Центральном федеральном округе. Продолжительность жизни в Псковской области составила в 2008 году всего 63,6 года, а в Ленинградской области 65,2 года.

В Приволжском округе ОПЖ выше среднего показателя по России демонстрируют республики Мордовия, Татарстан, Башкортостан, а также Пензенская и Саратовская области.

Из всех субъектов Российской Федерации в Уральском округе только в Тюменской области продолжительность жизни выше общероссийской.

Существенно отстают от среднероссийской продолжительности жизни Сибирь и Дальний Восток, исключая отдельные территории, в частности, Новосибирскую область, продолжительность жизни населения которой составила в 2008 году 68,0 лет.

Таким образом, картина качества жизни по критерию ее продолжительности весьма разнообразна. Тем не менее, можно выделить три группы территорий по высоте качества жизни:

относительно высокое: Московская агломерация, Санкт-Петербург, субъекты федерации юга страны, а также Тюменская область;

среднее: территории центральной России, расположенные к югу от Москвы, особенно в черноземной зоне России, а также Уральский округ;

относительно низкое: большинство регионов Нечерноземной зоны, Сибирь и Дальний Восток, для которых характерен усиливающийся процесс очагового заселения, ставящий их небольшие муниципальные образования на грань исчезновения.

Все вышеизложенное позволяет утверждать:

- Продолжительность жизни как результат материального и духовного положения населения представляет собой интегрирующий критерий качества жизни.

- Рост продолжительности жизни в последние годы убедительно свидетельствует о том, что под влиянием реальной социальной политики, главным образом реализации приоритетных национальных проектов, качество жизни населения страны заметно возросло, особенно у мужчин. Однако, по-прежнему, качество жизни мужчин заметно ниже, чем женщин; а качество жизни сельского населения ниже, чем городского.

- Несмотря на определенное выравнивание качества жизни в субъектах Федерации, разрыв в продолжительности жизни населения разных территорий и, тем самым, в качестве жизни их населения, остается значительным.

- Все эти системные проблемы могут эффективно решаться только при условии утверждения постоянного роста продолжительности жизни как главной цели деятельности социального государства.

* * *

1. Баженов С.А., Маликов Н.С. Качество жизни населения: теория и практика (по результатам исследования качества жизни населения г. Белгорода) // Уровень жизни населения регионов России. Вып. №10 /2002.

2. Бобков В.Н., Маликов Н.С., Мстиславский П.С. Качество жизни: Вопросы теории и практики. – М.: ВЦУЖ. 2000 г. – 32 с.

3. Величковский Б.Т. Жизнеспособность нации. РАМН, 2008. С. 49.

4. Качество и уровень жизни населения в новой России (1991-2005 гг.). М.: ВЦУЖ. 2007. – 719 с.

5. Маликов Н.С. К вопросу о содержании понятия «качество жизни» и его измерению // Уровень жизни населения регионов России. Выпуск № 2 /2002.

6. Оценка качества жизни населения на основе системы социальных стандартов. Бобков В.Н., Денисов Н.А., Маликов Н.С. // Уровень жизни населения регионов России. Выпуск № 6/2009.

7. Социальные стандарты качества жизни: Сб. статей /Под общ. ред. А.В.Очировой, В.Н.Бобкова, Н.С.Григорьевой. – М.: МАКС Пресс. 2008. – 232 с.

Приложение

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России (число лет)

Годы	Все население			Городское население			Сельское население		
	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины
1961-1962	68,75	63,78	72,38	68,69	63,86	72,48	68,62	63,40	72,33
1964-1965	69,61	64,60	73,34	69,46	64,70	73,02	69,42	63,78	73,49
1969-1970	68,81	63,15	73,39	68,97	63,57	73,32	68,23	62,11	73,20
1979-1980	67,54	61,45	73,00	68,04	62,28	73,09	65,99	59,31	72,39
1980-1981	67,61	61,53	73,09	68,09	62,39	73,18	66,02	59,30	72,47
1986-1987	70,13	64,91	74,55	70,32	65,38	74,44	69,09	63,21	74,40
1990	69,19	63,73	74,30	69,55	64,31	74,34	67,97	62,03	73,95
1994	63,85	57,42	71,08	64,09	57,67	71,18	63,11	56,71	70,73
1998	67,07	61,22	73,13	67,54	61,75	73,38	65,75	59,80	72,41
1999	65,92	59,87	72,40	66,34	60,31	72,62	64,73	58,68	71,74
2000	65,34	59,03	72,26	65,69	59,35	72,46	64,34	58,14	71,66
2005	65,30	58,87	72,39	65,99	59,52	72,86	63,44	57,19	71,07
2006	66,60	60,37	73,23	67,29	61,03	73,70	64,73	58,67	71,89
2007	67,51	61,39	73,90	68,21	62,09	74,34	65,60	59,57	72,62
1990	69,19	63,73	74,30	69,55	64,31	74,34	67,97	62,03	73,95
2008	67,88	61,83	74,16	68,59	62,53	74,62	65,96	60,00	72,86

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Пиддэ А.Л.

В статье систематизированы и проанализированы основные актуальные проблемы медицинского страхования, особое внимание уделено проблеме его финансирования, в том числе и в региональном аспекте. Аргументирована необходимость модернизации ОМС, раскрыты основные положения проекта Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года в части развития медицинского страхования.

Ключевые слова: медицинское страхование, система финансирования медицинского страхования, бесплатная медицинская помощь, страховые принципы, модернизация медицинского страхования.

В последние годы в российском обществе периодически возникает интерес к проблеме медицинского страхования. Это связано с тем, что с определенной периодичностью во властных структурах Российской Федерации обсуждается вопрос о его (медицинском страховании) реформировании. Последнее из таких обсуждений активно проходило в 2009 году в связи с обсуждением проекта Концепции модернизации российского здравоохранения до 2020 года и содержащихся в ней предложений, связанных с решением назревших в медицинском страховании проблем.

Отметим, что существует широко распространенное мнение о том, что если речь идет о проблемах, то говорится о недостатках. Фактически происходит подмена понятий. Подчеркнем, что мы пытаемся говорить о проблемах медицинского страхования. А если обозначаемые нами проблемы пересекаются с теми недостатками, которые существуют в системе, то можно предполагать, что последние являются следствием нерешенных проблем.

Итак, каковы же проблемы обязательного медицинского страхования (ОМС) в современной России. Их несколько. Приведем их в следующем порядке:

1. **Проблема политическая** – существует политическое намерение реформировать медицинское страхование, высказываемое в ежегодных посланиях Президента РФ Федеральному Собранию РФ, и нет политического решения по этому вопросу.

2. **Проблема экономическая** – существующая в соответствии с действующим Законом «О медицинском страховании граждан в РФ» № 1499 от 28 июня 1991 года система финансирования медицинского страхования, хотя и предусматривала страхование неработающего населения за счет средств местных и региональных бюджетов, но до 2003 года не определяла механизм финансирования этого страхования.

3. **Проблема социальная** – медицинское страхование не находит поддержки ни у населения, ни у врачей. У медицинского страхования нет социальной базы.

4. **Проблема организационная** – созданная инфраструктура ОМС, различная в субъектах Федерации, находящаяся под жестким контролем исполнительной власти субъектов Федерации, не имела реальной возможности исполнять свое функциональное предназначение в полном объеме в соответствии с законодательством.

5. **Проблема информационной поддержки** – не удалось обеспечить адекватную информационную поддержку процессам перехода к медицинскому страхованию, его становлению и развитию. Зачастую в средствах массовой информации высказываются поверхностные суждения не совсем подготовленных по данному вопросу людей.

6. **Проблема терминологическая** – существует серьезная путаница в терминологии: в обиход запущены различные термины, которые искажают представление как о сущности медицинского страхования, так и его принципах.

Начнем с последней проблемы. В повседневном обиходе зачастую используется термин «**страховая медицина**». Наряду с ним применяется такое понятие как «**бюд-**

жетная медицина». Эти понятия столь глубоко проникли в сознание российского общества, что используются не только в быту, а и журналистами и политиками самого высокого уровня (что выглядит достаточно несерьезно). Но когда данные термины проникают и начинают широко использоваться в научных работах, посвященных медицинскому страхованию – это становится опасным. Опасным – для медицинского страхования как такового. Критики подобного заявления могут обвинить меня в мелочности и придирках к словам. Однако считаю необходимым пояснить, что зачастую термины определяют не только суть проблемы, но и тот результат, к которому приходят в процессе ее решения. Утверждаю, **что создать страховую медицину нельзя, ибо такой медицины не бывает! Медицина – это наука о врачевании и практика лечения больных.** Она не может быть ни страховой, ни бюджетной. Медицина не может быть государственной или частной, социалистической или капиталистической. Медицина – она и есть медицина.

Страхование, в том числе и медицинское, – это один из механизмов социальной защиты в случае возникновения страхового риска, один из способов привлечения и регулирования использования финансовых ресурсов, предназначенных строго для определенных целей. В случае медицинского страхования страховым риском считается утрата здоровья, а целью привлечения и использования финансовых ресурсов – оплата оказания медицинской помощи каждому конкретному человеку.

Таким образом, речь может и должна идти о **медицинском страховании**, об использовании **медицинского страхования**, о механизмах и принципах **медицинского страхования** и т.д., а не о «страховой медицине».

«Существующая система медицинского страхования действует неэффективно» – именно такая характеристика была дана системе медицинского страхования Президентом В.В. Путиным в его Послании Федеральному Собранию ещё в 2001 году. Это было воспринято как сигнал власти к началу реформирования ОМС. Вместе с тем, примерно в это же время был разработан и принят новый Налоговый Кодекс, который вводил Единый социальный налог, фактически ликвидирующий систему страхования (об этом чуть ниже). Вместе с тем, политического решения о том, как в стране будет дальше использоваться медицинское страхование, его механизмы и принципы все ещё не принято, что позволяет продолжать произвольно использовать и трактовать как формулировки, связанные с медицинским страхованием, так и те намерения, которые декларируются властью. Отсюда и «страховая медицина».

Обратимся к проблеме экономической. Она имеет несколько компонентов.

1. Анализ данных Федерального фонда ОМС о поступлении страховых платежей в 2002 году свидетельствовал о том, что существует значительная дифференциация финансового обеспечения населения субъектов РФ средствами ОМС в рублях на одного жителя: максимум – 5055,9 рублей приходится на жителя Чукотского АО, минимум – 221,5 рублей – на жителя Чеченской республики. Средний показатель по России составляет 926,3 рубля. При этом выше среднероссийского показателя обеспечены жители 23 субъектов РФ, на уровне среднероссийского показателя – жители 25 субъектов РФ, ниже среднероссийского показателя – жители 41 субъекта РФ. Таким образом, жители чуть менее половины субъектов РФ не обеспечены средствами ОМС даже на среднероссийском уровне. Еще большая дифференциация в финансовом обеспечении средствами ОМС неработающего населения РФ (2500 рублей на одного человека в год в Чукотском АО и 4,4 рубля – в Саратовской области в 2002 году) [2].

С 1998 года Правительством Российской Федерации ежегодно принимается Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, обеспечиваемая как за счет средств обязательного медицинского страхования, так и за счет бюджетной системы Российской Федерации.

Начиная с 2005 года, Правительством Российской Федерации ежегодно утверждаются нормативы финансового обеспечения медицинской помощи на одного жителя (подушевые финансовые нормативы).

Расходы на оказание бесплатной медицинской помощи из государственных источников финансирования в 2007 году составили 897,3 млрд. рублей и возросли в текущих ценах в 3,8 раза по сравнению с 2001 годом. Программа обеспечивалась в 2007 году за счет федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (63,4 %) и средств системы ОМС (36,6 %) [1]. В 2008 году расходы по программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи составили 1185,1 млн. руб., из них – 412,8 млрд. рублей – средства обязательного медицинского страхования.

Необходимо отметить постоянное снижение доли ОМС в финансовом обеспечении программы государственных гарантий, при этом страхование неработающего населения осуществлялось в отсутствие единых принципов формирования страховых платежей, а остальные источники формирования системы ОМС носят налоговый, а не страховой характер.

Стоимость базовой программы обязательного медицинского страхования в 2007 году составляла 328,2 млрд. рублей. Эти расходы включали статьи на заработную плату с начислениями, медикаменты, мягкий инвентарь, продукты питания, расходные материалы.

Анализ финансовых показателей реализации территориальных программ государственных гарантий в 2007 году позволил установить их дефицит в 60 субъектах Российской Федерации, который составил 65,4 млрд. рублей.

Наиболее дефицитными в 2007 году были территориальные программы в субъектах Южного федерального округа: Ингушетия (56,4%), Дагестан (51,1%), Чеченская (36,1%), Кабардино-Балкарская (36,6%) республики и Ставропольский край (30%). Значительный дефицит финансового обеспечения территориальных программ установлен также в Республике Хакасия (34,5%), Приморском крае (30,5%), Тамбовской (28,9%) и Курганской областях (28,4%).

Необходимо также отметить, что помимо дефицита территориальных программ государственных гарантий существует еще существенная дифференциация их обеспеченности по субъектам Российской Федерации, которая приводит к разнице в доступности и качестве оказываемой медицинской помощи. Так, фактически сложившиеся подушевые нормативы территориальных программ государственных гарантий достигают размеров от 1723 рубля в Республике Ингушетия до 26918 рублей в Чукотском автономном округе, при среднем нормативе по Российской Федерации в 5150 рублей [1].

2. Недостаточное поступление финансовых ресурсов в систему ОМС (по некоторым оценкам Базовая программа ОМС финансируется в различных субъектах Федерации на 55-70%) приводит к дисбалансу между намерениями при формировании Базовой программы ОМС и реальными возможностями по её финансированию. Существует острая необходимость выравнивания возможностей субъектов Федерации в реализации программы обязательного медицинского страхования, которая требует большей централизации финансовых ресурсов для последующего их распределения между нуждающимися в дотациях регионами. В условиях недостатка доходов бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования особую важность приобретает исполнение в полном объеме обязательств субъектов Российской Федерации в части страхования неработающего населения. В 2007 году, дефицит в финансовом обеспечении территориальных программ ОМС установлен в 58 субъектах Российской Федерации и составил 29,2 млрд. рублей. Наиболее дефицитными были территориальные программы ОМС в Чеченской Республике (47,8%), Республике Ингушетия (47,4%), Агинском Бурятском автономном округе (42,3%), Республике Дагестан (35,3%), Сахалинской (32,9%), Ульяновской (32,2%) и Читинской (31,3%) областях [1].

Дополнительным каналом поступления средств в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) являются платные медицинские услуги и программы ДМС. Наличие этих источников, с одной стороны, позволяет ЛПУ (в условиях недо-

финансирования) получить дополнительные средства для зарплаты сотрудников и текущего содержания ЛПУ, но, с другой стороны (в отсутствие жесткой регламентации этих услуг), приводит к снижению доступности и качества медицинской помощи населению, обслуживаемому по программе государственных гарантий.

В связи с этим, не удивителен рост неформальных платежей населения (этой проблеме посвящены работы С.В. Шишкина с соавторами) [5].

3. Использование единого социального налога как механизма сбора средств в системе страхования приводит к тому, что, с одной стороны, увеличивается количество собираемых в виде налога финансовых ресурсов, с другой стороны, выхолащивается сама идея страхования: страховой взнос заменен даже не страховым, а налоговым платежом работодателей, что исключает любое участие граждан в страховании. Застрахованные, ради которых и затевалось медицинское страхование, еще более отдалились от системы, они в ней участвуют в качестве пассивных потребителей, за которых все решено. Фактически, в формировании финансовых ресурсов медицинского страхования не участвуют ни представители медицинских работников, ни представители застрахованных (пациентов и потенциальных пациентов). Механизм распределения собранных «страховых» ресурсов в процентных пунктах между так называемыми «внебюджетными фондами» ничем не отличается от распределения бюджетных средств. Кроме того, любая страховая система (в том числе и обязательная) предусматривает прозрачность, обусловленную как общественным, так и личным контролем застрахованных за формированием и расходованием страхового фонда.

Именно поэтому 24 июля 2009 года был принят Федеральный закон № 213 «О страховых взносах в Пенсионный Фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования». Согласно Закону с 1 января 2010 года отменяется единый социальный налог (ЕСН) и вводятся страховые взносы на обязательное пенсионное страхование, обязательное медицинское страхование и обязательное социальное страхование. Законом предусматривается установление с 1 января 2010 года тарифов страховых взносов в государственные внебюджетные фонды в размерах действующей ставки ЕСН - 26%, в том числе размер взноса в Пенсионный Фонд России (ПФР) составит 20%, в Фонд социального страхования (ФСС) - 2,9% и в фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС) - 3,1%. С 1 января 2011 года законопроектом предусматривается установление единых тарифов страховых взносов для всех работодателей в размере 34%, в том числе в ПФР - в размере 26,0 процентов, ФСС - 2,9 процента и фонды ОМС - 5,1 процента.

Сутью **социальной проблемы** медицинского страхования в нашей стране является то, что использование медицинского страхования (обязательного и добровольного) не находит поддержки как среди врачей, так и среди населения. Многолетние мониторинговые исследования, проводимые автором, свидетельствуют о том, что поддерживают медицинское страхование не более 14% врачей. Такой уровень поддержки отмечают и другие авторы. Кроме того, отношение населения к медицинскому страхованию крайне противоречиво и имеет явную тенденцию к отрицательному. Таким образом, медицинское страхование как способ реформирования отечественного здравоохранения в целом имеет в России крайне ограниченную социальную базу.

В течение десяти лет обязательное медицинское страхование в субъектах Российской Федерации развивалось и функционировало в виде нескольких моделей, обусловленных различной инфраструктурой страховщиков, что приводило к различным механизмам финансирования медицинской помощи, оказываемой в рамках медицинского страхования. Как минимум, этих моделей было четыре: страховая модель (в территориях работали фонды ОМС и страховые компании, которые осуществляли деятельность в соответствии с действующим законодательством); фондовая модель (в территориях работали только фонды ОМС, которые выполняли роль страховщиков, а страховые компании не работали или отсутствовали вообще); смешанная модель

(и фонды ОМС, и страховые компании существовали и выполняли роль страховщиков) и нулевая модель (все финансовые ресурсы медицинского страхования зачислялись в бюджет и механизмы медицинского страхования не использовались).

В этом заключается часть **организационной проблемы** медицинского страхования. Другая часть этой проблемы заключалась в том, что подобное «разнообразие» далеко не всегда позволяло гражданам, застрахованным в разных субъектах Федерации, не только реализовать свое право на получение медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, если они находились не по месту своего жительства, но зачастую и претендовать на получение медицинской помощи вообще. Исключение составляли только случаи экстренной помощи. Только в 1999 году Федеральному фонду ОМС удалось в определенной степени решить эту проблему, обязав территориальные фонды ОМС осуществлять взаиморасчеты за оказанную иногородним медицинскую помощь. Наличие обозначенной выше проблемы способствовало региональным диспропорциям в становлении и развитии системы медицинского страхования, что, в свою очередь, приводило к значительной дифференциации конституционных прав и реальных возможностей населения в получении медицинской помощи.

Любые реформации требуют **информационной поддержки**, которая, прежде всего, необходима для консолидации уже существующих сторонников перемен и привлечения в их число новых. В определенные исторические периоды, когда происходят значимые для всего общества изменения (а к таким можно отнести и введение медицинского страхования), информационная поддержка должна приобретать характер пропаганды. При этом пропаганда должна носить не огульный, а целенаправленный характер. В нашем случае следовало бы сосредоточить усилия на разъяснительной работе среди медицинского персонала.

Следует с сожалением констатировать, что этого сделано не было. Такие, например, заголовки статей, посвященных медицинскому страхованию, как «Карелия: медстрахование не для энтузиастов» (Медицинская газета, 18 августа 1995 г.) или «Что за звери - ОМС и ФОМС» (Правда, 25 июля 1995 г.), вызывали у читателей далеко не радужные мысли о медицинском страховании и формировали негативное отношение к нему.

До сих пор обществу навязываются **ложные мифы** о том, что на Алма-Атинской Конференции Всемирной Организации Здравоохранения в 1978 году советское здравоохранение было признано лучшим в мире, **хотя ни в одном документе этой конференции, ни в свидетельствах очевидцев информации об этом нет**. По данным социологических исследований, проведенных в различных регионах России в период внедрения медицинского страхования (1995-1997 гг.) подавляющее большинство врачей узнавали о медицинском страховании и познавали его особенности из тех же источников, что и все остальное население – из средств массовой информации. С большим опозданием началась специальная подготовка не только врачей, но и руководителей здравоохранения. Результаты торопливости того периода, плодами которой стали неинформированность медицинского персонала о сути и принципах медицинского страхования, непонимание причин, целесообразности и необходимости его использования в России, проявляются в виде негативного отношения большинства врачей к медицинскому страхованию, которое, по их мнению, не принесло в здравоохранение ничего, кроме заполнения дополнительного количества документов. Исторические корни любой проблемы знать необходимо. Без этих знаний вероятность повторения прошлых ошибок очень велика.

Есть еще одна важная деталь: на наш взгляд, в качестве экспертов по той или иной проблеме могут привлекаться только сведущие в этой проблеме специалисты, а не те новоявленные «месии», которые имеет высокие, но не всегда оправданные претензии на беспрекословные суждения по любому вопросу. Любое мнение следует учитывать и уважать, но при формировании цивилизованных общественных отношений, а особенно при принятии управленческих решений следовало бы, прежде всего, учитывать мнение специалистов в данной области знаний. **Громкий голос в сочетании с**

недостаточной подготовленностью и, как следствие, поверхностностью суждений и выводов погубили немало замечательных идей и дел в России.

Мировая практика свидетельствует о том, что основным способом решения проблемы адаптации бюджетной модели здравоохранения к условиям рыночной экономики является институт медицинского страхования.

В России введение страхового механизма мобилизации дополнительных ресурсов в бюджетную модель здравоохранения в виде обязательного медицинского страхования (ОМС) в начале 1990-х годов происходило в условиях экономического спада и стагнации экономики страны. В целом это привело к тому, что данная система практически не выполнила свою основную функцию, в лучшем случае данные средства оказались бюджетозамещающими. Не оправдались также надежды, что введение системы страхования позволит в короткие сроки повысить эффективность системы здравоохранения за счет конкуренции между медицинскими организациями. Это обусловлено тем, что исторически сеть учреждений здравоохранения формировалась на основе принципов построения системы по уровням предоставления медицинской помощи и исключения дублирования. В результате за 18 лет в здравоохранении сохранились прежние принципы организации предоставления медицинской помощи и содержания сети медицинских учреждений при снижении относительных показателей их обеспеченности финансовыми ресурсами.

Вместе с тем реализация страховых принципов уже сформировала новые методы медико-экономической оценки предоставляемой медицинской помощи, формализованные, в частности, в систему вневедомственного контроля качества медицинской помощи в противовес традиционной системе исключительно ведомственного контроля, существовавшие многие десятилетия в здравоохранении. Особенно важно отметить, что введение страхования способствовало созданию института прав пациента как потребителя медицинской помощи. Как социальный институт ОМС обеспечивает большую прозрачность финансовых потоков в здравоохранении.

Учитывая вышеизложенное, становится очевидным, что в настоящее время крайне необходимо провести модернизацию ОМС, сконцентрировав основные усилия на достижении сбалансированности ресурсов и обязательств системы, а также создать условия и предпосылки реформирования здравоохранения.

Целью модернизации ОМС является обеспечение условий устойчивого финансирования медицинских организаций для предоставления населению бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Для достижения поставленной цели необходимо последовательно решить следующие задачи:

- обеспечить сбалансированность доходов системы ОМС и ее обязательств по предоставлению гарантированной медицинской помощи застрахованным гражданам;
- обеспечить эффективные механизмы целевого и рационального использования средств всеми субъектами системы ОМС;
- устранить недостатки, накопившиеся в системе за период ее существования;
- гармонизировать правовые и организационно-экономические механизмы взаимодействия обязательного медицинского страхования, здравоохранения и граждан.

Именно эти задачи модернизации обязательного медицинского страхования определены в Концепции модернизации ОМС, утвержденной в 2003 году Правительством Российской Федерации, которая легла в основу для разработки нового закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», проект которого был представлен в Государственную Думу в 2004 году.

Но политическая воля не нашла своего практического применения. Реформы органов государственной власти федерального уровня вновь отодвинули решение проблем медицинского страхования.

2008 год войдет в историю российского здравоохранения как год, в котором разработана и предложена Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года¹.

Представим некоторые положения Концепции, касающиеся медицинского страхования². В частности, за счет **средств ОМС** в рамках Программы государственных гарантий гражданам Российской Федерации будет предоставляться бесплатно первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь.

Кроме того, в финансовое обеспечение за счет средств ОМС поэтапно будут включены:

- скорая медицинская помощь, за исключением санитарной авиации;
- высокотехнологичная специализированная медицинская помощь;
- лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях;
- бюджетные инвестиции.

Скорая медицинская помощь, за исключением санитарной авиации, будет поэтапно включена в систему ОМС при обязательном соблюдении условия – оказания и оплаты ее вне зависимости от наличия у пациента полиса ОМС и его места проживания. Необходимо учитывать, что учреждения и подразделения скорой медицинской помощи работают в «режиме ожидания», поэтому должны быть предусмотрены способы оплаты данного вида медицинской помощи с учетом этой специфики.

Основными источниками доходов системы ОМС будут являться:

- страховые взносы работодателей на обязательное медицинское страхование работающего населения;
- страховые взносы субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
- межбюджетные трансферты на выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Страховые взносы работодателей будут установлены в размере 5,1% от фонда оплаты труда, при этом будет установлено предельное значение годового фонда оплаты труда, сверх которого уплата страховых взносов производиться не будет. Указанное предельное значение в 2010 году составит 415 000 рублей, и оно будет подлежать ежегодному увеличению в соответствии с прогнозируемым темпом роста заработной платы.

Страховые взносы работодателей будут распределяться в пропорции: 4% – в бюджеты территориальных фондов ОМС и 1,1% – в бюджет Федерального фонда ОМС.

Субъекты Российской Федерации будут уплачивать взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в зависимости от платежей работодателей на работающее население с учетом коэффициентов удорожания / удешевления медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры неработающего населения на территории конкретного субъекта Российской Федерации.

При этом порядок расчета взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения будет определяться федеральным законом и являться **единым для всех субъектов Российской Федерации**.

Субъекты Российской Федерации будут уплачивать взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в зависимости от платежей работодателей на работающее население с учетом коэффициентов удорожания / удешевления медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры неработающего населения на территории конкретного субъекта Российской Федерации.

Предполагается, что в 2010 году доходы территориальных фондов обязательного медицинского страхования от страховых взносов работодателей составят 495 млрд. рублей. Платежи субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское

¹ Данная Концепция не принята и находится все еще на обсуждении

² Здесь и далее данные приводятся по источнику [1].

страхование неработающего населения при применении указанного способа расчета в 2010 году должны будут составить 715 млрд. рублей.

Повышение размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование как работающего, так и неработающего населения будет сопровождаться переходом на преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи через систему ОМС.

Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в рамках системы ОМС, должны включать все статьи затрат, связанных с обеспечением деятельности медицинских учреждений.

Внедрение принципа одноканального финансирования медицинской помощи через систему ОМС, а также конкретизация государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи должны сопровождаться созданием системы выравнивания финансовых условий реализации территориальных программ государственных гарантий в субъектах Российской Федерации в части базовых программ ОМС.

Основой выравнивания условий базовых программ ОМС должен выступать минимальный подушевой норматив Программы государственных гарантий (ПГГ), установленный Правительством Российской Федерации. При этом для определения объема средств, необходимых для конкретного субъекта Российской Федерации, расходы на базовую программу ОМС, рассчитанные, на основе численности населения и минимального подушевого норматива ПГГ, должны сопоставляться с доходами системы ОМС в части страхового взноса работодателей на обязательное медицинское страхование работников и страхового взноса субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающих граждан.

Дефицит базовой программы ОМС должен рассчитываться исходя из указанных показателей. Источниками финансового обеспечения выравнивания условий базовой программы ОМС являются трансферты из федерального бюджета и бюджета Федерального фонда ОМС в части страхового взноса работодателей на обязательное медицинское страхование работающих граждан в размере 1,1% от фонда оплаты труда.

Учреждения здравоохранения, работающие в рамках системы ОМС, будут получать средства на финансовое обеспечение своей деятельности на основании утвержденных субъектом Российской Федерации тарифов.

Учреждения здравоохранения, работающие вне рамок системы ОМС, будут осуществлять свою деятельность на основании государственных (муниципальных) заданий.

В структуру тарифа на медицинскую помощь за счет ОМС, а также в нормативную стоимость единицы государственного задания включаются все затраты лечебного учреждения.

Тарифы на медицинскую помощь за счет ОМС устанавливаются субъектами Российской Федерации на основании принятых ими медико-экономических стандартов.

Переход на единые тарифы целесообразно осуществлять в рамках перехода от расчета на основе фактических затрат к нормативному ценообразованию. Необходимо провести работу по обоснованию затрат однотипных учреждений – на основе стандартов медицинской помощи и анализа по статьям затрат.

Система обязательного медицинского страхования будет включать в себя Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС. Федеральный фонд ОМС при этом будет выступать в качестве основного органа, аккумулирующего средства для выравнивания программ государственных гарантий в субъектах РФ. Территориальный фонд ОМС будет осуществлять реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования.

При введении одноканальной модели финансирования программы ОМС покупателями медицинских услуг являются страховые медицинские организации, с которыми территориальные фонды ОМС заключают договоры. При этом страховые медицинские организации заключают договоры на покупку медицинских услуг с медицинскими организациями различной организационно-правовой формы и формы собственности.

Необходимо предусмотреть расширение требований государства к страховым медицинским организациям, в частности:

- обязательное информирование застрахованных об условиях и порядке предоставления им медицинской помощи, подачи жалоб и обращений с жалобами в другие организации;

- обеспечение защиты прав застрахованных граждан;
- обеспечение соответствия планируемых объемов медицинской помощи установленным показателям Программы государственных гарантий и заданиям медицинским организациям;
- требования к уровню развития информационных систем, персонифицированного учета объемов помощи, оказываемых застрахованным;
- «прозрачность» (публикация) отчетов, предоставление информации о результатах своей деятельности.

В договорах территориального фонда ОМС со страховыми компаниями должны быть предусмотрены следующие функции:

- организация медицинской помощи застрахованным, например, помощь больному в переводе в другое учреждение в случае выявленной необходимости (в том числе, перевод на более высокий уровень оказания услуг);
- участие в разработке заказов-заданий ЛПУ с включением согласований в договоры на предоставление медицинской помощи в системе ОМС (в виде согласованных объемов помощи и условий оплаты при отклонениях);
- управление объемами медицинской помощи – контроль за обоснованностью и сроками госпитализаций, поощрение структурных преобразований в системе оказания медицинской помощи (развитие дневных стационаров, межрайонных центров оказания помощи и проч.);
- контроль за соблюдением установленной системы направлений пациентов;
- стимулирование лечебных учреждений к мероприятиям по обеспечению качества медицинской помощи, например, поощрение применения более эффективных медицинских технологий, стимулирование кооперации различных учреждений по лечению хронических заболеваний;
- осуществление (совместно с органом управления здравоохранением) мониторинга деятельности лечебных учреждений.

Для осуществления текущего и стратегического планирования ресурсов, увеличения доступности и повышения качества медицинской помощи, оказываемой гражданам России в рамках Программы государственных гарантий, должен быть внедрен единый страховой полис, который позволит:

- создать единый регистр застрахованных граждан по ОМС;
- исключить двойное страхование и двойное финансирование;
- проследить за финансовыми потоками в учреждения здравоохранения как на территории субъекта РФ, так и за его пределами;
- упорядочить взаиморасчеты между субъектами Российской Федерации за медицинскую помощь, оказанную гражданам на территории страхования и за ее пределами.

Создание системы единого полиса обязательного медицинского страхования будет являться серьезным стимулом к развитию информатизации здравоохранения и в том числе, созданию системы персонифицированного (индивидуального) учета по обязательному медицинскому страхованию.

Необходимо внедрять рыночные (конкурентные) механизмы, а именно:

- предоставить возможность выбора ЛПУ, когда это возможно, для граждан Российской Федерации через повышение информированности пациента о качестве работы ЛПУ и наличие единой государственной тарифной политики; при этом необходимо установить ограничения этого права через рекомендацию врача на госпитализацию и наличие перечня ЛПУ, в которые может свободно обратиться пациент в течение определенного периода;
- создать конкуренцию между ЛПУ по критерию качества там, где это возможно, например, в крупных городах; привлечь учреждения всех форм собственности к исполнению государственного заказа на конкурсной основе путем заключения контракта по установленным государственным тарифам;
- привязать финансирование ЛПУ и оплату труда медицинских работников к объемам и качеству оказанной медицинской помощи.

В проекте Концепции предложены этапы реализации **изменений в медицинском страховании**:

2009 г.
- разработка требований к страховым компаниям;
- создание экономических механизмов стимулирования работы страховых медицинских организаций;
- разработка механизмов выравнивания финансовых условий базовых программ обязательного медицинского страхования.
2010 – 2015 гг.:
- переход на экономически обоснованные тарифы медицинской помощи;
- создание системы экспертизы медицинской помощи, основанной на стандартах медицинской помощи;
- внедрение системы персонализированного учета застрахованных в системе обязательного медицинского страхования;
- переход на страховые взносы работодателей и внедрение единой методики расчета страховых взносов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
- внедрение механизма выравнивания финансовых условий базовых программ обязательного медицинского страхования;
- паспортизация медицинских учреждений на предмет оснащенности помещениями и оборудованием с целью определения возможности включения инвестиционных расходов в систему ОМС.
2016 – 2020 гг.:
- переход на подушевой принцип оплаты первичной амбулаторно-поликлинической помощи;
- проведение пилотных проектов по разделению финансовых рисков территориальных фондов обязательного медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями;
- переход высокотехнологичной медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования;
- включение в подушевой норматив ПГГ расходов инвестиционного характера, а также расходов на приобретение дорогостоящего оборудования.

Однако следует отметить, что это только проект Концепции, а ответ на вопрос, когда Концепция будет принята – оставим политикам.

* * *

1. Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. Проект. – <http://www.zdravo2020.ru/concept>

2. Обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации – 10 лет (1993-2003 гг.). Справочно-аналит. сб. – М.: Федеральный фонд ОМС, 2003. – 288 с.

3. О медицинском страховании граждан в РФ. Закон № 1499 от 28 июня 1991 года.

4. О страховых взносах в Пенсионный Фонд Российской Федерации, Фонд социального стра-

хования Российской Федерации, Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Федеральный закон № 213 от 24 июля 2009 г.

5. Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность./Отв. ред. С.В. Шишкин. – М.: Независимый институт социальной политики, 2008. – 288 с.

СНИЖЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ КРЕПКОГО АЛКОГОЛЯ –
ГЛАВНЫЙ РЕЗЕРВ СНИЖЕНИЯ СВЕРХСМЕРТНОСТИ
И УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В РОССИИ

Герасименко Н.Ф.

В статье всесторонне раскрыто негативное влияние на состояние здоровья населения России злоупотребление крепкими алкогольными напитками, дан межстрановой анализ зависимости заболеваний от потребления алкоголя, систематизированы причины тяжести алкогольной ситуации в России, сформированы меры ограничительной алкогольной политики государства, включая ее законодательное обеспечение.

Ключевые слова: здоровье, алкоголизм, сверхсмертность, экономические потери, алкогольная политика

Снижение продолжительности жизни россиян и рост смертности населения России объясняется в первую очередь увеличением числа смертей, прямо связанных с потреблением крепкого алкоголя (отравления, травматизм) или с заболеваниями, вызываемыми его злоупотреблением (сердечно-сосудистыми, инфекционными и т.д.).

Без осуществления эффективных мер по противодействию злоупотреблению алкоголем невозможно добиться целей, поставленных в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.: повысить коэффициент рождаемости в 1,5 раза и увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 75 лет. К настоящему времени накоплен значительный опыт, как зарубежный, так и отечественный, позволяющий определить, какие меры государственной алкогольной политики способны эффективно снижать тяжелейшее бремя алкогольного ущерба.

Экономические потери составляют не менее 1700 миллиардов рублей в год. Они связаны с повышенной смертностью, потерей продолжительности здоровой жизни, утратой трудоспособности, со снижением производительности труда, затратами на лечение связанных с алкоголем заболеваний, с социальными выплатами государства инвалидам, сиротам, с ущербом от пожаров, ДТП, с расходами на содержание заключенных, на борьбу с преступностью и беспризорностью.

Дорожно-транспортные происшествия. Более 60% смертельно травмированных в ДТП в России погибают с повышенным содержанием алкоголя в крови. При этом официальная статистика по водителям, задержанным в состоянии алкогольного опьянения занижается на порядок.

Как национальное бедствие охарактеризовал алкоголизм Президент Российской Федерации Дмитрий Медведев на совещании о мерах по снижению потребления алкоголя в России, состоявшемся в Сочи 12 августа 2009 г. На каждого человека в нашей стране, включая младенцев, приходится около 18 литров чистого алкоголя, потребляемого в год. Это более чем в 2 раза превышает уровень, который Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила как уровень, опасный для жизни и здоровья человека. В связи с этим Минздравсоцразвития России было поручено подготовить концепцию алкогольной политики, главной целью которой является снижение потребления алкоголя до 14 литров чистого этанола к 2012 г. То есть сократить потребление

алкоголя на 4 литра за такой короткий срок. Кроме того правительству было сформулировано 9 предложений.

Так почему же алкоголизм является угрозой национальной безопасности нашей страны? С 1992 г. в России происходит масштабная убыль населения. При этом злоупотребление алкоголем приводит к преждевременной, предотвратимой смерти около полумиллиона человек ежегодно, будучи причиной около 30% смертности мужчин и 15% - женщин. Алкогольная смертность включает не только случайные отравления алкоголем, но и 2/3 смертей от несчастных случаев и насилия, 1/4 смертей от сердечно-сосудистых заболеваний и многое другое (табл. 1).

Таблица 1

Связь заболеваемости с потреблением алкоголя

Регион	Алкогольные предпочтения	Потребление алкоголя, в литрах	Алкогольные отравления	Раковые заболевания рта и глотки	Цирроз печени	ИБС
Европа С (Россия, Украина и др.)	крепкие напитки	13,9	19,7	5,64	26,42	280,09
Европа А (Германия, Франция, Великобритания и др.)	вино, пиво	12,9	2,08	3,18	8,72	89,81
Америка А (Канада, Куба, США)	пиво – более 50%, крепкие напитки – 25%	9,3	1,21	2,63	6,77	101,30
Америка В (Бразилия, Мексика и др.)	пиво и в меньшем количестве крепкие напитки	9	1	2,31	12,2	82,08
Восточный тихоокеанский регион А (Австралия, Япония и др.)	пиво и крепкие напитки	8,5	1,1	3,79	3,79	76,62

У 2/3 умерших в трудоспособном возрасте россиян посмертное вскрытие обнаруживает повышенное содержание алкоголя в крови (рис. 2).

СНИЖЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ КРЕПКОГО АЛКОГОЛЯ – ГЛАВНЫЙ РЕЗЕРВ СНИЖЕНИЯ СВЕРХСМЕРТНОСТИ

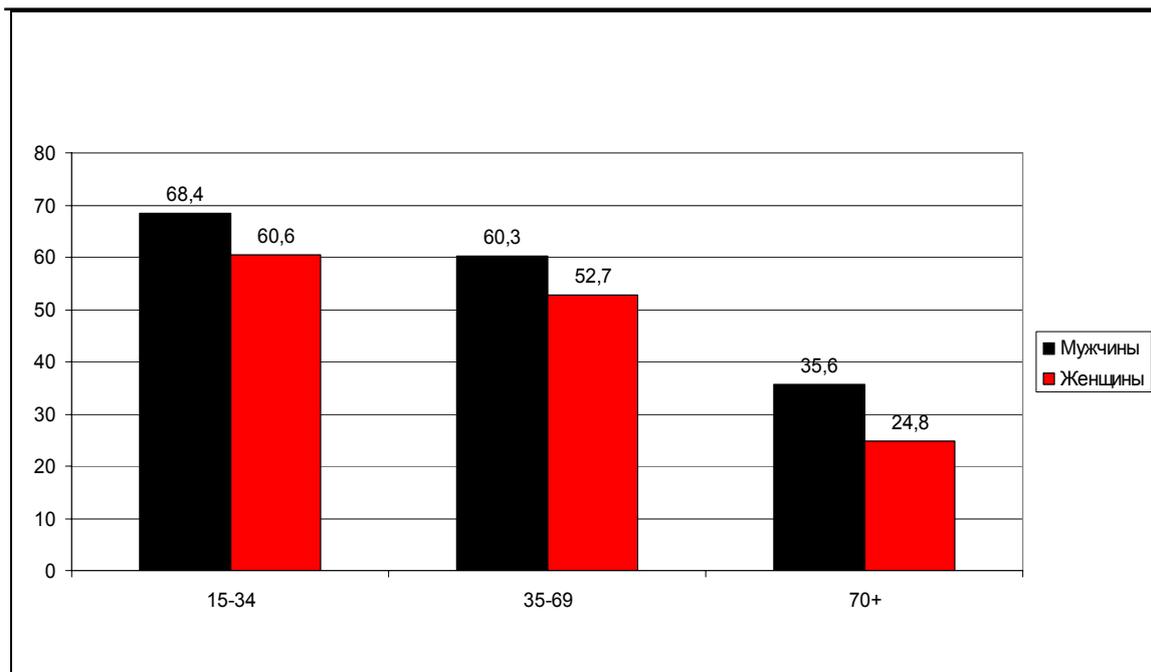


Рис. 1. Процент умерших с повышенным содержанием алкоголя в крови (Барнаул, 1990-2004)

Производство этилового спирта и на его основе крепких алкогольных напитков прямо коррелируется со смертностью населения (рис.2).



Рис. 2. Производство этилового спирта из пищевого сырья и количество умерших в России в 1995-2007 гг.

Таким образом, можно сделать определенный вывод, что демографический кризис в высокой степени является результатом алкогольной сверхсмертности.

Злоупотреблению алкоголем принадлежит и ведущая роль в социальной деградации российского общества, так как алкоголь у нас – причина аномально высокого уровня насилия, преступности, убийств, самоубийств, инвалидизации, оставления детей, разводов и т.д. По данным пресс-службы МВД, около 80% убийц в России были нетрезвы в момент убийства. Такое же состояние выявляется и у около 40% самоубийц (рис.3).

В 1996 году (последний год, когда есть данные по всем странам) Россия занимала первое место по смертности от самоубийств среди подростков 15-19 лет.

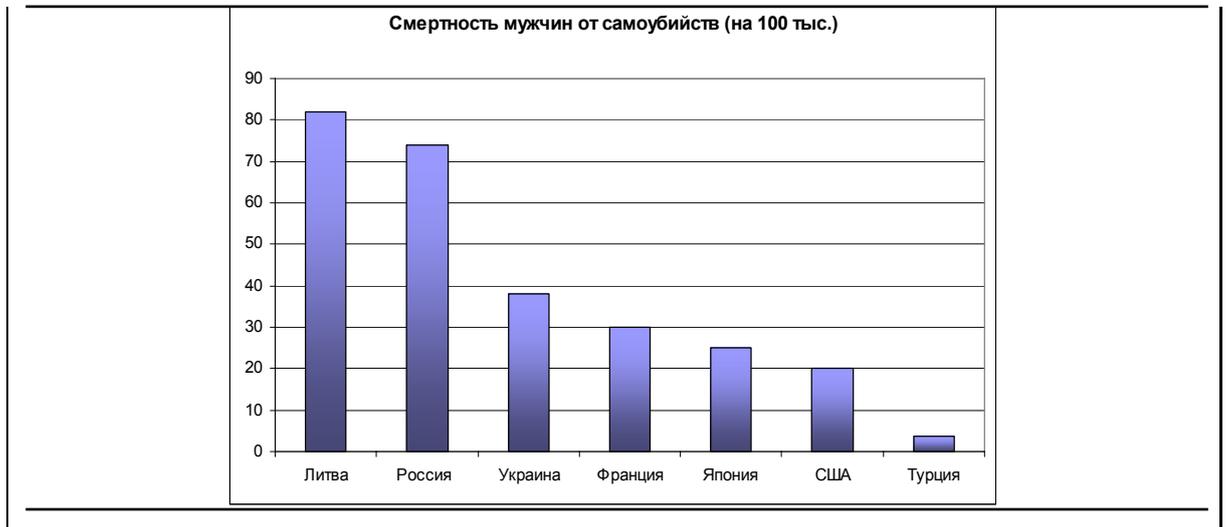


Рис.3. По уровню самоубийств Россия в последние годы занимает стабильно второе место из более чем 200 стран мира (ВОЗ, 2006)

Россия занимает первое место по количеству детей, живущих без родителей. (Рис.4).

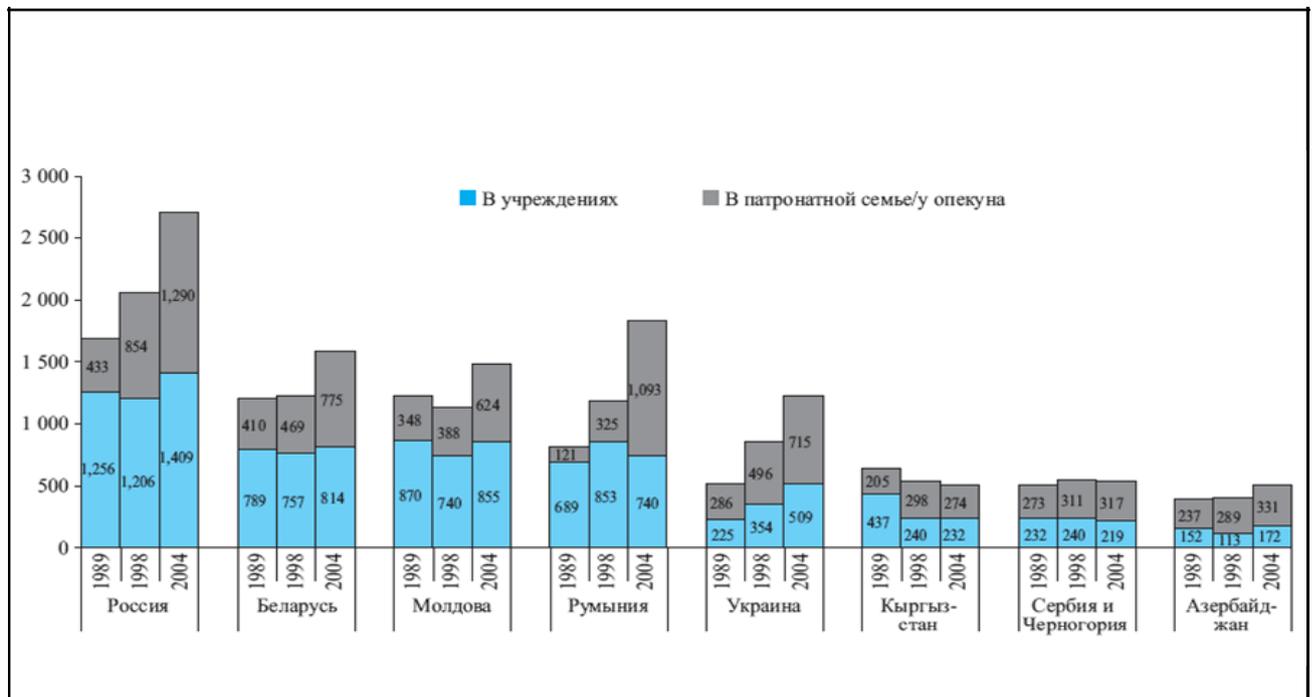


Рис.4. В России самый высокий в мире уровень детей, живущих отдельно от своих родителей (UNICEF, 2006)

СНИЖЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ КРЕПКОГО АЛКОГОЛЯ – ГЛАВНЫЙ РЕЗЕРВ СНИЖЕНИЯ СВЕРХСМЕРТНОСТИ

Алкоголизм – наиболее распространенная причина оставления детей и лишения материнских прав. По данным исследований, у почти половины воспитанников детских домов в России наблюдаются признаки алкогольного синдрома плода. Катастрофически высокий уровень алкогольных проблем ведет и к катастрофически высокой разводимости – по этому показателю Россия находится на втором месте в мире.

Алкогольная проблема наносит колоссальный урон экономике. Экономические потери на порядок выше, чем поступления в бюджет от продажи алкоголя. Они связаны с гибелью людей трудоспособного возраста, потерей продуктивности злоупотребляющих алкоголем задолго до смерти, затратами государства на лечение заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем, выплатами жертвам травматизма и сиротам, сжатием внутреннего рынка в связи с сокращением населения, затратами на борьбу с криминалом и содержанием заключенных. Поступления в бюджет от акцизов просто мизерны (88 млрд. руб.) по сравнению с ущербом, наносимом злоупотреблением алкоголем.

Причины тяжести алкогольной ситуации можно назвать следующие. Во-первых, очень высокий уровень потребления алкоголя – около 18 литров этанола в год. Это почти в 2 раза превышает уровень, признанный экспертами ВОЗ относительно безопасным (8 литров).

Рекомендуемые ВОЗ «безопасные» объемы потребления алкоголя:

- В год не более 2 л этанола или 5 л водки;
- В день: водки или др. крепких напитков – 50 грамм (рюмка или 2 «дринка»);
- Вина – 150 мл (бокал);
- Пива – 330 мл (маленькая банка);
- Смертельная доза – 400 мл этанола или 1 литр водки в один прием.

Во-вторых, самый высокий в мире уровень потребления крепких напитков. Это является ключевой причиной кризиса сверхсмертности, поскольку высокое содержание этанола в относительно малых объемах крепких напитков провоцирует одновременный прием опасно больших доз алкоголя. То есть однократный прием больших доз водки или самогона. Зачастую употребляются напитки невысокого качества, при скудной закуске. Как говорил актер Булдаков в «Особенностях национальной охоты», закуска градус крадет, поэтому пьют без закуски. В этом ряду можно назвать недостатки системы предотвращения продажи алкогольных напитков, включая пиво, детям. А также формирование толерантного отношения к пьянству как норме жизни.

Кроме того, наш алкоголь самый дешевый. В России существует обратная пропорция по сравнению с другими странами мира, где самый дорогой алкоголь в крепких напитках. У нас все наоборот: 45 коп. стоит грамм этанола в водке, 1 руб. 17 коп. – в вине и 1 руб. 80 коп – в пиве. То есть на сегодня этанол в водке для российского потребителя в 4 раза дешевле, чем в пиве, и в 2,6 раза дешевле, чем в вине, что вынуждает население выбирать крепкие напитки.

Существует прямая корреляция между производством спирта и количеством умерших. В 2006 г. вступили в силу поправки в Федеральный закон от 22.11.1995 № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции». В соответствии с ними, в частности, был увеличен уставной капитал для производителей спирта и крепкой алкогольной продукции, что привело к закрытию мелких производителей. Произошла смена акцизных марок и внедрение Единой государственной автоматизированной информационной системы (ЕГАИС) электронной регистрации алкоголя. Внедрение прошло не без проблем, что привело к пустым полкам на алкогольном рынке. По данным Росстата, в 2006 г. умерло на 138,2 тыс. человек меньше, чем в 2005 г. Смертность снизилась преимущественно за счет причин смерти, динамика которых тесно связана с потреблением алкоголя. Особенно сильно сократилась смертность от алкогольных отравлений – на 7,5 тыс., что составляет 20,7%.

В 2007 г. минимальный уровень отравлений был достигнут в июле, в период кризиса на алкогольном рынке.

Еще одна причинно-следственная связь наблюдается между акцизной ставкой на водку и показателем смертности. Когда увеличили акцизы до 160 руб. на литр этанола, сразу же пошло снижение смертности. Рис. 5.

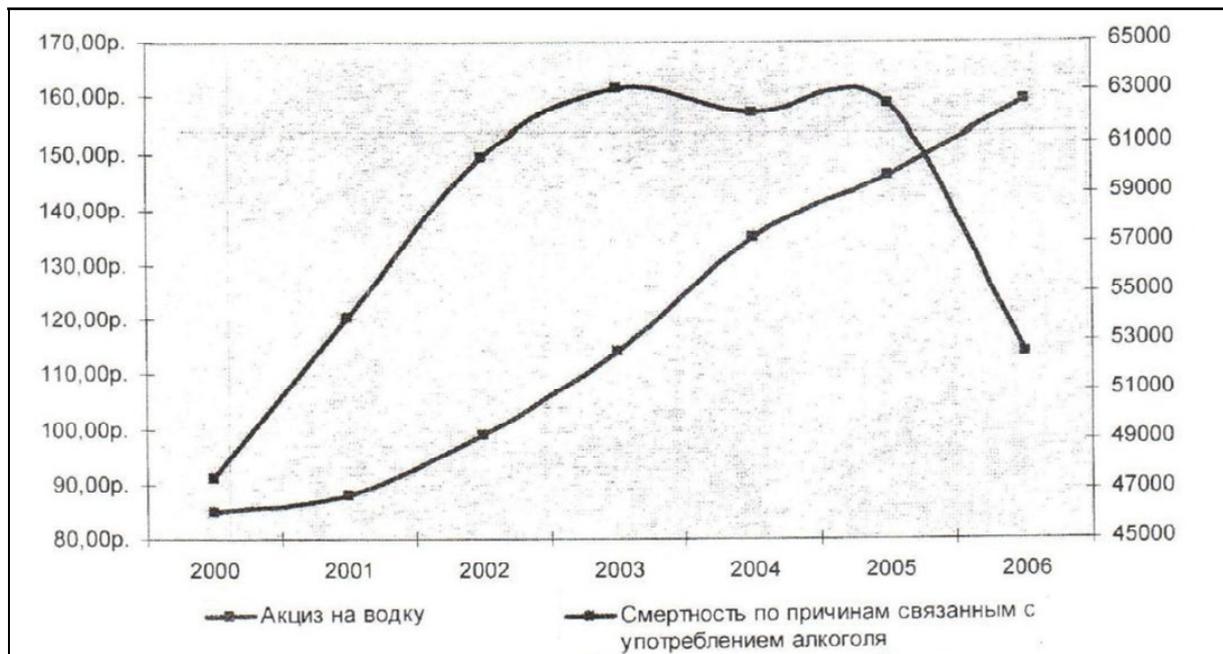


Рис. 5. Сравнение акцизной ставки на водку и показателей смертности по причинам, связанным с употреблением алкоголя в России

Аналогичная взаимосвязь отмечается между возможностью купить водку и смертностью. Ценовая доступность водки (соотношение между ценой литра водки и зарплатой среднестатистического россиянина) является ключевой причиной смертности среди мужчин трудоспособного возраста в России. Начиная с 1998 г. идет прямой рост доходов россиян, также прямо растет возможность потребления алкоголя и смертность.

Дешевизна водки играет свою пагубную роль. В качестве примера можно привести соотношение цены на водку и на проезд в метро. В 2009 г. одна поездка в метро в оба конца стоила 44 руб., бутылка водки – 90 руб., то есть стоимость бутылки равнялась двум поездкам. А в советское время это соотношение было 1:30. Поездка в метро стоила 5 коп., туда-обратно – 10 коп., а бутылка водки – 3 руб. (30 поездок в метро). Сейчас, стыдно сказать, сок стоит 110 руб., бутылка морса – 85 руб. Ребенку дешевле водку купить, чем сок.

Круглосуточная доступность – еще одна причина алкогольных проблем. В настоящее время в большинстве населенных пунктов России приобрести алкоголь можно в любое время суток, чего не наблюдается ни в одной цивилизованной стране. В большинстве северных стран алкогольные напитки не продаются в нерабочее время, а также по воскресеньям и, кроме того, по субботам во второй половине дня.

Свое «черное дело» делает и шаговая доступность алкоголя. Количество торговых точек, продающих крепкие напитки, в расчете на 100 тыс. человек в России в 7-10 раз выше, чем в странах Скандинавии. В Исландии один магазин, торгующий напитками крепче 4,75%, приходится на 15,9 тыс. человек, в Финляндии – на 6,3 тыс., в Швеции и Норвегии – на 4,5 тыс. При этом на всю такую отнюдь не маленькую страну как Норвегия приходится всего 211 торговых точек, продающих крепкие алкогольные напитки. Для сравнения, на одно Подмосковье приходится более 15 тыс. таких точек, или одна точка на 400 человек. При этом доступность слабоалкогольных напитков в связи с широкой практикой продажи их в киосках в России вообще беспрецедентна.

СНИЖЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ КРЕПКОГО АЛКОГОЛЯ – ГЛАВНЫЙ РЕЗЕРВ СНИЖЕНИЯ СВЕРХСМЕРТНОСТИ

К сожалению, в стране очень мало говорится об ущербе, наносимом злоупотреблением алкоголем. Экономисты считают и показывают только доходы, идущие в бюджет от продажи водки. А соотношение получается любопытное. В 2008 г., например, доход от продажи водки составил 66 млрд. руб. или 0,7%. Это в 25 раз меньше, чем нанесенный ущерб, который, как мы уже сказали, составляет 1700 млрд руб.

К слову сказать, на совещании у Д.А.Медведева в Сочи вспоминали, что антиалкогольная кампания 80-х годов XX века со всеми ее издержками, тем не менее спасла от преждевременной смерти 1,2 млн человек. За первые три года программы продолжительность жизни мужчин выросла на 3,2 г., у женщин – на 1,3 г. ВЦИОМ, проводивший исследование этой проблемы сразу после совещания у Президента страны, выдал такие сведения: 65% россиян поддерживают проведение антиалкогольной кампании, подобно той, которая была в 1985-1987 гг. Опрос «Левада-центра» показал, что треть россиян выступают вообще за полный запрет на производство и торговлю алкоголем, то есть за «сухой закон».

Каковы же пути решения проблемы? Практика показала, что социально и экономически устойчивое развитие страны с северной моделью, к которым относится Россия, невозможно без ограничительной алкогольной политики государства. Эта политика должна иметь в качестве основного приоритета здоровье граждан, а не интересы бизнеса.

Наиболее эффективные меры государственной алкогольной политики включают уменьшение доступности алкоголя, в особенности, крепких напитков, экономически, в пространстве, во времени и по возрасту. Запрет прямой и косвенной рекламы алкоголя и слабоалкогольных напитков.

Следующая эффективная мера – повышение акцизов на алкоголь. Повышение цен на алкоголь, как и на любой другой товар, приводит к снижению спроса. Некоторый рост нелегального производства и продажи алкогольных напитков предотвратим, но все же возможен, однако он всегда значительно ниже падения легального потребления алкоголя. Значительная доля нелегального рынка (в России чуть менее 1/3) не является существенным препятствием для положительного воздействия акцизов на здоровье. Например, в Литве и Польше повышение акцизов на водку приводило к снижению алкогольной и общей смертности даже на фоне контрабанды крепких напитков. Отказ от высоких акцизов на водку в Литве вновь привел к росту общей смертности на 15%.

Третья по счету мера – подавление производства и оборота суррогатного и нелегального алкоголя. Причина их широкой распространенности кроется в существующих законодательных «лазейках», которые поддаются устранению. Отсутствие специальной статьи в Уголовном кодексе приводит к тому, что правонарушения в этой сфере рассматриваются в основном как административные, и караются лишь умеренным штрафом. Выведение спиртосодержащих жидкостей медицинского и парфюмерного назначения из-под действия Федерального закона от 22.11.1995 № 171-ФЗ предоставляет широкие возможности для практически легальной продажи суррогатного алкоголя.

Среди возможных мер для борьбы с потреблением нелегального алкоголя можно назвать такие, как ужесточение наказания за производство спиртосодержащих жидкостей без установленной законом денатурации либо продажа спиртосодержащих настоек в таре более 25 мл и неразрешенной парфюмерной продукции (уголовное наказание, административное приостановление деятельности юридических лиц); увеличение акцизов на этиловый спирт, используемый для производства спиртосодержащей, медицинской и парфюмерной продукции; ограничение крепости медицинских спиртосодержащих настоек уровнем 10-15%. А также ужесточение наказаний за нарушение правил продажи и распития алкоголя в общественных местах; запрет самогонварения, установление уголовного наказания за коммерческую продажу нелегально произведенного самогона; расширение прав регионов в регулировании ограничения доступности алкоголя и пива.

Среди эффективных мер социально ответственной государственной алкогольной политики – полный запрет на продажу алкогольных напитков в утреннее (например, до 11:00), ночное или нерабочее время. Это сразу же приводит к снижению уровня смертности, преступности и травматизма. В России нет запрета, как в скандинавских стра-

нах, на продажу алкогольных напитков по воскресеньям и по субботам во второй половине дня, зато у нас по выходным наблюдается повышение смертности, по сравнению с буднями, на 8-11%. Какие нужно сделать выводы из этой ситуации, понятно.

Представляется необходимым сократить число торговых точек до уровня, принятого в скандинавских странах, – не более одной продающей алкоголь торговой точки на 5 тыс. человек. Также необходимо ввести запрет на продажу любых алкогольных напитков, включая пиво, в киосках.

По поручению Президента изучается вопрос о восстановлении государственной монополии на розничную продажу алкогольных напитков.

Для борьбы с распространением алкоголизма Распоряжением Правительства Российской Федерации 30 декабря 2009 года одобрена Концепция государственной политики по снижению масштабов алкоголизма в Российской Федерации, которая определяет цели, задачи и механизмы реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года.

Для достижения целей и решения задач Концепции требуется совершенствование действующего законодательства в сфере производства, продажи, потребления, рекламы алкогольной продукции.

Необходимо следующее:

1. Ограничение доступности алкогольной продукции. Это повышение акцизов на алкоголь (с целью его удорожания), ограничение продажи алкоголя в определенные часы (запрет на торговлю в утренние и ночные часы) и строго регламентированными местами (торговля должна быть разрешена только в специализированных магазинах). Для решения этих вопросов должны быть внесены изменения в Налоговый кодекс Российской Федерации, Федеральными законами «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции», «Об ограничении розничной продажи и потребления (распития) пива и напитков, изготавливаемых на его основе».

2. Население должно быть информировано не о достоинствах той или иной марки алкоголя, а о вреде, наносимом при его употреблении здоровью человека. Необходимо установление запрета на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство алкогольной продукции. Рекламе алкогольной продукции необходимо противопоставить социальную рекламу, расширив ее объем. Кроме того, представляется очень важным размещение на упаковке алкогольной продукции подробной информации о вреде потребления алкоголя, возможно в сопровождении художественных изображений, фотографий и пиктограмм. Эти нормы должны быть внесены в Федеральный закон «О рекламе».

3. Введение жесткой ответственности за нарушения, связанные с ограничениями розничной продажи алкогольной продукции, за производство, приобретение, хранение, перевозку в целях сбыта или сбыт немаркированных товаров и продукции, а также за употребление алкоголя в запрещенных для этого местах (перечень мест, запрещенных для употребления алкоголя, необходимо зафиксировать в законодательстве). Законодательно это должно быть закреплено в Кодексе об административных правонарушениях и в Уголовном кодексе.

4. Законодательные органы субъектов Российской Федерации должны принимать нормативные акты, направленные на ограничение времени и мест продажи алкогольной продукции.

Реализация перечисленных мер позволит снизить ущерб от социально-экономических и иных последствий, связанных с потреблением алкоголя, способствуя не только улучшению состояния здоровья и сохранению жизни тех, кто потребляет алкогольные напитки, но и также будут оказывать более широкое воздействие на здоровье всего общества в целом.

Наша цель – создать эффективные меры по борьбе с пьянством и алкоголизмом, которые стали бы не только нормами законодательства, но и нормой жизни россиян.

**ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ
ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ
ГРАЖДАНам РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Буров М.П.

Ермаков Д.Н.

В статье системно проанализированы межбюджетные отношения при формировании федерального и территориального фондов обязательного медицинского страхования (ОМС), с учётом Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Рассмотрены финансово-правовые аспекты деятельности федерального и территориальных фондов ОМС. Вскрыты основные недостатки существующей системы оказания медицинской помощи. Обоснована целесообразность скорейшего перехода к трехуровневой системе (профилактический, парогоспитальный и стационарный). Аргументируется доступность медицинских услуг для жителей различных регионов страны как одно из условий выравнивания экономического развития территорий.

Ключевые слова: региональное развитие; межбюджетные отношения; трансферты; региональная экономика; программа государственных гарантий; федеральный и территориальный фонды ОМС; обязательное и добровольное медицинское страхование; страховые медицинские организации (СМО); страховые взносы.

В настоящее время в России сложилась и функционирует бюджетно-страховая модель финансирования ОМС и страховая ДМС. Субъектами системы ОМС выступают: граждане, страхователи (органы исполнительной власти – для пенсионеров и неработающего населения; организации и индивидуальные предприниматели (работодатели) – для работающего населения); страховые медицинские организации (СМО); федеральный (ФФОМС) и территориальные фонды (ТФОМС) обязательного медицинского страхования; медицинские организации (учреждения) Минздравсоцразвития РФ.

В целях полноценной реализации Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (ПГГ)¹ законодательство чётко распределяет полномочия между федеральным центром и регионами.

В статье 4 «Основ законодательства об охране здоровья граждан»² устанавливаются задачи законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Среди вопросов охраны здоровья граждан, относящихся к ведению Российской Федерации, и непосредственно связанных с медицинским страхованием, следует выделить: установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением; разработка и утверждение программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования; установление страхового тарифа взносов на обязательное медицинское страхование граждан Российской Федерации; лицензирование отдельных видов деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

К ведению республик в составе Российской Федерации относятся: контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи; разработка и утверждение

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 811 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год».

² Российская газета. – 1993. – 18 августа.

территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающих в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

К ведению автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга в вопросах охраны здоровья граждан относятся: контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи; осуществление мер по медицинскому страхованию граждан.

К ведению органов местного самоуправления относятся: контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи; осуществление мер по обязательному медицинскому страхованию граждан.

Финансирование Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи осуществляется Федеральным и территориальным фондами ОМС.

Устав Федерального фонда ОМС утверждён Постановлением Правительства РФ от 29 июля 1998 г. № 857¹. Несмотря на очевидную потребность принятия специального Федерального закона, регламентирующего деятельность Федерального фонда ОМС, государство ограничивается внесением изменений в Устав ФФОМС Постановлением Правительства РФ от 27 октября 2008 г. № 782². Положение о территориальном фонде ОМС, утверждённое Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. №4543-1, в настоящее время действует. В соответствии с ним в субъектах Федерации утверждаются индивидуальные положения о ТФОМС субъектов.

Источниками государственного финансового обеспечения здравоохранения Российской Федерации являются налоговые поступления и средства ОМС. Установлено, что проект бюджета ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период и проект отчета об исполнении бюджета ФФОМС представляет в Минздравсоцразвития РФ³. Бюджет ФФОМС рассматривается и утверждается Федеральным Собранием в форме федерального закона одновременно с принятием федерального закона о федеральном бюджете на очередной финансовый год. Территориальные фонды ОМС разрабатывают проекты бюджетов, сбалансированные по объемам государственных обязательств по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Бюджет территориального фонда в форме проекта закона субъекта Российской Федерации с пояснительной запиской, одобренный (согласованный) правлением территориального фонда, в установленные сроки представляется Федеральному фонду обязательного медицинского страхования. Проект закона о бюджете территориального фонда представляется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации на рассмотрение законодательного (представительного) органа субъекта Российской Федерации в составе документов и материалов, представляемых одновременно с проектом закона субъекта Российской Федерации о бюджете на очередной финансовый год, и утверждается одновременно с принятием закона субъекта Российской Федерации о бюджете на очередной финансовый год⁴.

Согласно положениям Бюджетного Кодекса РФ⁵, исполнение бюджетов фондов ОМС должно осуществляться Федеральным казначейством Российской Федерации.

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 32, ст. 3902; 2004, № 51, ст. 5206; 2007, № 1, ст. 309

² <http://www.medvestnik.ru/>

³ <http://www.medvestnik.ru>

⁴ Правила составления, рассмотрения и исполнения бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования. Утверждены приказом директора ФФОМС от 9 сентября 2003 г. № 1750/21-1/и. // «Российская газета». Федеральный выпуск № 3374. – 2004. – 25 декабря.

⁵ Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ (с изменениями от 31 декабря 1999 г., 5 августа, 27 декабря 2000 г., 8 августа, 30 декабря 2001 г., 29 мая, 10, 24 июля, 24 декабря 2002 г., 7 июля, 11 ноября, 8, 23 декабря 2003 г., 20 августа, 23, 28, 29 декабря 2004 г., 9 мая, 1 июля, 12 октября, 19, 22, 26, 27 декабря 2005 г., 3 января, 2 февраля, 16 октября, 3 ноября, 4, 19, 30 декабря 2006 г., 20, 26 апреля, 24 июля, 2, 8 ноября, 1, 6 декабря 2007 г., 14, 22, 24 июля, 24 ноября 2008 г.) // Гарант. – 2009. – 1 марта.

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

За счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений медицинская помощь гражданам должна оказываться бесплатно в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Финансовые средства обязательного медицинского страхования формируются (рис. 1) за счет:

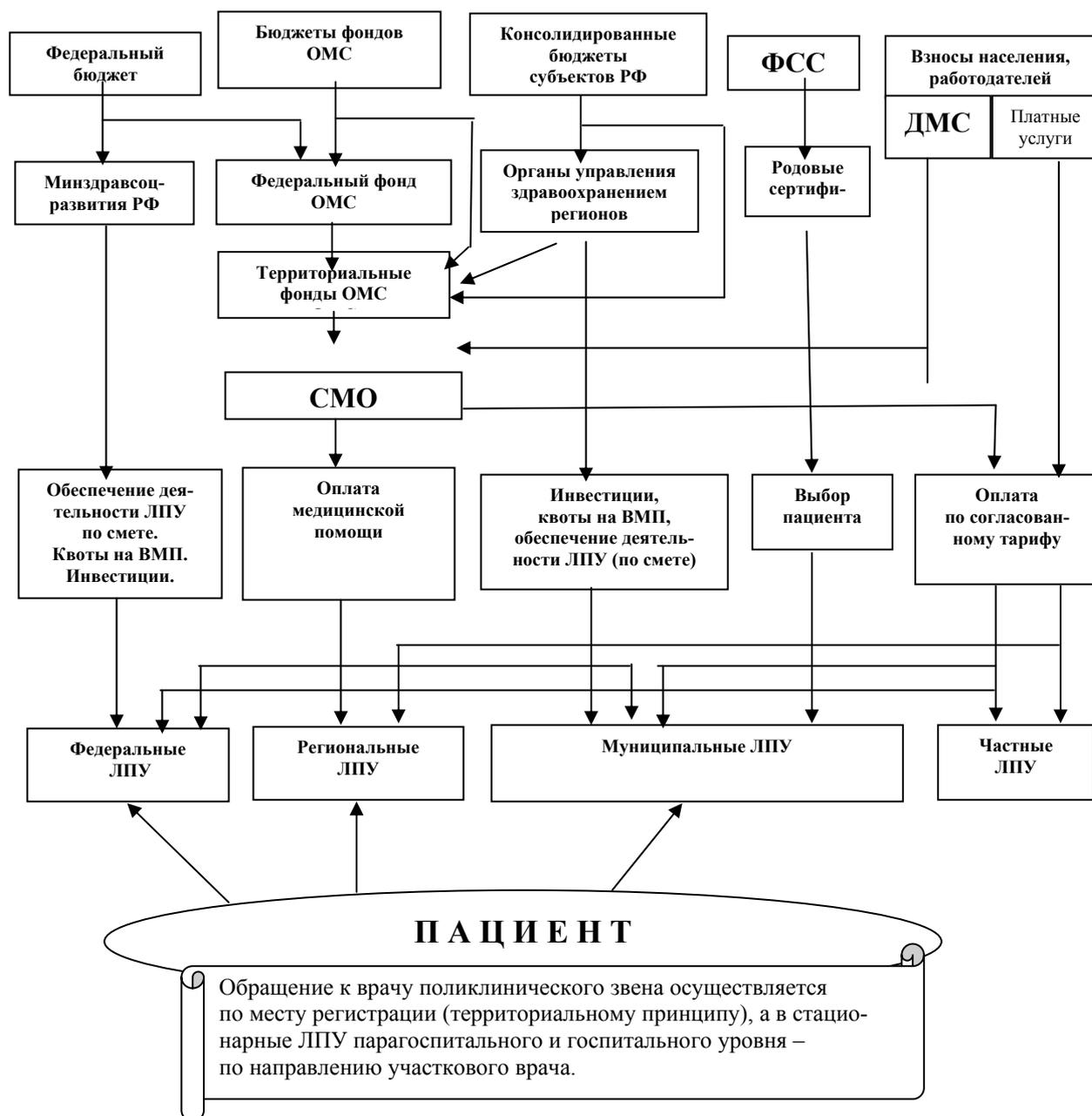


Рис. 1. Источники финансирования здравоохранения в Российской Федерации.

- для базовой части Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи (ПГГ) – средства работодателя (3,2 % в доле ЕСН и взносы на неработающее население из бюджетов РФ);
- для федеральной составляющей ПГГ – федеральный бюджет (для финансирования высокотехнологической медицинской помощи (ВМП), программы дополни-

тельного лекарственного обеспечения (ДЛО) и отдельных целевых программ, включая приобретенный национальный проект в здравоохранении);

- для территориальной составляющей ПГГ – средства регионального и муниципального бюджета (для функционирования обеспечения учреждений и отдельных видов медицинской помощи, дополнительных к базовой программе ОМС);

- путёвки для инвалидов и родовые сертификаты – оплачиваются из средств Фонда социального страхования.

С 1 января 2010 года уплата единого социального налога (ЕСН) будет заменена страховым взносом при формировании средств ПФР, ФСС, ОМС. В 2010 году размеры страховых взносов не изменяются. С 2011 г. будут установлены новые: в ПФР необходимо будет отчислять 26% в ФСС - 2,9 %, в ФФОМС - 2,1%, в ТФОМС – 3%. В 2011 г. планируется увеличение тарифной ставки до 34 процентов. Возрастут отчисления в ПФР (26%) и в Фонды ОМС (5,1%)¹.

На основе Программы и методических рекомендаций, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

На основании установленных нормативов субъектами Российской Федерации ежегодно утверждаются территориальные программы государственных гарантий, в том числе территориальные программы ОМС.

Медицинская помощь на территории Российской Федерации оказывается за счет средств всех бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, в том числе средств бюджетов государственных фондов обязательного медицинского страхования.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляются субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, либо (при отсутствии учреждений здравоохранения муниципальных образований) соответствующих учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации, либо (при отсутствии на территории муниципального образования учреждений здравоохранения муниципальных образований и учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации) медицинских организаций, в которых в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, размещен муниципальный заказ².

В целях улучшения качества оказываемых медицинских услуг в системе ОМС на законодательном уровне предлагается:

Во-первых, осуществить переход на одноканальную модель финансирования здравоохранения. Существующая схема финансирования приводит к размыванию ответственности со стороны частных страховых организаций (СМО) за исполнение ПГГ.

¹ <http://www.rg.ru/2009/07/17/esn-site-anons.html>

² См. например: Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2008 г. № 1087 «Об утверждении Правил предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей)». // Гарант. – 2009.- 1 марта.

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В настоящее время средства ОМС доводятся через частные страховые медицинские организации (СМО), которые никак не заинтересованы в повышении качества медицинской помощи застрахованным и снижении издержек на её оказание. Необходимо сделать СМО ответственными за застрахованное лицо и производить оплату предоставляемых услуг по факту выписывания (вылечения) конкретного пациента.

Во-вторых, основными источниками поступлений средств в ОМС должны стать:

- страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения взамен существующего единого социального налога с отменой шкалы регрессии;
- часть налога на доходы физических лиц на уровне 30 процентов;
- увеличенные платежи на неработающее население;
- межбюджетные трансферты на выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

В-третьих, для перехода к новому качеству оказания медицинских услуг необходимо ввести механизм государственной аккредитации СМО, либо установление обязательного медицинского страхования в качестве отдельного лицензируемого вида деятельности. Гражданам должно быть предоставлено право на выбор СМО. Целесообразно разделить финансовые риски между территориальным фондом ОМС и страховщиком: СМО берёт на себя часть рисков, связанных с отклонением фактических расходов на оказание медицинской помощи застрахованным от плановых.

В-четвёртых, следует расширить требования государства к СМО. Последнее включает обязательное информирование застрахованных лиц в системе ОМС об условиях и порядке подачи ими жалоб и обращения на качество услуг. Застрахованным лицам должна предоставляться необходимая правовая информация о возможности судебного обжалования деятельности субъектов системы ОМС. Следует установить единые требования к уровню развития информационных систем, персонифицированного учёта. СМО обязываются предоставлять публичные отчёты о своей деятельности, сделать её максимально прозрачной.

В-пятых, в договорах между Территориальными Фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями (СМО) следует предусмотреть следующие взаимные обязательства:

- организация медицинской помощи застрахованным;
- участие ТФОМС и СМО в разработке заказов-заданий ЛПУ с включением результатов согласований в договоры на предоставление медицинской помощи в системе ОМС;
- форма и порядок осуществления контроля за обоснованностью и сроками госпитализации, за соблюдением установленной системы направлений пациентов.

В-шестых, формирование нормативно-правового обеспечения системы качества медицинской помощи, которая должна включать проверку соответствия качества и объёмов медицинской помощи договорным обязательствам.

В-седьмых, необходима конкретизация ФЗ РФ от 03 ноября 2006 г. № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях»¹ для регулирования перевода бюджетных учреждений здравоохранения в автономные учреждения. Главным критерием для изменения организационно-правовой формы ЛУ является возможность функционирования в системе ОМС исключительно на основе тарифов.

В-восьмых, необходимо выравнивать уровень социально-экономического развития регионов России в целях совершенствования межбюджетных отношений и создания необходимых условий для процветания общества и государства.

¹ Российская газета. – 2006 г. – 8 ноября. Федеральный выпуск № 4216.



УСЛОВИЯ ТРУДА КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РАБОТАЮЩИХ

Корнюшина Т.А.
Писарев В.Н.

Сохранение здоровья работающих требует комплексного подхода, включающего оценку факторов производственной среды и профессиональных рисков. Реализация национального проекта «Здоровье» и создание «паспорта здоровья» направлены на защиту и укрепление здоровья населения, в том числе работающего.

Ключевые слова: программа «Здоровье», факторы производственной среды, профессиональные риски, «паспорт здоровья».

Здоровье населения – один из основных показателей качества и уровня жизни. Сохранение здоровья населения страны является насущной проблемой государства. В Российской Федерации с 2006 г. реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье». На реализацию проекта в 2006-2007 годах направлено более 182,2 млрд. рублей, в 2008 году расходы составили 132,0 млрд. рублей. Дальнейшее развитие проекта в 2009-2012 годах по сохранению и укреплению здоровья населения направлено на формирование здорового образа жизни и повышение доступности и качества медицинской помощи.

Программа «Здоровье» рассчитана на сохранение здоровья всего населения страны, однако изменения в состоянии работающего населения носят специфический характер, связанный с условиями производственной деятельности.

Важность решения задачи сохранения здоровья работающих актуальна как для стран с развитой, так и с развивающейся экономикой, так как способствует не только сохранению трудовых ресурсов страны, но приводит к повышению производительности труда и, следовательно, благосостояния населения и устойчивому социально-экономическому развитию государства.

Для выполнения программы «Здоровье работающих» Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала план действий на 2008-2017 годы, целью которого является:

- разработка и осуществление национальной политики, планов действия и программы медицины труда;
- защита и укрепление здоровья на рабочем месте;
- улучшение качества профессионального медицинского обслуживания и доступа к нему;
- обоснование и распространение предложений для профилактических мероприятий и др.

Согласно концепции МОТ (международной организации труда), если труд хорошо оплачивается, но при этом небезопасен, то его нельзя считать достойным. Если человек трудится в условиях свободы, но при этом рискует здоровьем, то такой труд также нельзя считать достойным. Необходимо повышать ответственность должностных лиц и работодателей за состояние условий и охраны труда организаций различных форм собственности и повышать ответственность контрольно-надзорных органов.

Во время трудового процесса человек может подвергаться внешним воздействиям самого различного типа: механическим, химическим, тепловым, электрическим, электромагнитным и т. п. С целью сохранения здоровья работников на рабочих местах проводится контроль состояния условий труда на соответствие действующим гигиеническим нормативам, санитарным правилам и нормам. Рассматривая профессиональные риски необходимо учитывать то, что новейшие технологии, предложенные научно-техническим прогрессом, исключили серьезные физические нагрузки, одновременно беспредельно увеличив психологическую и эмоциональную напряженность человека. При этом явно просмат-

ривается пренебрежение объективными законами общественного развития, двигательной, биологической, интеллектуальной и нравственной составляющих человека.

Физиологи и специалисты по физической культуре заявляют о физической деградации современного человека, которая приобретает характер глобальной тенденции. В настоящее время резко снизился объем и интенсивность двигательной активности людей при возросшей психологической, информационной перегрузке.

По существу, в начале XXI века международная научная общественность заявляет о кризисе здоровья человека и ведет поиск путей его преодоления. Создание «Паспорта здоровья» работника – одна из возможностей в динамике следить за состоянием каждого работающего и проводить своевременные реабилитационно-лечебные мероприятия.

Характер профессиональных заболеваний зависит от факторов производственной среды, поэтому оценку профессиональных рисков проводят для отдельных профессиональных групп (работников цехов, участков и т.п. с аналогичными условиями труда), ее результатом является оценка группового риска.

При проведении индивидуальной оценки профессионального риска (учет пола, возраста, стажа, индивидуальных факторов риска, вредных привычек и др.) полученные результаты следует считать персональными медицинскими данными, охраняемыми по закону (раздел 13 Трудового кодекса РФ).

Индивидуальный риск рассчитывают с согласия работника, его не применяют для решения вопросов занятости данного работника или иных целей, направленных против его социального благополучия. Эти результаты не должны использоваться для отбора наиболее пригодных лиц, создавать или усиливать социальное неравенство работников и не раскрывать их личные данные. При этом согласно рекомендациям МОТ не применяют полиграфические детекторы лжи, методы астрологии, графологии и т.п.; генетический скрининг должен быть запрещен или ограничен случаями, разрешенными законодательством.

Расчеты предельных накопленных стажевых (сезонных, вахтовых и т.п.) экспозиций (нагрузок) и допустимого стажа следует рассматривать как ориентировочные для оценки коллективного риска.

При проведении оценки профессионального риска следует принимать меры для защиты конфиденциальной информации, раскрытие которой может нанести вред работодателю (при оценке группового риска) или работнику (при оценке индивидуального риска).

Критериями безвредных условий труда является сохранение:

- а) жизни;
- б) здоровья;
- в) функциональных способностей организма;
- г) предстоящей продолжительности жизни;
- д) здоровья будущих поколений.

Качество жизни и здоровья обеспечивается комплексом этих показателей, т.к. помимо острых и хронических профзаболеваний (отравлений) возможна потеря жизни при остром воздействии (например, летальный исход при тепловом ударе, внезапная смерть в результате стрессорных физических и нервно-эмоциональных перегрузок), потеря функций (например, обоняния при действии раздражающих веществ, социального слуха при действии шума), прерывание беременности при опасном происшествии, рождение ребенка с врожденными пороками развития при работе родителей с репродуктивными токсикантами и т.п.

По рекомендации ВОЗ, при оценке здоровья следует учитывать компоненты психосоциального благополучия: удовлетворенность работой, семьей, доходами и здоровьем.

При оценке профессионального риска обязательному учету подлежат профессиональные заболевания, инфекционные заболевания, травмы.

Для оценки профессиональных рисков используют следующие критерии:

- гигиенические (предварительные) по Р 2.2.755-99;
- категорирование риска по классам условий труда;

- медико-биологические показатели здоровья работников, в том числе репродуктивного и здоровья потомства;
- тяжесть нарушений здоровья работников;
- категорирование риска по степени доказанности ;
- степень связи нарушений здоровья с работой по эпидемиологическим данным.

При оценке тяжести нарушений здоровья и ущерба рекомендуется применять кодификацию и систему Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья – МКФ.

Надежная количественная оценка профессиональных рисков правомерна при наличии материалов санитарно-эпидемиологических исследований, заключений, данных эпидемиологических исследований, клинико-физиологических, клинических лабораторных исследований, а также данных инструментальных замеров факторов рабочей среды с оценкой по гигиеническим критериям Р 2.2.755-99.

Результаты оценки профессионального риска по степени весомости доказательств (по критериям ООН) подразделяют на следующие категории доказанности риска:

- категория 1А (доказанный профессиональный риск) - на основе результатов гигиенической оценки условий труда по критериям Руководства Р 2.2.755-99, материалов периодических медицинских осмотров, физиологических, лабораторных и экспериментальных исследований, а также эпидемиологических данных;
- категория 1Б (предполагаемый профессиональный риск) - на основе результатов гигиенической оценки условий труда по критериям Руководства Р 2.2.755-99, дополненных отдельными клинико-физиологическими, лабораторными, экспериментальными данными (в т.ч. данными литературы);
- категория 2 (подозреваемый профессиональный риск) - на основе результатов гигиенической оценки условий труда по критериям Руководства Р 2.2.755-99.

При установлении риска по результатам гигиенической оценки условий труда следует проводить анализ профессиональной заболеваемости, данных периодических медосмотров, углубленное изучение ЗВУТ, инвалидности, недожития, смертности и других социально значимых показателей здоровья работников, в том числе репродуктивного, а также здоровья их потомства по специально разработанным программам.

Рекомендуемые медико-биологические показатели оценки профессионального риска в зависимости от результатов гигиенической оценки приведены в таблице 1.

Таблица 1

**Медико-биологические показатели для оценки риска
в зависимости от класса условий труда**

Класс условий труда по критериям Руководства Р 2.2.755-99	Показатели состояния здоровья по результатам периодических медосмотров	Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)	Показатели биологического возраста в сравнении с паспортным	Показатели смертности, недожития, инвалидности и др.	Показатели нарушения репродуктивного здоровья и здоровья потомства
1					
2					
3.1	+				+
3.2	++	+	+		+
3.3	++	++	+	+	++
3.4	++	++	+	++	++
4	++	++	+	++	++

Примечание: "-" не обязательно, "+" рекомендуется, "++" обязательно.

Категорирование профессионального риска проводят предварительно по классам условий труда (по результатам гигиенической оценки условий труда) и окончательно по социально значимым показателям здоровья работников. Оценка степени причинно-следственной связи нарушений здоровья с работой (по данным эпидемиологических исследований) представлена в таблице 2.

Таблица 2

**Оценка степени причинно-следственной связи нарушений здоровья с работой
(по данным эпидемиологических исследований)**

0 < RR <= 1	1 < RR <= 1,5	1,5 < RR <= 2	2 < RR <= 3,2	3,2 < RR <= 5	RR > 5
EF = 0	EF < 33%	EF = 33 - 50%	EF = 51 - 66%	EF = 67 - 80%	EF = 81 - 100%
Нулевая	Малая	Средняя	Высокая	Очень высокая	Почти полная
Общие заболевания		Профессионально обусловленные заболевания			Профессиональные заболевания

Где RR - относительный риск, EF - этиологическая доля.

Для ряда нарушений здоровья, прогрессирующих даже после прекращения экспозиции, например бронхолегочной патологии, их считают профессионально обусловленными (связанными с работой) уже при этиологической доле 25 - 40%, учитывая их неблагоприятный медицинский прогноз.

Классы условий труда и категории профессионального риска основаны на величинах индекса профзаболеваемости ИПЗ по его шкале от 0 до 1. Границе между классами вредных и экстремальных условий труда 3.4 и 4 соответствуют следующие значения медико-биологических показателей:

а) общесоматические заболевания и мутагенные нарушения - относительный риск свыше 5;

б) акселерация старения и недожитие - 10 лет и более;

в) риск профессионально обусловленной смертности - свыше 7.

При оценке тяжести нарушений здоровья следует руководствоваться Приказом Минздрава России от 17 августа 1999 г. № 322, согласно которому несчастные случаи на производстве подразделяют на две категории: тяжелые и легкие. Квалифицирующими признаками являются характер полученных повреждений и осложнения, связанные с ними, а также усугубление имеющихся и развитие хронических заболеваний; длительность расстройства здоровья и последствия полученных повреждений. Признаками тяжелого несчастного случая являются также повреждения, угрожающие жизни пострадавшего. К ним также относятся:

- длительное расстройство здоровья с временной утратой трудоспособности (60 дней и свыше);

- стойкая утрата трудоспособности (инвалидность);

- потеря профессиональной трудоспособности 20% и свыше.

Степень утраты профессиональной трудоспособности определяют согласно "Правилам установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" (утвержденным Постановлением Правительства РФ № 789 от 16 октября 2000 г.).

Оценка опасностей и рисков включает 3 этапа.

Первый этап: осмотр рабочего места для выявления:

- опасных и вредных факторов производственной среды, которые присутствуют или могут возникнуть, включая организацию труда;

- видов работ, при которых работники могут подвергаться выявленным опасным факторам, включая обслуживание оборудования, чистку и аварийные работы.

Второй этап:

- сбор информации об опасных и вредных факторах для определения степени риска и возможных мер защиты;

- оценку экспозиции работников по уровню фактора и времени его действия и ее сравнение с нормативами.

Третий этап – оценка возможности устранения опасности или ее снижения до минимально допустимого уровня или до уровня, который в свете современных знаний не приведет к нарушениям здоровья при длительности воздействия в течение всего рабочего стажа.

В оценке экспозиции выделяют две стадии:

- испытание и измерение;

- определение экспозиции (по измерению или расчету) и оценка риска.

Первая стадия требует инженерно-технической компетенции с соответствующим метрологическим обеспечением, а вторая – гигиенической компетенции, поэтому ее должны выполнять специалисты, имеющие сертификат по гигиене труда.

Составление паспорта здоровья на каждого работающего должно осуществляться в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Международная статистическая классификация болезней (МКБ) является основным инструментом статистических разработок информации о здоровье населения и деятельности учреждений здравоохранения. Она обеспечивает методическое единство и сопоставимость результатов изучения заболеваемости населения, причин смерти и поводов обращения в медицинские учреждения, как в пределах страны, так и между странами.

Периодический пересмотр МКБ - одна из уставных обязанностей Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), и наша страна принимает активное участие в совершенствовании этого международного статистического документа и внедрении его в деятельность медицинских учреждений.

В настоящее время действует Десятый пересмотр Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), введенный ВОЗ с января 1993 года.

Соответствующий Указ Президента Российской Федерации и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (№ 3 от 12.01.1998 г.) создали правовую основу для введения с 1999 года этого международного нормативного документа в практику здравоохранения Российской Федерации.

Статистическая классификация болезней создавалась и использовалась преимущественно как средство оценки сдвигов в здоровье населения, состояния медицинской помощи и формирования на этой основе данных о заболеваемости и причинах смерти населения, что необходимо для целей эффективного планирования здравоохранения.

Классификация позволяет переводить словесное выражение диагноза болезней и других проблем здоровья в алфавитно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство сбора, хранения, извлечения и анализа данных. С использованием МКБ-10 могут быть классифицированы не только заболевания, имеющие четко сформулированный диагноз, но и другие проблемы, связанные со здоровьем, зарегистрированные в различных типах медицинской документации. То есть имеется возможность получения и анализа данных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных в процессе исследований, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут регистрироваться в медицинской документации.

В отличие от международной номенклатуры болезней в основу статистической классификации (МКБ-10) положен иерархический принцип группировки болезней с присвоением каждой нозологии (или нарушению) статистического кода с буквой английского алфавита в качестве первого знака и цифрами во втором, третьем и четвертом знаках кода.

Первые три знака кода составляют рубрику, которая в основном идентифицирует

какое-либо заболевание, имеющее особую значимость для здравоохранения или высокую распространенность. Рубрики составляют «сердцевину» классификации и на их уровне ведется представление данных в ВОЗ о причинах смерти и распространенности ряда болезней, для проведения основных международных сопоставлений. Четвертый знак статистического кода следует за десятичной точкой, детализируя содержание рубрики. Четырехзначный код определяется как подрубрика.

Четырехзначные подрубрики составляют неотъемлемую часть МКБ и на их уровне производится кодирование причин смерти и заболеваемости для представления в органы государственной статистики, проведения межрегиональных сопоставлений и углубленных статистических разработок в конкретных областях медицины.

МКБ-10 состоит из трех томов.

1 том классификации (представленный издательством «Медицина» в 2-х частях) включает в себя полный перечень рубрик и подрубрик, кодовые номера которых простираются от A00.0 до Z99.9

Включенные в него болезни подразделены на 21 класс, каждый из которых в свою очередь подразделяется на «блоки» однородных трехзначных рубрик, связанных между собой общими характеристиками.

Выделенные блоки рубрик дают представление о приоритетах отдельных групп болезней в оценках здоровья населения и деятельности здравоохранения.

Иерархический принцип построения классификации (класс, блоки, рубрики, подрубрики) дает возможность производить статистическую разработку на различных уровнях детализации собранных данных.

2 том классификации представляет собой инструктивное руководство по использованию МКБ-10.

3 том включает в себя Алфавитный указатель к полному перечню рубрик (том 1) и является существенным к нему дополнением, так как содержит большое число диагнозов и менее уточненных состояний, представленных в томе 1. Таким образом, Алфавитный указатель включает в себя практически все диагностические термины, используемые в настоящее время в медицинской практике.

Как уже говорилось выше, основополагающим в классификации является 1 том, который в десятом пересмотре включил в себя 21 класс. Первые семнадцать из них (A00-Q99) относятся к заболеваниям и другим патологическим состояниям, 18-й класс (R00-R99) охватывает симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, а также неточно обозначенные состояния, в отношении которых не сформулирован диагноз, который можно было бы отнести к какому-либо из первых семнадцати классов. В этот класс включен также блок рубрик (R95-R99), предназначенных для кодирования неточно обозначенных и неизвестных причин смерти.

19-й класс (S00-T98) включает в себя рубрики, идентифицирующие различные виды травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин, в том числе и рубрики, предназначенные для идентификации ряда осложнений хирургических и терапевтических вмешательств.

20-й и 21-й классы, которые раньше рассматривались как дополнение к основной классификации, теперь, с введением десятого пересмотра, получили равноценный с другими классами статус. 20-й класс «Внешние причины заболеваемости и смертности» (V01-Y98) преимущественно используется для классификации происшествий (условий и мест их возникновения, обстоятельств) послуживших причиной травм, отравлений и других неблагоприятных воздействий, классифицированных в девятнадцатом классе, и в случаях смерти от этих состояний в статистической разработке предпочтение должно быть отдано рубрикам двадцатого класса.

21-й класс (Z00-Z99) дает возможность учесть и классифицировать факторы, влияющие на здоровье и побуждающие человека, который не обязательно является больным, обращаться в учреждение здравоохранения (например, для профилактиче-

ской вакцинации или обследования, получения совета по имеющейся проблеме, влияющей на здоровье и т.д.).

Правила работы с классификацией подробно изложены во 2-м томе МКБ-10. Тем не менее, в процессе ее практического использования медицинскими работниками были отмечены трудности в применении ряда ее положений, условных обозначений, толковании значений некоторых четвертых знаков кодов, трудности в использовании двойной системы кодирования и т.д.

Согласно «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» (МКБ-10), пересмотренный ВОЗ в 1995 году и официально принятой в Российской Федерации, принят следующий перечень состояний и заболеваний

Классы:

- Класс I - Некоторые инфекционные и паразитарные болезни A00-B99
- Класс II - Новообразования C00-D48
- Класс III - Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм D50-D89
- Класс IV - Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ E00-E90
- Класс V - Психические расстройства и расстройства поведения F00-F99
- Класс VI - Болезни нервной системы G00-G99
- Класс VII - Болезни глаза и его придаточного аппарата H00-H59
- Класс VIII - Болезни уха и сосцевидного отростка H60-H95
- Класс IX - Болезни системы кровообращения I00-I99
- Класс X - Болезни органов дыхания J00-J99
- Класс XI - Болезни органов пищеварения K00-K93
- Класс XII - Болезни кожи и подкожной клетчатки L00-L99
- Класс XIII - Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани M00-M99
- Класс XIV - Болезни мочеполовой системы N00-N99
- Класс XV - Беременность, роды и послеродовой период O00-O99
- Класс XVI - Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде P00-P96
- Класс XVII - Врожденные аномалии [пороки крови], деформации и хромосомные нарушения Q00-Q99
- Класс XVIII - Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках R00-R99
- Класс XIX - Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин S00-T98
- Класс XX - Внешние причины заболеваемости и смертности V01-Y98
- Класс XXI - Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения Z00-Z99.

При разработке паспорта здоровья работников необходимо учитывать заболевания, имевшиеся при поступлении на работу, вновь появившиеся и выявленные во время диспансеризации, в том числе и связанные с вредными и опасными факторами производственной среды. Таким образом, любой класс заболеваний может появиться у того или иного работника в определенный период его жизни, следовательно, в паспорте здоровья должна быть учтена возможность фиксировать любое заболевание, имеющееся в международной классификации.

* * *

1. Азгальдов Г.Г., Бобков В.Н., Ельмеев В.Я., Перевошиков Ю.С., Беляков В.А. Квалиметрия жизни. М. ВЦУЖ - Ижевск ИЭиУ УдГУ. 2006. – 820 с.

2. Амлаев К.Р., Францева В.О. Здоровье на рабочем месте как фактор предотвращения преждевременной смертности и инвалидности. // Материалы VI Всероссийского конгресса «Профессия и Здоровье» – М. Дельта. 2007. – С.440-442.

3. Букин А.К. Социально-экономические аспекты реализации целевых комплексных программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Автореф. канд.дисс. . – М. 2009. 26 с.
4. Измеров Н.Ф. Концепция, структура и механизм реализации федеральной программы "Здоровье работающего населения России на 2004-2015 годы" // Профессия и здоровье. Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2003. № 24 (217)
5. Измеров Н.Ф. Мифы и действительность: профессиональная заболеваемость в Российской Федерации // Тез. докладов 4 Международного конгресса «Безопасность и охрана труда». – М. 2007. С.151-158.
6. Качество и уровень жизни населения в новой России (1991-2005) // Под руководством Бобкова В.Н. – М., Всероссийский центр уровня жизни. 2007. – 718 с.
7. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. М. 2008. – 16 с.
8. Корнюшина Т.А. Охрана здоровья работников, занятых зрительно-напряженными видами труда // Материалы VI Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». – М., 2007. С.127-128.
9. Корнюшина Т.А. Влияние социально-гигиенических и эргономических условий труда на сохранение трудовых ресурсов // Уровень жизни населения регионов России. 2008. № 2. С.44-46.
10. Корнюшина Т.А. Трудовая деятельность и здоровье работников. – М. 2008. 32 с.
11. Левкович Т. К. Человек и техносфера. <http://do0.rksi.ru/library/courses/bgd/bgd1.dbk>
12. Матюхин В.В., Юшкова О.И., Порошенко А.С., Голубев Ю.Н. Коррекция функционального состояния как средство профилактики развития перенапряжения у работников нервно-напряженного характера труда // Актуальные проблемы медицины труда и промышленной экологии: Тез. науч. конф. 27- 28 апреля 1994. – М., 1994. С. 38.
13. Николаев М.Е. Стратегия и тактика сбережения народа. // Доклад на Всероссийском конгрессе «Профессия и здоровье». – М. 2007. –18 с.
14. О состоянии профессиональной заболеваемости в Российской Федерации в 2006 году. // Информационный сборник статистических и аналитических материалов. М. 2007. – 52 с.
15. Опасные и вредные производственные факторы. Классификация. ССБТ 12.0.003-74
16. Пашин Н.П. Реформирование системы управления охраной труда на современном этапе экономической реформы // Инф. сб. "Охрана труда". 2007, вып. 9. С. 60-69.
17. Правила установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. (Утв. Постановлением Правительства РФ № 789 от 16 октября 2000 г.).
18. Приказ Минздрава РФ от 14 марта 1996 г. № 90 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии».
19. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 16 августа 2004 № 83 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований)».
20. Руководство Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда».
21. Работодателям выгодно вкладывать средства в здоровье сотрудников - <http://tradeunion.ru/NewsAM/NewsAMShow.asp?ID=33220>
22. Российская энциклопедия по охране труда. – М. 2006. т.3. – 400 с.
23. СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 "Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы».
24. Трудовой кодекс Российской Федерации (№ 90-ФЗ от 30.06.2006 г.).
25. Тихонов М.Н., Беляев А.В. О необходимости обеспечения комплексной защиты организма пользователей при эксплуатации компьютерной техники. Экологическая экспертиза: Обзорная информация. – М., 2005. № 3. С. 24–47.
26. Топалов К.П., Таенкова О.Н., Скоромец Е.К. Человеческий капитал Хабаровского края: состояние и пути его улучшения // Материалы VI Всероссийского конгресса «Профессия и Здоровье». – М.«Дельта». 2007. С. 641-643.

ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В РАМКАХ КОНЦЕПЦИИ ЭКОНОМИКИ ЗДОРОВЬЯ

Егоров Е.В.
Букин А.К.

В статье изложено теоретическое обоснование эффективности комплексной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в рамках концепции экономики здоровья и систематизирован опыт развитых стран в области борьбы с заболеваниями данной группы на основе реализации долгосрочных профилактических программ. Авторами разработаны и последовательно изложены основные характеристики программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний для реализации в Кировской области.

Ключевые слова: экономика здоровья, сердечно-сосудистые заболевания, профилактика

Сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смертности населения в нашей стране, их доля в общей структуре смертности населения в Российской Федерации составила около 57% в 2007 году; на протяжении последних 15 лет их доля имеет тенденцию к увеличению (см. табл. 1).

Таблица 1

Смертность от основных классов причин в Российской Федерации в 1992-2007 гг.

	1992	1995	2001	2003	2005	2006	2007
Умершие от всех причин (в расчете на 100 тыс. населения),	1217	1498	1556	1644	1610	1521	1464
в том числе:							
от болезней системы кровообращения	647 (53,16%)	791 (52,80%)	865 (55,59%)	928 (56,45%)	908 (56,40%)	865 (56,87%)	834 (56,97%)
от новообразований	202 (16,60%)	203 (13,55%)	203 (13,05%)	203 (12,35%)	201 (12,48%)	201 (13,21%)	203 (13,87%)
от внешних причин смерти	237 (15,82%)	229 (14,72%)	234 (14,23%)	221 (13,73%)	199 (13,08%)	173 (14,22%)	183 (12,50%)

Источник: данные Федеральной службы государственной статистики, www.gks.ru

Эта категория заболеваний вносит значительный вклад в смертность трудоспособного населения, что негативным образом сказывается на состоянии трудовых ресурсов, способствует процессу депопуляции населения. Сложившееся положение усугубляется тем, что существующая в нашей стране система здравоохранения ориентирована на лечение возрастающего числа больных, а не на эффек-

ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАМКАХ КОНЦЕПЦИИ ЭКОНОМИКИ ЗДОРОВЬЯ

тивную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, что не ведет к существенным результатам по снижению заболеваемости, инвалидности и смертности населения от данного класса болезней в Российской Федерации. Таким образом, необходимость борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями должна являться важнейшим приоритетом в политике государства в области здравоохранения и устойчивого социально-экономического развития.

Следует отметить, что необходимость проведения активной политики в здравоохранении, направленной на качественное повышение уровня здоровья населения, не нашла должного отражения в экономической теории в нашей стране. В частности, в отечественной науке недостаточно разработаны методы оценки эффективности профилактических программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, мало работ по возможностям и методам экономического стимулирования населения на переход к здоровому образу жизни. Это требует дальнейшего исследования данной проблемы на основе использования методов и инструментария экономической науки.

Теоретической базой, определяющей необходимость проведения активной политики в здравоохранении, является концепция «экономики здоровья» (economics of health). Теоретико-методологические предпосылки формирования концепции «экономики здоровья» и обоснование эффективности профилактики заболеваний связано с теорией человеческого капитала, основанной Г. Беккером [1], Т. Шульцем [2], М. Гроссманом [3] и развитой другими учеными. Данная область науки сформировалась в последней четверти XX века и ставит своей задачей произвести экономическую оценку сложившихся тенденций и изменений состоянии здоровья населения и теоретически обосновать приоритет профилактики социально значимых заболеваний. В рамках концепции экономики здоровья обосновываются основные теоретико-методологические подходы к экономической интерпретации здоровья населения и эффективность инвестиций в здоровье.

Таким образом, концепция экономики здоровья подводит теоретическую базу для определения социально-экономической эффективности активной политики в области здравоохранения на базе комплексной профилактики основных групп заболеваний. Следует добавить, что концепция «экономики здоровья» существенно шире понятия «экономики здравоохранения», так как имеет в качестве предмета исследования не только экономические отношения в сфере здравоохранения, но и основные составляющие здоровья населения и важнейшие факторы, влияющие на состояние и изменение показателей здоровья. В рамках экономической науки экономика здоровья объединяет несколько направлений, в частности, теорию «человеческого капитала», экономику социального страхования, методологию анализа «затраты-эффективность», теорию общественного блага и ряд других.

Следует отметить, что в рамках концепции экономики здоровья большое значение уделяется исследованию комплекса факторов, влияющих на состояние здоровья населения в той или иной стране. В частности, для Российской Федерации авторами данной статьи были выявлены следующие социально-экономические причины чрезмерно высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и их доли в общей структуре смертности населения по сравнению с развитыми странами:

- сложная и нестабильная социально-экономическая обстановка в стране;
- существующий высокий уровень дифференциации доходов населения;
- неэффективность существующей системы здравоохранения, ориентированной на лечение растущего числа больных;
- историко-культурные причины (высокий уровень потребления алкоголя и табака, невнимание граждан к состоянию собственного здоровья).

В рамках концепции экономики здоровья также выявлено, что экономические методы анализа (например, метод «затраты-эффективность») должны являться важнейшей основой для выбора конкретного варианта комплексной программы профилактики. В частности, А. Кюлиер, Дж. Ньюхаус [4], В. Фукс [5] заложили фундамент в методологию оценки эффективности той или иной профилактической программы, в рамках концепции экономики здоровья определили критерии эффективности профилактических программ. Теоретическое обоснование того, что профилактика сердечно-сосудистых заболеваний экономически более выгодна, чем постоянное увеличение затрат на лечение больных, стало важной основой для изменения политики: в странах с развитой рыночной экономикой, начиная с 1960-х годов, стали разрабатываться и реализовываться программы комплексной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

К настоящему времени накоплен богатый опыт реализации подобных программ в странах Европы, Канаде, США, Японии. Программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, реализованные и реализуемые в развитых странах, имеют различные характеристики: продолжительность, охват населения программой, объем затраченных средств. Представляется важным систематизация и анализ зарубежного опыта в данной области и обоснование необходимости его применения в нашей стране.

Авторами данной статьи проанализированы различные программы профилактики, реализованные и осуществляемые в США («Национальная программа по борьбе с артериальной гипертонией»), Канаде («Общепрофилактическая программа по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в провинции Онтарио»), Ирландии («Счастлиное сердце на работе»), Финляндии (Проект «Северная Карелия»), в ряде других стран Европы («Евроакция»).

Следующие основные условия способствуют успешной реализации данных программ:

- 1) программа должна иметь комплексный социально-медицинский характер;
- 2) срок ее реализации должен быть не менее пяти лет;
- 3) программа должна быть подкреплена законодательными и нормативно-правовыми актами, и иметь обязательный для исполнения характер;
- 4) ее следует реализовывать в тесном социальном партнерстве между органами и учреждениями здравоохранения, государственной власти и местного самоуправления, СМИ, работодателями и работниками, а также общественными организациями;
- 5) необходимо использовать принцип софинансирования программы государственными и муниципальными органами власти, заинтересованными общественными организациями, работодателями и самими гражданами;
- 6) в ее разработке следует опираться не только на мировой опыт, но и тщательно учитывать местные особенности, в частности, историко-культурные факторы;
- 7) необходима комплексная и систематическая информационная поддержка мероприятий программы в СМИ, а также полный законодательный запрет рекламы вредных для здоровья продуктов, в первую очередь, табака и всех видов алкоголя.

Авторами также выделены наиболее характерные причины, не способствующие успеху программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний:

- 1) отсутствие необходимой государственной и муниципальной поддержки при разработке и реализации программы;
- 2) слабая информационная поддержка в СМИ, недостаточная информированность населения об основных факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и важности мер по их профилактике;
- 3) краткосрочный период действия программы, нацеленность на «быстрый» положительный результат;

ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАМКАХ КОНЦЕПЦИИ ЭКОНОМИКИ ЗДОРОВЬЯ

4) отсутствие привязки к тому или иному региону и механический перенос основных методов профилактики сердечно-сосудистых заболеваний из одной страны в другую;

5) неразвитость первичного профилактического звена медицинской помощи, слабая нацеленность участковых, семейных врачей на профилактику социально значимых заболеваний;

6) отсутствие общегосударственной системы финансирования здравоохранения (социально-страховой, бюджетной или смешанной).

Из рассмотренных программ комплексной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний одним из наиболее успешных был проект «Северная Карелия», который начал реализовываться в 1972 году в одноименной провинции Финляндии, и в настоящее время охватил всю страну. Данный проект был изначально рассчитан на 5 лет (впоследствии неоднократно продлевался) и был начат в одном из самых депрессивных, неблагополучных регионов этой страны. С точки зрения экономической эффективности, данный проект также был успешным: в провинции Северная Карелия через двадцать лет после начала реализации программы ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний сократился на 35 млн. долларов США в год [6].

Основываясь на зарубежном опыте в области профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и основных структурных элементах проекта «Северная Карелия», авторами данной статьи разработаны основные принципы формирования целевой комплексной профилактической программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями для её реализации в пилотных регионах РФ. Первым пилотным регионом для реализации программы рекомендована Кировская область. Этот регион был выбран вследствие определенных характеристик: во-первых, данная область относится к числу достаточно неблагополучных, депрессивных регионов, в котором средняя продолжительности жизни мужчин и женщин ниже средней в РФ, и наблюдается высокий темп депопуляции населения. Во-вторых, в 2007 году сердечно-сосудистые заболевания в общей структуре смертности населения данного региона составили более 60%, что выше среднероссийских – 57%. В-третьих, по данной области доступны данные по объемам финансирования основных программ, направленных на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, что позволило дать экспертную оценку необходимого объема финансирования пилотной программы. Из важнейших характеристик разработанного авторами данной статьи проекта программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний следует выделить следующие:

- продолжительность программы – 5 лет;
- концепция программы основана на комплексном воздействии на основные факторы, определяющие развитие сердечно-сосудистых заболеваний;
- важнейшим принципом ее реализации является социальное партнерство государства, работодателей, работников, медицинских учреждений, общественных организаций и СМИ.

Авторы также определили основные этапы разработки программы, которые, в частности, включают:

1) определение целей и задач программы; основных направлений её реализации;

2) обоснование конкретного комплекса необходимых мероприятий по социальной и медицинской профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, с выявлением реального охвата населения, установление четких временных рамок, в частности, по формированию здорового образа жизни, разработке и созданию эффективной инфраструктуры для качественного повышения уровня здоровья населения, укрепления профилактической медицинской помощи первичного звена;

3) определение необходимого объема финансирования мероприятий программы, бюджетных и внебюджетных источников ее финансирования;

4) оценка социально-экономической эффективности различных вариантов реализации программы;

5) определение целевых показателей реализации программы, в частности, снижение доли и уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в пилотных регионах реализации программы: с 55-60% (в зависимости от региона) до 45-50% в течение 5 лет, увеличение средней продолжительности жизни населения на 3-4 года;

6) определение перечня пилотных регионов для реализации программы.

Проведен экспертный расчет стоимости реализации программы в Кировской области: за 5 лет реализации она составит примерно 8,25 млрд. рублей.

В заключение следует отметить, что в настоящее время в нашей стране осуществляются программы, в той или иной степени направленные на сокращение заболеваемости, инвалидности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В первую очередь – ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007-2011 годы» и приоритетный национальный проект «Здоровье». Тем не менее, по мнению авторов, данные программы имеют один общий недостаток – они не нацелены на комплексную борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями на основе сочетания медицинской и социальной профилактики, что существенно снижает их эффективность. Предлагаемый авторами проект программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является долгосрочным и комплексным, он базируется на теоретическом фундаменте концепции экономики здоровья, подкреплен успешным опытом реализации аналогичных программ в развитых странах. Таким образом, в рамках перехода к активной политике в области здравоохранения существует необходимость и возможность для существенного снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране на основе их комплексной профилактики.

* * *

1. Becker Gary S. Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education, 3rd ed. – Chicago: University of Chicago Press, 1993. - 412 pages.

2. Schultz T.W. Investment in human capital: the role of education and of research. // American Journal of Agricultural Economics, 1971. – № 53(4). – pp. 692-693.

3. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. // The Journal of Political Economy, 1972, № 80(2), pp. 223-255.

4. Culyer Anthony J. and Newhouse Joseph P., editors. Handbook of Health Economics. – The Netherlands: Elsevier B.V., 2000. – 1020 pages.

5. Fuchs V.R. The future of health economics. // Journal of Health Economics, 2000. - № 19. - pp. 145-151.

6. Nissinen A., Berrios X., Puska P. Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. // Bulletin of the World Health Organization, 2001. – № 79(10). – pp. 963-970

Роль человеческого капитала в развитии организации

Прокудин В. А.
Катковский А.Е.

Статья посвящена описанию и оценке человеческого капитала и других нематериальных активов, и их роли в создании ценности организации. Оценка нематериальных активов была проведена с помощью метода, предложенного ведущими зарубежными учеными-экономистами Робертом С. Капланом и Дейвидом П. Нортоном. Ситуация с нематериальными активами рассмотрена на примере организации, специализирующейся на поставках оборудования для электростанций.

Ключевые слова: человеческий капитал, нематериальные активы, стратегическая готовность, организационный капитал

Возрастающее значение нематериальных активов в современном мире

Сегодня ведущие зарубежные компании создают значительную и стабильную стоимость, инвестируя и управляя своими *нематериальными* активами, такими как рабочий персонал, базы данных, информационные системы и технологии, высокотехнологичные процессы, бренд, взаимоотношения с клиентами, инновации и культура компании. Согласно данным, приведенным на рис. 1, в среднем, нематериальные активы составляют до 75% рыночной стоимости зарубежных высокотехнологичных компаний, в то время как средняя величина материальных активов таких компаний (балансовая стоимость) составляет менее 25% ее рыночной стоимости [1].

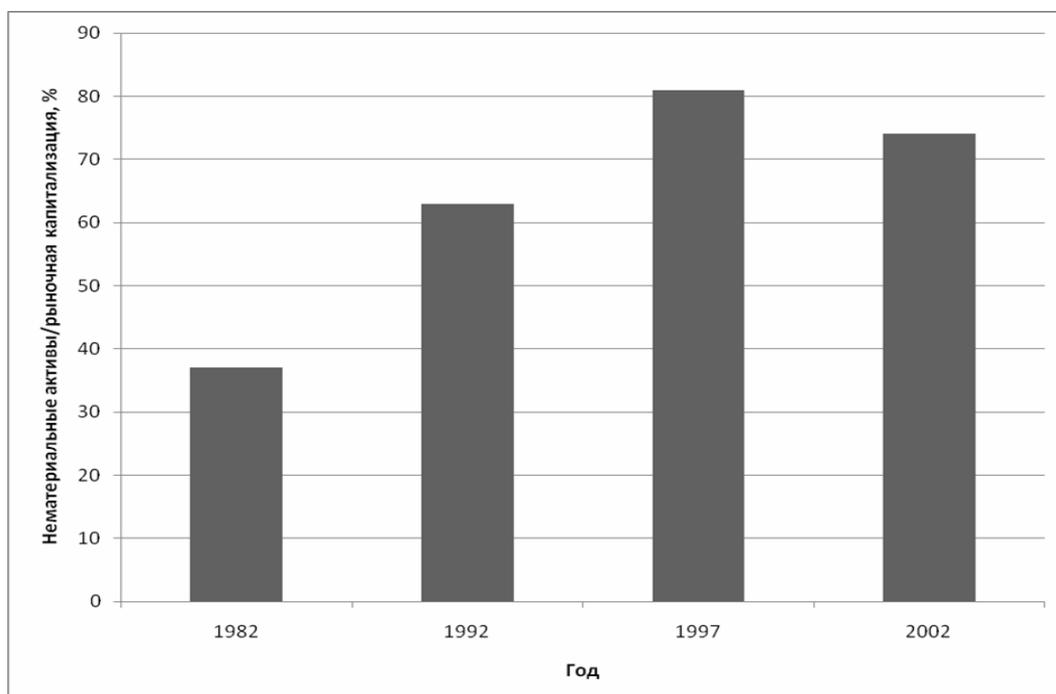


Рис. 1. Значение нематериальных активов (данные заимствованы из [1]).

Такие страны, как Сингапур или Япония, не обладают богатыми природными ресурсами, зато они усиленно инвестируют в развитие своих нематериальных активов, и,

как следствие, имеют значительно больший рост благосостояния и ВВП по сравнению, например, со странами Персидского залива, которые имеют значительные материальные ресурсы, но при этом мало инвестируют в развитие человеческого капитала и новейших технологий. Следовательно, как на макроэкономическом, так и на микроэкономическом уровне нематериальные активы играют решающую роль в долгосрочном создании стоимости.

В России, в связи с падением уровня образования и подготовки кадров в государственных учебных заведениях и с недостатком инвестиций в развитие научно-технической базы, использование нематериальных активов для создания стоимости находится на низком уровне. Частные предприятия не спешат инвестировать в развитие человеческого капитала и высокие технологии, несмотря на то, что их развитие напрямую зависит от наличия квалифицированной рабочей силы и новейших разработок. Такое положение дел в значительной степени тормозит и без того вялое развитие как отдельных предприятий, так и развитие экономики страны в целом.

Описание нематериальных активов

Нематериальные активы описываются как "знание организации, которое создает дифференцированное преимущество" или "способности сотрудников компании удовлетворять запросы клиентов" [1].

В соответствии с действующим положением по бухгалтерскому учету "учет нематериальных активов" (ПБУ 14/2007), нематериальные активы включают в себя произведения науки; изобретения; программы для ЭВМ; полезные модели; селекционные достижения; секреты производства (ноу-хау); товарные знаки и знаки обслуживания.

Создать ценность из нематериальных активов можно только в том случае, если они способствуют достижению поставленных организацией целей и ее стратегии.

Для реализации долгосрочных планов организации особую важность приобретают такие компоненты нематериальных активов, как:

- а) человеческий капитал;
- б) информационный капитал;
- в) организационный капитал.

Отдельно стоит выделить такой компонент, как человеческий капитал в связи со всевозрастающей ролью каждого отдельного работника. Наличие у сотрудника (работника) умений, таланта и ноу-хау для выполнения и оптимизации внутренних бизнес-процессов организации на сегодняшний день является решающим для успеха стратегии организации [1, 2].

Оценка нематериальных активов

Прежде всего, необходимо отметить, что нематериальные активы не должны измеряться такими показателями, как например сумма денежных средств, вложенная в их развитие. Если нематериальные активы соответствуют поставленным организацией целям, то их ценность существенно возрастает по сравнению с затраченными на них средствами. Справедливо и обратное утверждение – если нематериальные активы не соответствуют поставленным целям, даже если в их развитие были инвестированы большие средства, их ценность будет невелика.

Оценить нематериальные активы не просто, в связи с их неосязаемостью, что, однако, не означает, что это в принципе невозможно. В своих исследованиях ведущие зарубежные ученые-экономисты Роберт С. Каплан и Дейвид П. Нортон разработали модель оценки нематериальных активов (см. рис. 2).

Материальные активы выстроены по иерархическому принципу, в соответствии со степенью ликвидности (см. рис. 2). Ликвидный актив – это актив, который может быть легко и быстро обращен в денежные средства по действующей рыночной цене.

Денежные средства и их эквиваленты (например, счета) считаются наиболее ликвидными активами, далее идут материально-производственные запасы, за ними следуют активы длительного пользования (основные средства производства).

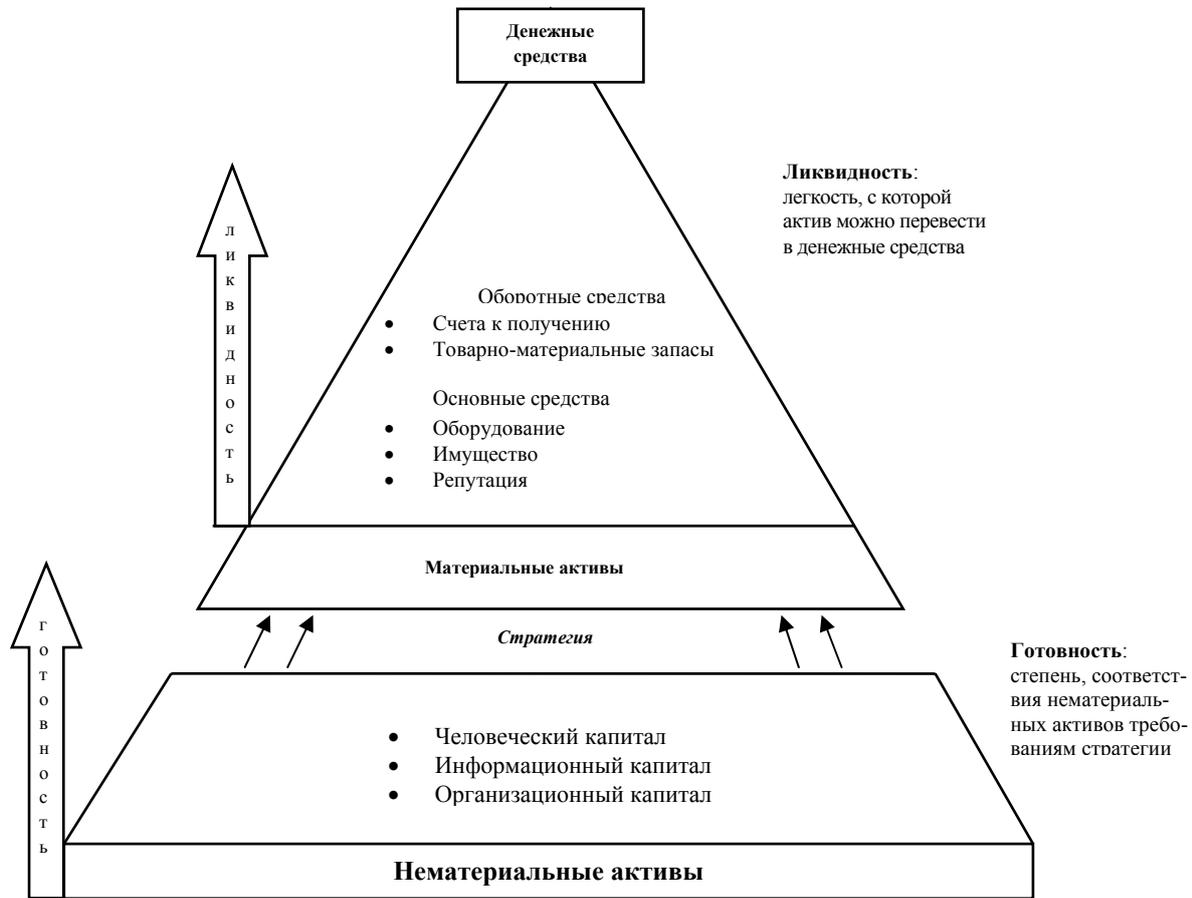


Рис. 2. Модель оценки нематериальных активов [1].

Для описания статуса нематериальных активов и их роли в поддержке стратегии организации, Нортон и Каплан ввели такое понятие, как "стратегическая готовность". Этот показатель является аналогом ликвидности, то есть, чем выше степень готовности, тем быстрее нематериальные активы могут быть обращены в денежные средства.

"Стратегическая готовность" конвертируется в материальную ценность только тогда, когда внутренние бизнес-процессы создают более высокий уровень доходов или прибыли. В финансовом отчете нельзя написать, например, что нематериальный актив "мотивированная и подготовленная рабочая сила" создал такую-то финансовую (материальную) ценность. Материальная ценность может быть определена и получена только в контексте стратегии. В свою очередь, результаты от успешной реализации стратегии компании отражаются в финансовых отчетах в виде повышения роста доходов или создания стоимости для акционеров [1].

Для проведения оценки нематериальных активов Каплан и Нортон предлагают использовать трехуровневую модель "каскад", которая подобна той модели, которую применяют при оценке материальных и финансовых активов.

Первый (верхний) уровень описывает виды активов по степени их ликвидности. Второй уровень представляет собой набор подкатегорий каждого вида активов, описанных на первом уровне. Например "товарно-материальные запасы" можно разбить на подкатегории: сырье, процесс, готовая продукция. Третий уровень описывает спе-

цифические категории (например, организация имеет на своих складах готовой продукции на сумму 5 млн. рублей).

Руководствуясь основными принципами данной модели, можно представить, что первый уровень описывает каждую категорию нематериальных активов: персонал (человеческий капитал), информационный и организационный капитал. Второй уровень описывает, как каждый вид нематериального актива соотносится с внутренними бизнес-процессами организации. Наконец, третий уровень описывает свойства нематериальных активов [1].

В качестве примера применения метода, описанного выше, автором была рассмотрена организация "Точный измеритель" (название организации изменено по требованию высшего руководства), специализирующаяся на поставках энергетического оборудования для электростанций. Для того, чтобы оценить "стратегическую готовность" для произвольного внутреннего бизнес-процесса данной организации, рассмотрим следующую ситуацию. Предположим, что для реализации поставленных целей, сформулированных в ее стратегии, организации требуются 15 инженеров-проектировщиков для поддержки очень важного внутреннего бизнес-процесса "Проектирование АСУ ТП". Компания установила, что необходимым набором знаний и умений обладают лишь 10 человек. Так как для достижения поставленных целей, компании необходимо иметь 15 работников соответствующей квалификации, "стратегическая готовность" человеческого капитала компании для данного бизнес-процесса составляет 67%.

Применив данный метод оценки нематериальных активов, автор исследования произвел оценку человеческого, информационного и организационного капитала организации "Точный измеритель" как трех основных компонентов нематериальных активов.

Оценка человеческого капитала в организации

Как уже было сказано, человеческий капитал как показатель свидетельствует о наличии у сотрудников умений, таланта и ноу-хау для выполнения внутренних бизнес-процессов, представляющих наибольшую стратегическую важность для организации. Результаты оценки нематериальных активов человеческого капитала представлены в таблице 1, разработанной автором с использованием таблицы из [1]. Процесс оценки готовности человеческого капитала начинается с выявления компетенций (см. табл. 1), которые необходимы каждому сотруднику, участвующему в стратегически важных бизнес-процессах организации. После того, как были описаны соответствующие требования, необходимо определить, сколько имеется в организации сотрудников, соответствующих этим требованиям. Эти сотрудники формируют "группы стратегических профессий" (см. табл. 1). "Группы стратегических профессий" – это позиции или должности, на которых работники, обладающие соответствующими компетенциями, могут продемонстрировать наибольшую отдачу [1]. Процесс оценки определяет имеющийся разрыв между реальными возможностями организации по каждой из "групп стратегических профессий" и установленными требованиями и параметрами.

Исследование проводилось в течение длительного периода; штат организации насчитывает около 40 человек. Комментируя полученные результаты, необходимо отметить, что в данной организации нет четко сформулированной стратегии развития. Это не означает, что стратегия отсутствует в принципе, однако многие действия и решения в организации носят скорее оперативный характер, нежели стратегический.

Ключевые специалисты, относящиеся к "группе стратегических профессий", часто совмещают сразу несколько должностей и принимают участие в других бизнес-процессах организации, не относящихся непосредственно к их основной деятельности.

Несмотря на всю хаотичность внутреннего устройства организации, метод оценки готовности нематериальных активов человеческого капитала позволил определить восемь групп стратегических профессий, из них три позиции являются новым.

Таблица 1. Готовность человеческого капитала организации "Точный измеритель"

Стратегические процессы	Инновационный менеджмент		Клиентский менеджмент	Операционный менеджмент		Финансовый менеджмент	Юридические процессы	Кадровые вопросы
	Знать и понимать сегменты рынка	Разработка систем проектирования	Развитие и сохранение клиентской базы	Совершенствование и контроль процесса проектирования	Создание системы качества	Контроль и совершенствование бухгалтерского и налогового учета	Знать и понимать закон и право	Наем, обучение развитие персонала
Группы стратегических профессий	Менеджер по проектам	Инженер-разработчик	Менеджер по работе с клиентами.	Главный конструктор	Менеджер по качеству	Специалист по финансам и бух. учету	Штатный юрист	Специалист по кадрам
Перечень компетенций	<ul style="list-style-type: none"> Знание отрасли Знание рынков Умение вести переговоры Работа в команде 	<ul style="list-style-type: none"> Знание продукта Профессионализм Умение консультировать Член команды 	<ul style="list-style-type: none"> Знание клиентов Умение вести переговоры Умение управлять взаимоотношениями с клиентами Партнерство с клиентом 	<ul style="list-style-type: none"> Знание продукта Умение управлять проектами Умение управлять взаимоотношениями. Умение работать с базами данных 	<ul style="list-style-type: none"> Знание продукта Знание компании Профессионализм 	<ul style="list-style-type: none"> Знание бух. и налогового учета Знание внешне-экономической ситуации Юридические знания Умение проводить фин. анализ. Умение работать с базами данных 	<ul style="list-style-type: none"> Профессионал в своей сфере Знание компании Умение подготавливать документы Умение проводить юридический анализ Наличие арбитражной практики 	<ul style="list-style-type: none"> Знание кадровых вопросов Знание компании Знание трудового кодекса Умение вести кадровый учет Умение консультировать
Необходимое число специалистов	1	2	1	1	1	1	1	1
Число имеющих квалификацию специалистов	1	1	1	1	0	1	0	0
Готовность человеческого капитала	100%	50%	100%	100%	0%	100	0%	0%
Общая готовность человеческого капитала	56%							

Было установлено, что организации необходимо нанять менеджера по качеству. Его отсутствие не означало, что за качеством не было никакого контроля: за создание и ведение системы качества отвечал главный конструктор. Однако это приводило к тому, что один из ключевых процессов организации, за который главный конструктор нес ответственность, оказывался под угрозой торможения и даже срыва, поскольку главный конструктор был вынужден участвовать в другом ключевом процессе.

Помимо менеджера по качеству организации требуется штатный юрист для решения возникающих юридических вопросов. Ситуация со штатным юристом в целом оказалась аналогичной ситуации с менеджером по качеству. В ходе опроса выяснилось, что во всей организации соответствующими знаниями обладает лишь менеджер по проектам и главный специалист по финансам компании. Оба работника принадлежат к группе "стратегических профессий" и, как и в предыдущем случае, были вынуждены отвлекаться от своей основной деятельности.

Специалист по кадрам – это третья позиция, которую необходимо будет заполнить. Несмотря на отсутствие текучести кадров в данной организации, без пристального контроля за кадровой базой организация будет лишена целого ряда преимуществ, которые могут быть получены в результате обучения и развития персонала.

Данный метод предполагает, что успех в реализации поставленной стратегии зависит от относительно небольшой группы сотрудников (часто менее 10%). Работники, которые имеют стратегическое значение для предприятия, должны развиваться в первую очередь. Концентрация средств на развитии этой небольшой группы сотрудников будет способствовать эффективности затрат. Однако это не означает, что все инвестиции в человеческий капитал нужно направлять исключительно на развитие этой группы. В противном случае около 90% сотрудников, чья деятельность не была определена как стратегическая, будут лишены права на развитие и повышение квалификации. Важно всегда помнить, что стратегия – это работа каждого. Следовательно, необходимо учесть деятельность каждого сотрудника, оценить его роль и вклад в успех реализации поставленной стратегии [1].

Роль и вклад отдельного работника в организации

Важным изменением в мировоззрении управленца был пересмотр роли работника в деятельности предприятия. Появление новой философии менеджмента относительно вклада каждого сотрудника в развитие организации явилось результатом сложнейших преобразований информационного века по сравнению с индустриальной эпохой.

На протяжении длительного временного периода рабочие выполняли в основном узкоспециализированные операции. Их нанимали ради того, чтобы они работали, выполняли указания вышестоящего руководства – инженеров и менеджеров. Работник не имел возможности представить свое собственное мнение по утвержденным планам и заданиям.

Благодаря стремительному развитию компьютерной техники и информационных систем, практически весь механический рутинный труд заменен автоматизированными системами. Конкурентная среда постоянно усложняется и становится все более агрессивной. Выполнение одной и той же операции с фиксированной производительностью и эффективностью не только не позволяет компании развиваться и двигаться вперед, но может привести ее к поражению в борьбе с более продвинутыми конкурентами.

Для успешного развития компания должна как можно чаще обращаться к тем, кто принимает непосредственное участие в выполнении тех или иных операций и процессов. Именно у этих людей возникают идеи, позволяющие существенно повысить эффективность и конкурентоспособность компании.

Хотя кадровая политика присутствует практически в любой компании или организации, ее отдача остается по-прежнему достаточно низкой. Несмотря на вкладываемые в развитие персонала средства, вышестоящее руководство зачастую просто не способно разглядеть те возможности и преимущества, которые появляются в процессе проведения кадровой политики [1, 2].

Факторы развития персонала

Исследования ведущих специалистов в области управления показали, что можно выделить три специфических фактора, влияющих на развитие персонала:

1) Повышение квалификации персонала (переобучение персонала)

Переобучение необходимо для того, чтобы сотрудник мог выполнять свои основные функции на самом высоком уровне и вовремя реагировать (или даже предвосхищать) на те или иные вызовы и нужды, связанные с поставленными целями, как во внутренних бизнес-процессах, так и при работе с конечными потребителями.

2) Доступность информации (информационные системы)

Работник должен обладать исчерпывающей информацией о потребителях, внутренних процессах и о финансовых последствиях принятых им решений.

Для работников, которые участвуют во внутренних бизнес-процессах организации, необходимо наличие обратной связи по поводу произведенной продукции или услуги. Имея всю доступную информацию, они смогут вносить соответствующие усовершенствования и постоянно работать над снижением издержек.

Доступность необходимой работнику информации обеспечивает постоянное улучшение всех бизнес-процессов организации.

3) Мотивация работника

Обеспечение всей необходимой информацией и высокая квалификация работника имеют важное значение для успешной деятельности организации. Однако даже такой работник не сможет полностью раскрыть все свои возможности и внести свой вклад, если отсутствует его мотивация и не предоставлена свобода в принятии решений.

Предложения, выдвинутые каждым работником, могут быть источником совершенствования, например, внутренних бизнес-процессов или повышения качества, а также могут быть источником получения экономии.

О том, насколько активно персонал участвует в разработке новых предложений по усовершенствованию деятельности компании, позволяет судить количество выдвинутых предложений на одного работника. Анализ может быть дополнен числом внедренных или принятых предложений.

Очень важно при этом информировать персонал о результатах проведенного анализа. Для этого можно сделать следующее:

- публиковать успешные предложения с целью формирования у работников понимания всей важности происходящего процесса;
- демонстрировать те успехи и выгоды, которые были достигнуты благодаря внедрению таких предложений;
- опубликовать новую схему вознаграждения за успешно внедренные предложения.

В компаниях, менеджеры которых стали анализировать все поступающие предложения и информировать авторов об их дальнейшем развитии, число поданных предложений резко увеличилось, что позволило сэкономить не малые средства.

Также очень важным является и то, насколько цели каждого конкретного работника соотносятся с целями организации [1, 2].

Оценка мотивации работника

Для того, чтобы оценить мотивацию, необходимо выяснить, как смотрит работник на работу, которую он выполняет, с точки зрения ее значимости, в какой степени содержание работы мотивирует работника. В исследованиях, проведенных Ричардом Хакманом и Греггором Олдхемом (о влиянии содержания и значимости работы на мотивацию работника), было предложено измерять мотивированность работы с помощью пяти характеристик [3]:

1) **разнообразие** – количество операций, инструментов или методов, требуемых компетенций, а также использование разных навыков, умений, способностей и талантов;

2) **законченность** – степень видения конечного продукта или услуги;

3) **значимость** – степень влияния выполняемой работы на жизнь и действия других людей внутри и вне организации;

4) **автономность** – степень самостоятельности в выборе целей и средств при выполнении работы;

5) **обратная связь** – показывает, в какой степени само выполнение работы обеспечивает работника информацией о результатах его деятельности и эффективности его усилий (подразумевается, что об этом работник судит сам, а не по замечаниям коллег и руководителей).

Первые три из вышеперечисленных характеристик определяют, насколько важна работа, оставшиеся две – чувство ответственности и информированность о результате выполнения работы. Расчет характеристик производится путем анкетирования испытуемого работника. Каждая из вышеприведенных характеристик сформулирована в виде вопроса, ответом на который служит выставление балла (от одного до семи), характеризующего степень той или иной характеристики.

Пример вопроса:

А.1. Как много **автономности** вы имеете в своей работе? То есть, до какой степени в вашей работе вам разрешено самому решать, как, когда и где выполнять работу?

Ответ: 5.

Для учета совместного влияния всех пяти характеристик на мотивацию работника, Хакманом был разработан **мотивационный потенциальный балл** (МПБ).

Расчет МПБ проводится согласно следующей формуле:

$$МПБ = \frac{Разнообразие + Законченность + Значимость}{3} \cdot Автономность \cdot Обратная\ связь$$

Из формулы видно, что такие показатели как **автономность** и **обратная связь** могут в значительно степени повлиять на МПБ.

В качестве примера произведем расчет МПБ для работы, которую выполняет автор данной статьи.

По мнению автора статьи, характеристики его работы (таблица 2) и МПБ будут иметь следующие значения:

Таблица 2

Значение характеристик работы

Показатель	Значение
Разнообразие	6
Законченность	6
Значимость	5
Автономность	6
Обратная связь	5

$$МПБ = \frac{6+6+5}{3} \cdot 6 \cdot 5 = 170.$$

Для сравнения, средний показатель рекомендованный Дж. Р. Хакманом и Г.Р. Олдохемом составляет (для менеджеров и специалистов) 150 баллов (см. табл. 3). Это говорит о том, что автор данной статьи проявляет достаточно большой интерес к содержанию своей работы и имеет высокую мотивацию.

Таблица 3

Значения средних показателей МПБ по Р. Хакману

	Значение средних показателей		
	Менеджер	Специалист	Средние
Разнообразие	5,6	5,4	4,7
Законченность	4,7	5,1	4,7
Значимость	5,8	5,6	5,5
Автономность	5,4	5,4	4,9
Обратная связь	5,2	5,1	4,9
МПБ	156	154	128

Мотивированный работник, обладающий профессиональными знаниями и умениями, как уже было сказано, должен обладать всей необходимой ему информацией, как о потребителях, так и о внутренних бизнес-процессах. Информационный капитал как нематериальный актив – является не менее значимым для организации, чем человеческий капитал [1, 2, 3].

Информационный капитал: описание и оценка

Основные понятия и описание информационного капитала

Информационный капитал, как и человеческий капитал, является одним из факторов, обеспечивающих успех поставленной стратегии организации. Информационный капитал состоит из систем, баз данных, библиотек, сетей и обеспечивает необходимой информацией и знаниями всех сотрудников организации. Информационный капитал, как и человеческий капитал, имеет высокую ценность только тогда, когда он соответствует поставленной стратегии. Если организация в своей стратегии, например, делает ставку на лидерство своего продукта, то ей потребуется информация для разработки новых товаров или услуг и поддержка процессов развития с помощью таких средств как виртуальное моделирование и CAD/CAM.

Оценка готовности информационного капитала

Перед тем как провести оценку информационного капитала, менеджеры организации "Точный измеритель" должны обеспечить соответствие набора (портфеля) приложений соответствующим стратегически важным процессам. Для этого был проведен опрос ключевых специалистов, относящихся к группе "стратегических профессий, в ходе которого было установлено, какие именно приложения необходимы для эффективного функционирования каждого стратегического процесса. В таблице 4, разработанной автором с учетом таблицы из [1], представлен портфель информационного капитала организации "Точный измеритель".

Из этой таблицы видно, что "стратегическая готовность" информационного капитала организации "Точный измеритель" оказалась на довольно низком уровне. Полученные результаты должны серьезно насторожить руководство данной организации. В соответствии с полученными результатами, организация должна разработать соответствующие программы развития по устранению всех имеющихся разрывов, чтобы избежать серьезных, а главное, ненужных препятствий на пути реализации поставленной стратегии. Для небольших организаций некоторые улучшения в этой области могут создать существенное конкурентное преимущество перед другими организациями.

Преимущества, полученные от соответствия человеческого и информационного капитала стратегии компании, могут быть сведены на нет в случае, если руководители организации не учли необходимость развития своего организационного капитала.

Таблица 4 Готовность информационного капитала организации "Точный измеритель"

Стратегические процессы	Инновационный менеджмент		Клиентский менеджмент	Операционный менеджмент		Финансовый менеджмент	Юридические процессы	Кадровые вопросы
	Знать и понимать сегменты рынка	Разработка систем проектирования	Развитие и сохранение клиентской базы	Совершенствование и контроль процесса проектирования	Создание системы качества	Контроль и совершенствование бухгалтерского и налогового учета	Знать и понимать закон и право	Наем, обучение развитие персонала
Группы стратегических профессий	Менеджер по проектам	Инженер-разработчик	Исполнительн. директор (менеджер по работе с клиентами)	Главный конструктор	Менеджер по качеству	Специалист по финансам и бух. учету	Штатный юрист	Специалист по кадрам
Трансформационные приложения	-	-	-	-	-	Э/В "Учет. Налоги. Право" (3)	-	-
Аналитические приложения	Собственная разработка на базе пакета Microsoft office и Microsoft SQL Server (2)	-	Пакет Microsoft office (2)	Система анализа качества процесса проектирования и продукта (4)	Пакет Microsoft office (2)	Э/В "Учет. Налоги. Право" (3) "Консультант+"(блок финансового консультанта, блок деловых бумаг) (5)	"Консультант "(пакет для юриста) (5) Э/В "Учет. Налоги. Право" (периодическое юр. издание) (5)	"Консультант +" (4) "Кадровый секретарь"(2)
Приложения для обработки транзакций	Собственная разработка на базе пакета Microsoft office и Microsoft SQL Server (2)	Пакет Microsoft office (Microsoft office access) (2) Visual basic(3)	Система управления взаимоотношениями с клиентом (6)	Autocad (2) Система автоматического проектирования (собственная разработка) (4)	Пакет Microsoft office (2)	1С "Бухгалтерия" (2) "Раздельный учет" (собственная разработка на базе 1С "Бухгалтерия) (2)	Пакет Microsoft office (2)	1С "Зарплата и кадры" (2) Пакет Microsoft office (2)
Технологическая инфраструктура	Компьютерная интеграция (6) Телефонная интеграция (2) Интернет (2)	Центральный сервер (4) Центральная база данных (4) Телефонная интеграция (2) Интернет (2)	Компьютерная интеграция (6) Телефонная интеграция (2) Интернет (2)	Центральный сервер (4) Центральная база данных (4) Телефонная интеграция (2) Интернет (2)	Компьютерная интеграция (6) Телефонная интеграция (2) Нормативная База данных (3) Телефонная интеграция (2) Интернет (2)	Компьютерная интеграция (6) Телефонная интеграция (2) Интернет (2)	Компьютерная интеграция (6) Телефонная интеграция (2) Интернет (2)	Компьютерная интеграция (6) Телефонная интеграция (2) база данных персонала (4) Интернет (2)
Готовность информационного капитала	64%	63%	48%	46%	66%	57%	47%	60%
Общая готовность информационного капитала	56%							

Организационный капитал: описание и оценка

Основные понятия и описание организационного капитала

Организационный капитал – это способность компании мобилизоваться и поддерживать процесс изменений, необходимых для реализации долгосрочных планов [1].

Организационный капитал предоставляет возможность согласовать и объединить нематериальные (человеческий и информационный капитал) и материальные (финансовый и физический капитал) активы таким образом, чтобы они слаженно работали на достижение поставленных стратегических целей организации.

Четкого описания организационного капитала не существует. Каждая организация пытается применить свой собственный подход к проблеме развития организационной культуры и морального климата. Нортон и Каплан в своих исследованиях выделили некоторые общие элементы, которые используются в большинстве организаций, где проводились исследования. Они объединили эти компоненты в упорядоченную схему для описания и оценки организационного капитала.

В соответствии с этой схемой, организационный капитал строится на основе четырех компонентов:

1. Культура: знание и интернализация миссии, видения и основных ценностей, необходимых для реализации стратегии.

2. Лидерство: наличие профессиональных лидеров на всех уровнях для мобилизации организации на выполнение стратегии.

3. Соответствие: цели и намерения каждого сотрудника, команды, подразделения согласуются со стратегическими целями организации.

4. Работа в команде: знание, имеющее стратегический потенциал, распространяется по всей организации [1].

Оценка готовности организационного капитала

Нортон и Каплан рекомендуют оценивать хотя бы по одному показателю для каждого компонента. Каждый компонент организационного капитала является необходимой составляющей для успешной реализации поставленной стратегии. Результаты полученные в ходе исследования представлены в таблице 5, составленной с использованием таблицы из [1].

Данный отчет о готовности организационного капитала может послужить неплохой основой для выдвижения соответствующих инициатив по его развитию. Например, для того чтобы ликвидировать разрыв в "стратегической готовности" такого компонента как культура, организация может провести специальные семинары, где будут обсуждаться основные направления деятельности.

Таблица 5

Готовность организационного капитала организации "Точный измеритель"

Компонент организационного капитала	Стратегическая цель	Стратегический показатель	Готовность организационного капитала	
			Задача	Достижение
Культура	Обеспечить осведомленность о миссии организации, ее ключевых ценностях, необходимых для реализации стратегии	Ключевые ценности организации (процент сотрудников, готовых к изменениям в стратегии и приоритетах организации)	70%	43%
Лидерство	Обеспечить наличие высокопрофессиональных лидеров во всех отделах организации.	Разрыв в лидерстве (процент ключевых характеристик, соответствующих или превышающих установленный верхний предел)	90%	95%

РОЛЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА В РАЗВИТИИ ОРГАНИЗИИ

Соответствие	Обеспечить соответствие поставленной стратегии и целям всех отделов организации.	Осведомленность о стратегии организации (процент сотрудников, способных сформулировать стратегические цели и приоритеты организации)	80%	45%
Работа в команде	Обеспечить обмен знаниями между сотрудниками во всех отделах	Обмен лучшим опытом (число удачных проектов в расчете на одного сотрудника)	3	3,7

ВЫВОДЫ

1. Метод Д. Нортон и Р. Каплана позволяет в определенной степени оценить нематериальные активы организации с помощью предложенного ими показателя "стратегической готовности", и привести их в соответствие с поставленной стратегией и стратегическими целями.

2. Метод, предложенный Д. Нортоном и Р. Капланом, лучше всего применяется в более упорядоченных и крупных организациях, имеющих тщательно сформулированную стратегию развития и четкое разделение полномочий. Тем не менее, экстраполяция метода на небольшую организацию, относящуюся к категории малого бизнеса, позволило в определенной степени упорядочить ее внутреннее устройство, что является хорошим достижением, так как такие организации как правило, не обладают значительными материальными активами.

3. Оценка возможностей и вклада каждого сотрудника в создание ценности организации позволяет выявить и использовать ранее неизвестные преимущества.

4. Оценка человеческого, информационного и организационного капитала, как нематериальных активов позволила выявить достаточно большое количество узких мест в исследуемой организации, что дает ей возможность в дальнейшем разработать соответствующие программы развития по устранению всех имеющихся пробелов.

5. Отчеты о стратегической готовности нематериальных активов, прежде всего, человеческого капитала, являются хорошей основой для менеджеров, занимающихся разработкой программ развития и роста организации.

* * *

1. Каплан Роберт С, Нортон Дейвид П. К20 Стратегические карты. Трансформация нематериальных активов в материальные результаты / Пер. с англ. – М.: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2005. – 512 с: ил. ISBN 5-901028-96-1.

2. Каплан Роберт С, Нортон Дейвид П. К20 Сбалансированная система показателей. От стра-

тегии к действию. – 2-е изд., испр. и доп. / [Пер. с англ. М. Павловой]. – М.: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2008. – 320 с.: ил. ISBN 978-5-963-0139-9.

3. Пономарев И. П. Мотивация работой в организации. – М.: Едиториал УРСС, 2004. – 224 с. ISBN 5-354-00326-1.

АНАЛИЗ ПАРАМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ
В ПЕНСИОННОЙ СИСТЕМЕ РОССИИ

Берг А.А.

В статье рассматриваются нововведения в базовой и страховой частях трудовой пенсии, которые основываются на распределительных принципах. Предполагается значительное увеличение пенсий для граждан старшего возраста. Отмечаются противоречия, связанные, с одной стороны, с возвратом к страховым принципам формирования пенсии, с другой – ограничение их верхнего предела вводит критерий уравнительности для значительной части работающего населения.

Анализируются проблемы, связанные с введением Федерального закона № 56-ФЗ от 30 апреля 2008 года «О дополнительных страховых взносах на накопительную часть трудовой пенсии и государственной поддержке формирования пенсионных накоплений».

Делается вывод о необходимости развития существующего законодательства, в том числе модернизации страховой накопительной пенсионной системы.

Ключевые слова: трудовые пенсии, софинансирование пенсионных накоплений, модернизация страховой накопительной пенсионной системы.

Накопительное пенсионное страхование (обязательное и добровольное) является, как известно, не самым главным элементом пенсионной системы, поэтому определение вектора его дальнейшего развития требует рассмотрения и оценки нововведений в подсистемах базовой и страховой частей трудовой пенсии, которые основываются на распределительных принципах.

Так, устойчивая тенденция старения населения страны привела в 2000 году численность наемных работников и получателей трудовых пенсий к соотношению 1:1,7, а к 2030 г. это соотношение, по прогнозам, сравняется. Субсидиарная ответственность федерального бюджета по обязательствам Пенсионного фонда России уже сейчас вынуждает государство постоянно увеличивать прямые бюджетные трансферты для поддержания сбалансированности бюджета ПФР, сокращая расходы по другим позициям. В долгосрочном периоде при неизменности базовых параметров пенсионной системы доля средств федерального бюджета в расходах на распределительную часть к 2020 г. составит 66%, после 2040 г. – около 80%, что органично приведет к исчезновению страховой пенсионной системы и фактически реанимирует социалистическую модель государственного пенсионного обеспечения [3].

В то же время принимаемые правительством меры по корректировке дефицита обязательств-поступлений носили за прошедшие годы пенсионной реформы бессистемный характер и не приводили к ожидаемым результатам. Например, поспешное и малообоснованное снижение размера ЕСН значительно уменьшило доходную часть бюджета ПФР, но не увеличило налоговых поступлений и не вывело зарплату «из тени». В сложившейся ситуации, возможно, с целью сбалансировать бюджет ПФР, государство лишило права на накопительную часть трудовой пенсии наиболее заинтересованный в ней контингент застрахованных лиц.

Такие резкие параметрические изменения на начальном этапе пенсионной реформы свидетельствуют об отсутствии концепции действий и системных просчетах разработчиков этих изменений. Этот вывод подтверждается и неоправданно длительным затягиванием принятия законов о профессиональном пенсионном страховании для льготных категорий трудящихся, фактическим отсутствием охвата пенсионным страхованием занятых в сельском хозяйстве и на предприятиях малого и среднего бизнеса и другими изъянами поспешно принятой пенсионной модели, построенной преимущественно на уравнительно-распределительных принципах.

В итоге прошедших семи лет пенсионной реформы повышение размера пенсий продолжает оставаться наиболее острой проблемой. Минимальная величина международного стандарта коэффициента замещения определена в размере 40% от заработной платы, однако пенсии россиян составляют менее четверти размера средней заработной платы, которая в несколько раз меньше средней заработной платы в европейских странах.

Чтобы сгладить назревающий пенсионный кризис, правительство принимает все возможные административные меры по «расшивке узких мест», давно существовавших в законодательстве, изысканию возможности повышения пенсий для работающих и неработающих пенсионеров, военных и госслужащих. Так, прошел первое чтение в Государственной Думе РФ закон об автоматическом перерасчете пенсий с 1 июля 2009 г. с учетом поступивших страховых взносов. Теперь не нужно будет каждый год писать заявление о перерасчете и стоять в очереди, чтобы его подать. Военные и госслужащие, вышедшие на государственную пенсию и продолжающие работать, наконец-то получили право (июль 2008 г.) на получение страховой части трудовой пенсии из расчета страховых взносов в ПФР, которые уплачивались с 1 января 2002 г., но не влияли на размер получаемых ими пенсий.

Помимо регулярных индексаций базовой и страховой частей трудовых пенсий, осенью 2008 года был принят ряд дополнительных мер, направленных на повышение размера пенсий в средне- и долгосрочном периоде. В начале октября 2008 г. на заседании правительства были озвучены планы значительного увеличения трудовых пенсий в 2009-2010 гг. В составе Концепции долгосрочного социально-экономического развития России до 2020 г. правительство представило для обсуждения детальную программу увеличения размера пенсий, прежде всего, для граждан пенсионного и предпенсионного возраста.

Так, крупные и значимые изменения по увеличению размера пенсий предстоят для граждан, отработавших по 40 лет и больше. Их пенсии будут проиндексированы на 10 процентов с 1 января 2010 г. и, кроме того, за каждый год стажа, заработанного до 1991 г., будет добавляться по одному проценту дополнительной индивидуальной индексации. Таким образом, доходы пенсионеров старшей возрастной группы значительно возрастут (максимально до 1,5 раз). С 2015 г. планируется ежегодно на 6 процентов увеличивать размер пенсий лицам, выработавшим стаж 30 лет, что предположительно можно считать компенсацией будущего роста инфляции.

В целях реализации предлагаемых новаций был определен единственно возможный в современных условиях финансовый источник – повышение пенсий за счет увеличения налоговой нагрузки на бизнес, а именно: повышение ЕСН с 26 до 34 процентов, преобразуемого с 1 января 2010 года (дата перенесена на 01 января 2011 г.) в страховые платежи в три фонда: пенсионный, социального и медицинского страхования (26; 2,9; 5,1 процентов соответственно).

Обязательные страховые платежи в Пенсионный фонд России составят 26 процентов ФОТ и будут взиматься до размера годовой зарплаты одного работника, равной 415 тысячам рублей. Превышение зарплаты над этим уровнем страховыми взносами не облагается. Данное ограничение вводится вместо действующей регрессивной шкалы ЕСН.

Таким образом, происходит возврат к системе страховых взносов, действовавшей до введения ЕСН, который очень быстро был понижен на 10 процентов, что привело к образованию «незаживающей раны» в бюджете ПФР, а к 2050 г. обеспечило бы превращение пенсионного страхования в госбюджетную систему. Возврат к прежним масштабам налоговой нагрузки явился ожидаемым и необходимым для значительного повышения пенсий нынешним пенсионерам. Речь идет об увеличении номинального размера пенсии в два раза, но в реальном исчислении пенсия увеличится существенно меньше, что неизбежно приведет к постановке вопроса об увеличении ее реального содержания, т.е. сохранения покупательной способности.

Вместе с тем, введение ограничения на социальные платежи (34% с заработной платы до 415 тыс. руб.) фактически определяет максимальный размер пенсии в обязательном пенсионном страховании. Следовательно, с одной стороны, обеспечивается возврат к страховым принципам формирования пенсии, с другой – ограничение верхнего предела пенсии вводит критерий уравнительности для значительной части работающего населения. Столь явные противоречия, возникающие при определении верхнего предела пенсии, несомненно, вызовут оживленные дискуссии среди специалистов наряду с опасением, что в подобных финансовых условиях достижение к 2020 году 40-процентного коэффициента замещения вряд ли возможно.

Программа государственного софинансирования добровольных пенсионных накоплений также не сможет помочь в решении этой проблемы. С 1 октября 2008 года вступил в силу Федеральный закон от 30 апреля 2008 г. № 56-ФЗ «О дополнительных страховых взносах на накопительную часть трудовой пенсии и государственной поддержке формирования пенсионных накоплений», согласно которому все граждане получили возможность добровольно из своего заработка или других доходов вносить дополнительные взносы в Пенсионный фонд России на накопительную часть трудовой пенсии. В этом случае государство обязалось добавлять к этим взносам из бюджета равную сумму средств, но не более 12 тысяч рублей в год. Для работников, достигших пенсионного возраста, но отложивших оформление пенсии и продолжающих трудиться, бюджетная добавка к пенсии установлена в четыре раза выше, но не более 48 тысяч рублей в год. Перечисление взносов в соответствии с законом началось с 1 января 2009 г.

Работодатели также одновременно с государством на паритетных началах могут участвовать в софинансировании будущих пенсий своих работников. Юридические лица при этом получают некоторые налоговые льготы.

Большинство населения, однако, с недоверием отнеслось к новой правительственной инициативе. По результатам обследования, проведенного ВЦИОМ, лишь 5% от числа опрошенных «безусловно, будут» участвовать в дополнительном софинансировании пенсий, ответ «скорее буду» дали 18% респондентов. В то же время 51% опрошенных не собирается участвовать в предлагаемом мероприятии («скорее не буду» - 29%, «безусловно, не буду» - 22%), остальные 26% опрошенных затруднились ответить [2].

По разным оценкам специалистов, в перспективе до 2020 г. число участников софинансирования пенсионных накоплений составит от 5 до 20 процентов занятых в экономике, то есть круг участников данного мероприятия не затронет большую часть населения, и к этому есть серьезные основания.

Так, если дополнительные взносы работника составят не менее 12 тысяч рублей в год, за 10 лет «софинансирования» можно получить от государства 120 тысяч рублей. В этом случае на лицевом счете гражданина накопится 240 тысяч рублей. При ожидаемом периоде выплаты пенсии, равном 228 месяцам, ежемесячная прибавка к будущей пенсии составит немногим более 1000 руб. в сегодняшних ценах. Однако инфляция значительно уменьшит ее покупательную способность, если добровольными взносами работников будет по-прежнему распоряжаться государственная управляющая компания.

Очевидно, что предложенные государством возможности не смогут решить основной проблемы пенсионной реформы – обеспечение приемлемого размера пенсий через дополнительные добровольные взносы граждан даже на паритетных началах с государством. Вероятно, по этой причине закон предусматривает также возможность участия в программе софинансирования работодателей, что могло бы оказаться чрезвычайно привлекательным и стать некоторой альтернативой корпоративным пенсионным системам, получившим широкое распространение и сформировавшим, по сути дела, современную накопительную пенсионную систему России.

На первый взгляд, это так и есть, тем более что взносы работодателя в размере 12 000 руб. в год освобождаются от налогообложения. Однако этот аргумент оказывается не самым важным. Гораздо серьезнее для работодателя потери, которые он понесет, включившись в финансирование этой программы.

Во-первых, накопительная часть взносов работодателя уйдет со временем в резервный фонд ПФР, так как пенсия рассчитывается исходя из срока дожития пенсионера, равного 19 годам, но далеко не все смогут его полностью использовать. Большая часть работников успеет оформить трудовую пенсию, потеряв тем самым право на ее наследование.

Во-вторых, работодатель лишается возможности использовать в своих интересах огромный инвестиционный ресурс, который сам же и формирует.

В-третьих, работодатель, включаясь в систему добровольного пенсионного страхования (ДПС), оказывается абсолютно бесправным, теряет функцию управления и персоналом, и финансовыми потоками, и самим НПФ (если он еще и учредитель, а не только вкладчик).

Перечисленные недостатки участия работодателя в системе добровольного пенсионного страхования полностью отсутствуют в корпоративных пенсионных системах:

работодатель действует в условиях оформленных гражданско-правовых отношений с НПФ (т.е. по договору) в отличие от участия в ДПС;

работодатель пенсионными взносами распоряжается в соответствии с условиями коллективного договора, которые могут быть весьма гибкими и разнообразными;

участник пенсионной программы работодателя имеет возможность распоряжаться размером и сроком выплаты своей пенсии, а также передавать по наследству неиспользованный остаток пенсионных средств;

работодателю всегда интереснее и выгоднее работать с рыночными структурами (эффективнее, быстрее, понятнее, а главное, с максимальным учетом интересов работодателя и работника), тем более что НПФ выплачивает не только пожизненные пенсии, но и срочные.

Следовательно, участие работодателей в системе ДПС противоречит их базовым интересам, которые и вызвали к жизни существование корпоративных пенсионных систем. Вместе с тем, сохранится актуальность участия в ДПС для некоторой части работников. Даже если их число составит 10 процентов от числа занятых, предоставленная государством возможность увеличения размера пенсий будет иметь большое значение. Но прежде, чем реализовывать предоставленные возможности, государству, в лице Пенсионного фонда России, предстоит продолжить проработку закона о софинансировании технологически. Так, в экспериментальном порядке была предпринята попытка 1 октября 2008 года, в указанный в законе срок подачи заявлений, подать эти заявления 10 (десятью) застрахованными лицами в 5 (пяти) отделениях ПФР и прояснить порядка десяти вопросов, ответы на которые необходимы для понимания своих прав и процедуры взаимодействия с ПФР. Оказалось, что к столь «бесцеремонной» попытке реализации гражданами законных прав работники отделений ПФР не готовы. Конечно, со временем существующие вопросы будут сняты, а технологические проблемы урегулированы. Тем не менее, результат проведенного эксперимента достаточно красноречив.

Со временем причины малой заинтересованности населения в ДПС будут становиться все более очевидными и вызовут дискуссию о необходимости увеличения размера софинансирования государством пенсий по крайней мере до 50 000 руб. в год. Это будет вызвано объективными причинами, связанными со значительным увеличением в ближайшем будущем заработной платы работников и размера их пенсий.

Однако наиболее существенным вопросом пенсионного содержания Концепции социально-экономического развития России до 2020 г., являются пропорции распределения страхового тарифа между различными частями трудовой пенсии (базовой, страховой и накопительной).

Сохранятся ли существующие сегодня части трудовой пенсии или число их сократится? Например, будут ли объединены базовая и страховая части пенсии, какая часть страхового пенсионного взноса будет предусмотрена на их финансирование, а какая будет формировать накопительную часть трудовой пенсии? Как будут обеспечиваться гарантии сохранности и прироста пенсионных накоплений? Ответы на подобного рода вопросы станут основными характеристиками модернизации существующей пенсионной системы и определяют весьма существенные изменения в пенсионном законодательстве.

Особенно актуален вопрос, насколько увеличится финансирование накопительной части трудовой пенсии. Большинство специалистов считают необходимым ее укрепление, так как в условиях демографического кризиса в максимально возможной степени необходим переход к страховым принципам формирования обязательного пенсионного страхования, которые в полной мере могут быть реализованы только в накопительной части трудовой пенсии. Следовательно, возникает острая необходимость законодательного оформления накопительных трудовых пенсий как самостоятельного вида обязательного пенсионного страхования.

Именно с этой целью в дополнение к существующему законодательству, рассматриваемому формированию на распределительных принципах базовой и страховой (условно-накопительной) частей трудовой пенсии, предложен для обсуждения проект законодательства, посвященного модернизации страховой накопительной системы, который включает пять законопроектов прямого действия: «О накопительном пенсионном страховании», «О накопительных пенсионных фондах», «О добровольном накопительном пенсионном страховании», «О трудовом накопительном пенсионном страховании», «О профессиональном и территориальном накопительном пенсионном страховании» [1].

В этих предложениях отразились новые подходы к формированию накопительной пенсионной системы России, которые появились в последние годы у специалистов по пенсионному делу. Кроме предложений по перестройке системы обязательного пенсионного страхования и уточнения функций НПФ, осуществляющих в соответствии с представленными проектами законов все виды накопительного пенсионного страхования, законопроекты предлагают и существенное уточнение положений о добровольном пенсионном страховании с фиксацией важных для участников процедурных вопросов. Разработанная система законопроектов в случае ее принятия позволит закрыть большое количество пробелов в нормативных актах о добровольном и обязательном накопительном пенсионном страховании, скопившихся за пятнадцать лет деятельности НПФ

* * *

1. Накопительное пенсионное страхование. Проект законодательства / Под общ. ред. А.А. Берга. – М.: Информ-Экон, 2005.

2. Российская газета, 23 апреля 2008 г. С.3

3. Соловьев А.. Прогнозирование модели обеспечения долгосрочной финансовой устойчивости ПФР. – // Пенсионные фонды и инвестиции, – № 5 (29) – 2006. С.51.