

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА

Здоровье граждан как национальное
достояние: обеспечение конституционных
гарантий и вопросы бюджетного финансирования
на примере Владимирской области

Издание Государственной Думы
Москва • 2014

УДК 614.2:005.915
ББК 51.1(2)+65.495
3.46

Автор-составитель

О. К. Красильникова, член Комитета Государственной Думы
по охране здоровья

3.46 **Здоровье** граждан как национальное достояние: обеспечение конституционных гарантий и вопросы бюджетного финансирования на примере Владимирской области. – М.: Издание Государственной Думы, 2014. – 80 с.

УДК 614.2:005.915
ББК 51.1(2)+65.495

СОДЕРЖАНИЕ

Обращение к читателям	4
Право на здоровье как конституционное право граждан. Краткий обзор российского и международного законодательства	6
Владимирская область – сравнительный анализ качества жизни субъекта Российской Федерации	12
Демографические показатели Владимирской области на фоне выхода из кризиса. Проблемы и перспективы	21
Система здравоохранения Владимирской области. Принципы организации и анализ отдельных направлений	31
Женское здоровье и проблемы материнства. Аспекты международного права и положение дел в Российской Федерации	43
Социально значимые заболевания и заболевания, представляющие опасность для окружающих. Текущая ситуация и перспективы борьбы с проблемой	54
Региональные расходы на здравоохранение Владимирской области. Сравнительный анализ бюджетных данных	64
Государственно-частное партнёрство. Перспективы развития на примере Владимирской области	72

Уважаемые читатели!



В XX веке Россия стала одним из первых государств в мире, конституционно закрепившим право собственных граждан на здоровье и здравоохранение. С простого введения должности наркома по здравоохранению в 1919 году, Конституции СССР и Российской Федерации последовательно расширяли формулировки этого права и гарантии его государственной защиты и исполнения.

Право на здоровье всегда носило характер более широкий, чем просто строительство и функционирование бесплатных больниц, о чём прямо и косвенно свидетельствуют многочисленные международные акты и декларации. Для

Российской Федерации, согласно статье 7 Конституции Российской Федерации, являющейся социальным государством, «политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека», в котором труд и здоровье людей охраняются в конституционном порядке, вопросы защиты и обеспечения права на здоровье выглядят особенно актуальными.

Регион, который стал предметом анализа в настоящей работе, по праву считается одним из корневых, основополагающих элементов в истории России как государства, ярким и наглядным примером реального положения дел в социальной сфере европейской части России.

Для сравнения и анализа были взяты ближайшие к Владимирской области регионы – Ярославская, Ивановская, Рязанская и Московская области. Примечательно, что в прошлом территории этих областей входили в состав исторической Владимирской губернии – третьего по уровню промышленного развития региона дореволюционной России.

Сегодня социально-экономические показатели области далеки от идеальных. Последствия экономического спада, эпохи преобразований и реформ негативным образом сказались на положении дел в регионе, однако статистические данные свидетельствуют о постепенном формировании положительных тенденций.

Оптимизация финансирования здравоохранения за счёт альтернативных средств, внедрение экономически эффективных механизмов государственно-частного партнёрства, исследованные в настоящей работе, свидетельствуют о понимании экономических реалий и перспектив действующим руководством региона.

Администрации Владимирской области предстоит преодолеть ряд серьёзных проблем и найти ответ на такие острые вызовы глобального характера, как демографический кризис, в котором находится большинство субъектов Центрального федерального округа, распространение

ряда социально значимых и социально-опасных заболеваний, высокая смертность мужчин трудоспособного возраста.

Отдельной острой проблемой региона является серьёзный дефицит медицинских кадров – по этому показателю Владимирская область находится на одном из первых мест в негативной статистике.

Особое внимание в работе уделяется аспектам регионального законодательства и механизмам реализации государственных программ в области здравоохранения и демографии, нюансам международной трактовки права на здоровье и данным международных и независимых исследований состояния дел в сфере защиты здоровья граждан в Российской Федерации в целом и во Владимирской области в частности.

О. К. Красильникова,

член Комитета Государственной Думы
по охране здоровья

Право на здоровье как конституционное право граждан. Краткий обзор российского и международного законодательства

Вопросы защиты здоровья граждан в системе государственного законодательства, по мнению историков права, прослеживаются с древнейших времён.

Уже древневавилонский свод законов Хаммурапи предусматривал изоцирённую систему наказаний за причинение ущерба здоровью, рассматривая по отдельности каждый случай – будь то выбитый глаз, сломанный зуб или причинение врачом вреда пациенту, а римское право ограничивало дееспособность лица по причине постоянного или временного нарушения здоровья.

Однако право на здоровье, в понимании его как права личности, в контексте прав человека – исключительная прерогатива XX века.

Несмотря на то, что ряд исследователей выводит становление права на здоровье то из Декларации независимости США, гласящей, что «все люди созданы равными и наделены Творцом определёнными неотчуждаемыми правами, к числу которых относятся жизнь, свобода и стремление к счастью» или отсылают к Декларации прав человека и гражданина 1789 года, полагающей целью «всякого политического союза – обеспечение естественных и неотъемлемых прав человека» и считавшую таковыми «свободу, собственность, безопасность и сопротивление угнетению», ни одна из этих и других известных юридических деклараций, вроде Хартии вольностей или Билля о правах, не содержит ни одного упоминания о праве на здоровье.

Вплоть до окончания Второй мировой войны и подписания в 1948 году Всеобщей Декларации прав человека, право человека на здоровье не фигурировало в международном праве и вовсе не являлось очевидным. Также это право до начала XX века не фигурировало ни в одной конституции.

За исключением Конституции Веймарской Республики 1919 года¹, относящей вопросы здравоохранения, попечения о материнстве, младенчестве, детстве и юности и политики народонаселения к компетенции имперского Законодательства, пожалуй, единственным примером конституционного регулирования вопросов защиты здоровья граждан остались первые конституции Союза Советских Республик.

В частности, Конституция СССР 1924 года закрепляла в составе Советов народных комиссаров республик обязательную должность наркома здравоохранения², а Конституция СССР 1936 года предусматривала для всех граждан СССР право на материальное обеспечение в случае болезни и потери трудоспособности, которое, в частности, «обеспечивается широким развитием социального страхования рабочих и служащих за счёт государства, бесплатной медицинской помощью трудящимся, предоставлением в пользование трудящимся широкой сети курортов»³.

¹ Конституция Германской Империи (11 августа 1919 г.). Ст. 7 п. 8.

² Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик. Принята II Всесоюзным съездом Советов 31 января 1924 года. Ст. 67.

³ Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик (утверждена постановлением Чрезвычайного VIII Съезда Советов Союза Советских Социалистических Республик от 5 декабря 1936 года). Ст. 120.

По мнению ряда исследователей, именно эти конституции оказали существенное влияние на формирование и закрепление прав второго уровня и признание концепции социального государства целым рядом стран.

На сегодняшний день право на охрану здоровья регламентируется конституциями таких европейских стран, как Греция («государство заботится о здоровье граждан и принимает специальные меры, направленные на защиту молодости, старости, инвалидности, а также на помощь нуждающимся»)⁴, Бельгия (гарантирует «право на социальное страхование, охрану здоровья, социальную, медицинскую и юридическую помощь»)⁵, Нидерланды («государственные органы обязаны принимать меры по защите здоровья населения»)⁶.

В Конституции Испании право на охрану здоровья признаёт ст. 43. В ней же к ведению государственных властей относится организация общественного здравоохранения и руководство им посредством проведения профилактических мер, а также необходимых услуг и помощи. Закон устанавливает соответствующие права и обязанности⁷.

Право на охрану здоровья в Конституции Португалии закреплено отдельной статьёй, которая представляет собой, пожалуй, пример наиболее полного и исчерпывающего подхода к вопросам организации здравоохранения в европейском законодательстве.

Статья 64 Конституции Португальской Республики не только декларирует всеобщее право граждан на охрану здоровья, но и прямо предписывает: «Все... обязаны его охранять и укреплять». Это конституционное право реализуется в Португалии не только «через универсальную общенациональную службу здравоохранения и, принимая во внимание материальное и социальное положение граждан, в основном на бесплатной основе»⁸, но и «путём создания экономических, социальных, культурных и экологических условий, обеспечивающих защиту детей, молодежи и престарелых, и путём систематического улучшения условий жизни и труда, содействия физической культуре и спорту в учебных заведениях и в обществе в целом, а также путём развития санитарного просвещения и практики здорового образа жизни».

Далее авторы Конституции Португалии изложили подробным образом обязанности государства, которое обязуется:

- а) гарантировать право всех граждан, независимо от их материального положения, на профилактическое обследование, лечение и последующее восстановление здоровья;
- б) обеспечить рациональное и эффективное размещение медицинских учреждений и персонала по всей стране;
- с) ориентироваться на социализацию расходов на здравоохранение и фармацевтику;

⁴ Конституция Греции (Греческой Республики) от 11 июня 1975 г. Ст. 21.

⁵ Конституция Бельгии от 17 февраля 1994 года (консолидированный текст). Ст. 2.

⁶ Конституция Королевства Нидерландов от 17 февраля 1983 года. Ст. 22.

⁷ Испанская Конституция. Перевод Пере Романа. Посольство Королевства Испании в Российской Федерации, 1995 («Boletín Oficial del Estado», № 311, от 29 декабря 1978 года). Ст. 43.

⁸ Конституция Португальской Республики от 2 апреля 1976 года. Ст. 64.

д) упорядочить и контролировать предпринимательскую и частную деятельность в области медицины, объединяя её с национальной службой здравоохранения с тем, чтобы обеспечить как в государственных, так и в частных учреждениях здравоохранения адекватные стандарты эффективности и качества;

е) упорядочить и контролировать производство, торговлю и использование химических, биологических и фармацевтических изделий и других средств лечения и диагностики⁹.

Не менее пристально и детально вопросы здравоохранения представлены в Основном Законе Республики Болгарии:

«1) Граждане имеют право на здравоохранение, гарантирующее им доступную медицинскую помощь, и на бесплатное медицинское обслуживание при условиях и в порядке, установленных законом.

2) Охрана здоровья граждан финансируется из средств государственного бюджета, работодателями, за счёт личных и коллективных взносов по социальному страхованию и из других источников при условиях и в порядке, установленных законом.

3) Государство заботится о здоровье граждан и поощряет развитие спорта и туризма.

4) Никто не может принудительно подвергаться лечению и санитарным мерам, кроме случаев, предусмотренных законом.

5) Государство осуществляет контроль за работой всех медицинских учреждений, а также за производством лекарственных средств, биопрепаратов, медицинского оборудования и за торговлей ими»¹⁰.

В статье 32 Конституции Италии: «Республика охраняет здоровье как основное право индивида и интерес общества и гарантирует бесплатное лечение для неимущих»¹¹.

В то же время целый ряд конституций стран старейших государств Европы никак не регламентирует вопросы здравоохранения. В Своде основных законов Великобритании нет ни одного прямого упоминания о праве на охрану здоровья, нет такой нормы в конституциях Ирландии, Швеции, Королевства Дании и Французской Республики.

В Конституции Федеративной Республики Германии право на охрану здоровья не упомянуто прямо, однако вопросы допуска к враческим и медицинским профессиям и врачебной деятельности, обращение с лекарствами, лечебными средствами, хозяйственное обеспечение больницы и установление тарифов, а также сфера борьбы с эпидемиями и эпизоотическими заболеваниями отнесены к компетенции федерального законодательства.

Отсутствие норм и положений относительно здравоохранения в конституциях одних стран и пристальное внимание к этим вопросам в других становится вполне объяснимым при сопоставлении хронологических дат создания этих документов и наглядно свидетельствует об изменениях в нормах общественной мысли в послевоенный период.

⁹ Конституция Португальской Республики от 2 апреля 1976 года. Ст. 64.

¹⁰ Конституция Республики Болгарии. Принята Великим Народным Собранием 12 июля 1991 года. Ст. 52.

¹¹ Конституция Итальянской Республики от 22 декабря 1947 года. Ст. 32.

Так, в «старых» европейских государствах, не претерпевших изменений социального и государственного устройства после Второй мировой войны, права второго уровня, такие как право на здоровье, отсутствуют как норма не по причине безразличия этих государств к вопросам здоровья граждан, а скорее, потому, что нормы этого права были признаны мировым сообществом в более поздний, послевоенный период.

Конституции, созданные после 1960-х годов уделяют вопросам здравоохранения самое пристальное внимание, тогда как конституции предвоенного периода, за редким исключением упомянутых выше Веймарской Конституции и Конституций СССР 1924 и 1936 годов, не фиксируют нормы права граждан на здоровье.

По мнению авторов документа «Право на здоровье. Изложение фактов № 31» Управления Верховного комиссара Организации Объединённых Наций по правам человека, «каждое государство ратифицировало, по крайней мере, один международный договор по правам человека, в котором признаётся право на здоровье»¹².

В современном мире право на здоровье является основополагающим правом человека и неотъемлемой частью понимания того, что считается достойной жизнью¹³.

Впервые в международном контексте право на здоровье было озвучено в 1946 году в Уставе Всемирной организации здравоохранения. В преамбуле этого документа говорится, что «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов.

Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения»¹⁴.

Следующим международным документом, закрепившим право на здоровье в качестве общепризнанной нормы, стала Всеобщая Декларация прав человека – документ, который Элеонора Рузвельт называла «Великой хартией вольностей всего человечества».

Статья 25 Всеобщей Декларации прав человека 1948 года прямо указывает на то, что «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам»¹⁵.

Напомним, что, несмотря на очевидно декларативный характер этого документа, именно Декларация прав человека 1948 года стала осно-

¹² «Право на здоровье. Изложение фактов № 31». Всемирная организация здравоохранения. Управление Верховного комиссара Организации Объединённых Наций по правам человека. United Nations, Geneva, December 2008, ISSN 1014–5575. Стр. 2.

¹³ «Право на здоровье. Изложение фактов № 31». Всемирная организация здравоохранения. Управление Верховного комиссара Организации Объединённых Наций по правам человека. United Nations, Geneva, December 2008, ISSN 1014–5575. Стр. 2.

¹⁴ Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Стр. 1.

¹⁵ Всеобщая Декларация прав человека. Ст. 25.

вой Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах принятого резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года.

Этот документ уже является непосредственным руководством к действию для подписавших его стран, и статья 12 Пакта прямо указывает, что «участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья».

Для полного осуществления этого права, Пакт обязывает государства-участники принять меры, необходимые для обеспечения «сокращения смертности и детской смертности и здорового развития ребёнка, улучшения всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности, предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними», а также предписывает «создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни»¹⁶.

Возможно, именно присоединение СССР к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах и его ратификация в 1973 году послужили причиной появления новой статьи в основном законе Советского Союза.

В новой редакции Конституции СССР от 1977 года право на здоровье впервые выделено в отдельную норму. Статья 42 «брежневской» Конституции гласит следующее: «Граждане СССР имеют право на охрану здоровья. Это право обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактических мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды; особой заботой о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развёртыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активной жизни граждан»¹⁷.

Действующая Конституция Российской Федерации сохранила нормы Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, Всеобщей Декларации прав человека и иных норм и актов международного права.

Ст. 7 действующей Конституции провозглашает Российскую Федерацию социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека и заявляет, что «в Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей...»¹⁸.

¹⁶ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года. Ст. 12.

¹⁷ Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик. Принята на внеочередной седьмой сессии Верховного Совета СССР девятого созыва 7 октября 1977 г. Ст. 42.

¹⁸ Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. Ст. 7.

Статья 41 Конституции Российской Федерации целиком посвящена вопросам права на здоровье. Согласно тексту статьи, «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Также «в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию»¹⁹.

Рассматривая вопросы права на здоровье как конституционного права граждан, имеет смысл обратиться к международной и общепринятой трактовке ключевых аспектов этого права.

Упомянутый выше документ ООН «Право на здоровье. Изложение фактов № 31» даёт пояснения, необходимые для правильного понимания проблематики обеспечения права на здоровье в Российской Федерации.

По мнению Всемирной организации здравоохранения и Комиссии по правам человека ООН, «часто право на здоровье ассоциируется с доступом к здравоохранению и со строительством больниц».

Это правильное представление, но право на здоровье имеет более широкий смысл. Данное право сопряжено с самыми разными факторами, способными дать возможность вести более здоровую жизнь. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, несущий ответственность за осуществление надзора за соблюдением Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, даёт определение этим факторам, как «основополагающим предпосылкам здоровья»²⁰.

В число этих факторов, по мнению Комитета, входят, в числе прочих, нормальное питание и адекватное жилище, благоприятные для здоровья условия труда и внешняя среда, адекватные санитарные условия и безопасная питьевая вода, просвещение и информация в области здоровья и равенство полов²¹.

Кроме того, право на здоровье предусматривает возможность пользоваться определёнными правами.

К этим правам Всемирная организация здравоохранения и Комиссия по правам человека относит, в частности, право на систему здравоохранения, «предоставляющую *всем равные* возможности для реализации наивысшего достижимого уровня здоровья», право на «профилактику, лечение и предупреждение заболеваний». Сюда же входят и «*равный и своевременный* доступ к лекарственным средствам первой необходимо-

¹⁹ Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. Ст. 41.

²⁰ «Право на здоровье. Изложение фактов № 31». Всемирная организация здравоохранения. Управление Верховного комиссара Организации Объединённых Наций по правам человека. United Nations, Geneva, December 2008, ISSN 1014–5575. Стр. 3.

²¹ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам ООН, замечание общего порядка № 14 (2000) о праве на наивысший достижимый уровень здоровья.

сти», а также «участие населения в процессе принятия решений в области здоровья на национальном и общинном уровнях»²².

Таким образом, представление очевидного, на первый взгляд, аспекта права на здоровье человека с точки зрения норм международного права способно существенно расширить горизонты проблем, существующих на сегодняшний день в системе российского здравоохранения.

Право на здоровье, как ключевой элемент международной системы защиты прав человека второго поколения, является, как следует из представленного обзора, сложным комплексом разнообразных факторов. Исследование этого комплекса в разрезе соблюдения конституционных норм и положений действующего законодательства Российской Федерации будет проведено в настоящей работе на примере Владимирской области.

Владимирская область – сравнительный анализ качества жизни субъекта Российской Федерации

Для правильного понимания основных проблем развития современной Владимирской области необходимо совершить краткий экскурс в историю этого региона. Древняя столица Северо-Восточной Руси, город Владимир, на протяжении всей истории Российской империи являлся одним из крупнейших центров европейской части страны, а Владимирская губерния являлась одним из ключевых регионов российской промышленности, уступая в промышленном развитии только Московской и Санкт-Петербургской губерниям.

Фабрик и заводов в 1903 году во Владимирской губернии было (не считая горных заводов) 467, с общим числом рабочих до 160 тысяч²³.

Однако в 1929 году, в ходе административной реформы, Владимирская губерния была упразднена и в составе других территорий вошла в состав Ивановской промышленной территории, существовавшей до 1936 года²⁴.

В тот год это административное образование также было упразднено, большинство первых лиц региона расстреляно, а сама Ивановская промышленная область разделилась на Ярославскую и Ивановскую области.

14 августа 1944 года Указом Президиума Верховного Совета СССР на исторических территориях Владимирской губернии была создана Владимирская область в составе РСФСР²⁵, однако в ходе всех этих преобразований регион утратил ключевые промышленные центры.

Переславский район исторических бумажно-ткацких и полотняных промыслов вошёл в состав Ярославской области, текстильные производства Иванова и Шуи оказались в Ивановской области, а чёрная металлургия Выксунского района ушла в подчинение Горьковской (Нижегородской области).

²² «Право на здоровье. Изложение фактов № 31». Всемирная организация здравоохранения. Управление Верховного комиссара Организации Объединённых Наций по правам человека. United Nations, Geneva, December 2008, ISSN 1014–5575. Стр. 4.

²³ Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. Доп. т. I. С. 438–439.

²⁴ Большая российская энциклопедия. – М.: БРЭ, 2006. Т. 5. С. 443. ISBN 5852703346.

²⁵ Указ Президиума ВС СССР от 14.08.1944 об образовании Владимирской области в составе РСФСР.

Таким образом, из исторических промышленных районов Владимирской губернии в области остались только стекольное и хрустальное производство, а основу региона составили преимущественно аграрные территории.

Тем не менее в советский период регион получил значительное индустриальное развитие. Так, новое развитие получил Кольчугинский металлургический завод (ЗАО «Кольчугинский завод цветных металлов»), а продукция металлообработки и машиностроения формирует до 40% промышленного продукта региона²⁶. Основными центрами машиностроения стали Владимир, Ковров, Муром и Кольчугинский район, где расположены моторные, моторо-тракторные, кабельные, насосные и прочие предприятия.

В области развита молочноперерабатывающая и кондитерская промышленность, обеспечивающие до 17% промышленного продукта, а около 7% ВРП обеспечивает стекольное производство²⁷.

Региону катастрофически не хватает собственных энергетических мощностей – примерно 3/4 потребностей региона в электроэнергии покрывается мощностями объединённой энергосистемы других областей.

Такая экономическая структура обеспечивает характерное распределение постоянного населения региона, в котором на долю сельского населения приходится менее 23% от общего числа жителей области²⁸.

Географически Владимирская область граничит с Московской, Рязанской и Нижегородской областями в южной части и Ярославской и Ивановской областями на севере. Учитывая географическую, культурную и экономическую близость этих регионов, в дальнейшем предполагается использовать статистические данные пограничных областей для осуществления сравнительного анализа.

При этом, однако, необходимо учитывать существенный разрыв в экономике этих регионов. Так, журнал «Финанс» составил по данным Росстата на 2006 год сравнительный рейтинг номинальных объёмов валового регионального продукта (ВРП) на душу населения и сравнил эти показатели с размерами ВВП мировых экономик²⁹.

Если по данным Росстата и издания, экономика Московской области была сопоставима с экономикой Сербии (9,46 тыс. USD), а ВРП на душу населения в Ярославской области близок к показателям Бразилии и ЮАР (9,07 тыс. USD), то экономика Владимирской области соответствует Албании (5,9 тыс. USD), а уровень Ивановской области соответствует уровню Гондураса – 3,73 тыс. USD.

Разумеется, в абсолютных цифрах эти данные претерпели существенные изменения, однако в целом тенденции сохранились – по большинству экономических показателей Московская и Ярославская области существенно опережают Владимирскую, а Рязанская и Ивановская – иногда уступают.

²⁶ Валовой региональный продукт по субъектам Российской Федерации в 1998–2010 гг. (рус.) (xls). Росстат.

²⁷ Валовой региональный продукт по субъектам Российской Федерации в 1998–2010 гг. (рус.) (xls). Росстат.

²⁸ По данным ГБУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр».

²⁹ «Финанс» № 27, 2008.

Для проведения качественного сравнительного анализа ситуации в исследуемых регионах мы, разумеется, обратимся к актуальным данным, представленным Федеральной службой государственной статистики по итогам 2013 года, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства регионального развития Российской Федерации, Министерства финансов Российской Федерации, Банка России и рейтинговой интерпретации этих цифр структурным подразделением РИА «Новости» – Рейтинговым агентством «РИА Рейтинг», созданным на базе Центра экономических исследований «РИА-Аналитика».

Приступая к анализу представленных данных, хотелось бы ещё раз напомнить, что согласно Венской Декларации и Программе действий, принятых Всемирной Конференцией по правам человека в Вене в 1993 году, «все права человека универсальны, неделимы, взаимозависимы и взаимосвязаны»³⁰. Это означает, что нарушение права на здоровье зачастую способно ущемить другие права человека, такие как право на образование, или право на труд, и наоборот.

Как следует из «Изложения фактов № 31» Всемирной организации здравоохранения и Верховного комиссара ООН по правам человека, «степень значимости, которая придаётся «основополагающим предпосылкам здоровья», то есть, тем факторам и условиям, которые защищают и обеспечивают право на здоровье, помимо услуг, товаров и учреждений здравоохранения, свидетельствуют о том, что право на здоровье зависит от многих других прав человека и способствует их осуществлению. К таким правам относятся право на питание, на воду, на достаточный уровень жизни, на адекватное жилище, свободу от дискриминации, на частную жизнь, на доступ к информации, на участие в научном прогрессе и на его плоды, а также на использование результатов применения научных достижений»³¹.

В известной степени, реализация этих прав для населения может быть измерена относительно новым показателем, введённым в мировую практику Комиссией Стиглица-Сена-Фитусси по основным показателям экономической деятельности и социального прогресса.

В своём докладе от 14 сентября 2009 года Комиссия предложила использовать показатель «Качество жизни» как критерий экономического развития общества вместо ВВП. Комиссия признаёт, что опора на ВВП может быть обманчива – статистика ВВП говорит об улучшении в экономике, а большинство граждан в повседневной жизни этого не чувствуют. Между ВВП и интересами общества могут быть противоречия – погоня за ВВП может существенно ухудшать экологию, а борьба за экологию приводит к сокращению ВВП³².

Новый показатель оказался востребованным и актуальным способом определения реального положения дел не столько в экономике,

³⁰ Венская декларация и Программа действий. Принята на Всемирной конференции по правам человека, Вена, 25 июня 1993 года. Ч. 1 п. 5

³¹ «Право на здоровье. Изложение фактов № 31». Всемирная организация здравоохранения. Управление Верховного комиссара Организации Объединённых Наций по правам человека. United Nations, Geneva, December 2008, ISSN 1014–5575. Стр. 7. «Связь между правом на здоровье и другими правами человека».

³² Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress CHAPTER 2 – QUALITY OF LIFE 2. P. 42.

сколько в оценке реального благополучия и условий жизни граждан. Уже в 2010 году Парламентская ассамблея Совета Европы в Резолюции 1721 от 27 апреля прямо указывает, что «пришло время разработать соответствующие политические, экономические, социальные и экологические меры, учитывающие реалии быстро изменяющегося мира и Европы, где сохраняется экономическое неравенство, в частности между Востоком и Западом»³³ и «считает необходимым использовать другие параметры, которые принимают во внимание иные, – не денежно-кредитные и не финансовые, – факторы, способствующие росту национального богатства стран и благополучию их народов»³⁴. По мнению европейских парламентариев «политическим и экономическим руководителям следует обзавестись новыми «горизонтальными» инструментами, которые отражают основные вызовы XXI века, в частности вызовы, обусловленные реорганизацией глобальной экономики, изменением климата и демографическими вопросами»³⁵.

В тексте резолюции европейские парламентарии выделяют в отдельный пункт тот факт, что «исключительно важны здоровье европейских граждан, управление системами здравоохранения и расширение доступа к высококачественным медицинским услугам. Демографические вызовы заставляют наши общества искать новые пути в сфере здравоохранения» и уже недостаточно использовать ВВП в качестве единственного измерителя нашей социально-экономической ситуации, поскольку это не более чем инструмент учёта. Сегодня уже нельзя автоматически ставить знак равенства между темпами роста ВВП и благосостоянием»³⁶.

Таким образом, показатель «качества жизни» становится признанным критерием измерения показателей исполнения государством неимущественных прав граждан, в том числе прав второго уровня, перечисленных выше в видении ВОЗ и Комиссии по правам человека ООН.

Рейтинговое агентство РИА «Рейтинг» использовала для выведения среднего показателя качества жизни показатели уровня доходов населения региона и жилищных условий граждан, обеспеченность объектами социальной инфраструктуры и экологические условия, безопасность проживания и демографическую ситуацию, здоровье населения и уровень образования, и ряд иных показателей экономического характера.

По мнению авторов исследования, «качество жизни является сложной комплексной характеристикой, включающей совокупность показателей, которые характеризуют возможность человека трудиться в хороших условиях, иметь достойный уровень благосостояния, получать качественное медицинское обслуживание, проживать не в стеснённых жилищных условиях, дышать чистым воздухом и пить чистую воду, иметь возмож-

³³ Парламентская ассамблея Совета Европы. Резолюция 1721 (2010) Богатство, благосостояние и благополучие: как сочетать их в изменяющейся Европе?

³⁴ Парламентская ассамблея Совета Европы. Резолюция 1721 (2010) Богатство, благосостояние и благополучие: как сочетать их в изменяющейся Европе?

³⁵ Парламентская ассамблея Совета Европы. Резолюция 1721 (2010) Богатство, благосостояние и благополучие: как сочетать их в изменяющейся Европе?

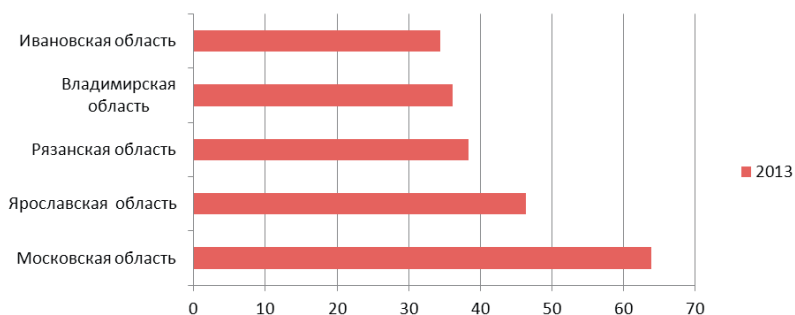
³⁶ Парламентская ассамблея Совета Европы. Резолюция 1721 (2010) Богатство, благосостояние и благополучие: как сочетать их в изменяющейся Европе?

ность доступа к культурным ценностям, осуществлять жизнедеятельность в условиях безопасности и др.»³⁷

Таким образом, показатели определения «качества жизни» почти дословно совпадают с рекомендациями Комиссии по правам человека ООН, а значит, вполне соответствуют требованиям и задачам нашего исследования – оценить уровень исполнения государством права на здоровье во Владимирской области.

В сводном рейтинге регионов по качеству жизни 2013 Владимирская область занимает 27-е место со сводным баллом 44,69. Соседние области, взятые нами для сравнительного анализа, подтверждают замеченную ранее тенденцию – Московская и Ярославская области занимают верхние строчки, с показателями 60,45 (третье место) и 50,30 (двенадцатое место) соответственно, а Рязанская и Ивановская область заняли 35-е и 41-е места рейтинга со сводным баллом 42,92 и 41,67 соответственно.

**Уровень доходов населения
(РИА «Рейтинг» 2013, по данным Росстата)**



Однако этот разрыв обеспечен, к сожалению, показателями сугубо имущественного и экономического характера. Владимирская область существенно опережает Рязанскую и Ивановскую области по таким показателям, как «Жилищные условия населения» и «Освоенность территории и развитие транспортной инфраструктуры». В то же время рейтинговый балл Владимирской области по группе «Демографическая ситуация» (22,9) существенно ниже, чем в соседней Ивановской области (37,8), уступающей в экономическом развитии и уровне доходов населения, и ниже, чем в Рязанской (27,9). Аналогичным образом выглядит ситуация и в рейтинговой группе показателей «Здоровье и образование населения» – менее развитые экономики Рязанской (51,9) и Ивановской (51,5) областей превышают показатель Владимирской области, составляющий 45,4.

Обратимся подробнее к данным о соблюдении основных прав в этих регионах.

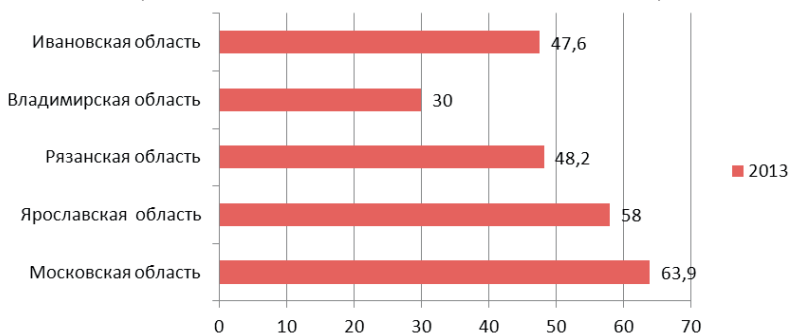
Среди ближайших соседей, по состоянию на 2013 год по обеспеченности жилищными условиями Владимирская область незначительно уступила только Московской. В среднем на каждого жителя региона

³⁷ РИА «Рейтинг». Рейтинг регионов Российской Федерации по качеству жизни 2013. Стр. 3. http://vid1.rian.ru/ig/ratings/life_2013.pdf.

приходится 25 кв. м жилой площади за исключением ветхого и аварийного фонда. 80% жилых площадей региона оборудованы водопроводом и 75% – канализацией, при этом уровень ветхого жилого фонда составляет 0,3%. По показателю соблюдения права на жилище Владимирская область занимает седьмое место среди всех субъектов Российской Федерации и второе место в рассматриваемой группе регионов. Однако по обеспеченности объектами социальной инфраструктуры регион значительно отстаёт и занимает в группе последнее место.

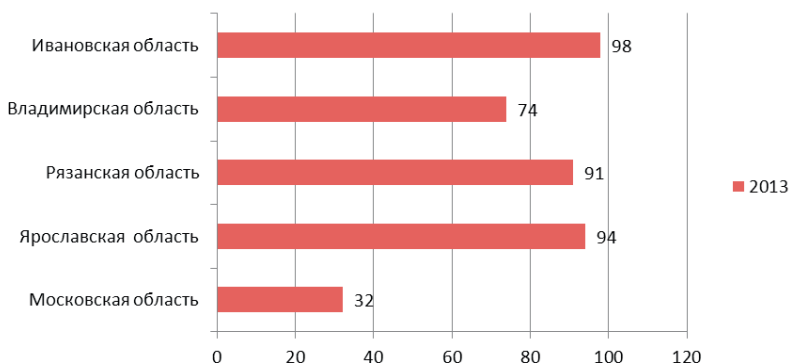
Если в Ярославской области на 10 тысяч населения приходится в среднем 58 врачей, а в Рязанской и Ивановской – 52 и 51 соответственно, то во Владимирской области – 30. Это один из худших показателей для всей Российской Федерации.

Обеспеченность врачами на 10 тысяч человек населения (РИА «Рейтинг» 2013, по данным Росстата)



На 10 тысяч населения во Владимирской области приходится 74 койко-места. В Ивановской области – 98. В Ярославской – 91. Усреднённый показатель для всей Российской Федерации составляет 89 мест, и это почти на 20% больше, чем во Владимирской области.

Обеспеченность больничными койками на 10 тысяч человек населения (РИА «Рейтинг» 2013, по данным Росстата)



Зато по мощности амбулаторно-поликлинических учреждений Владимирская область существенно опережает соседей. Напомним, показатель мощности АПУ рассчитывается по формуле: $M = \text{SUM } K_c \times \Phi_c \text{ пос./см}$,

где:

K_c – количество кабинетов врачебного приёма по данной специальности;

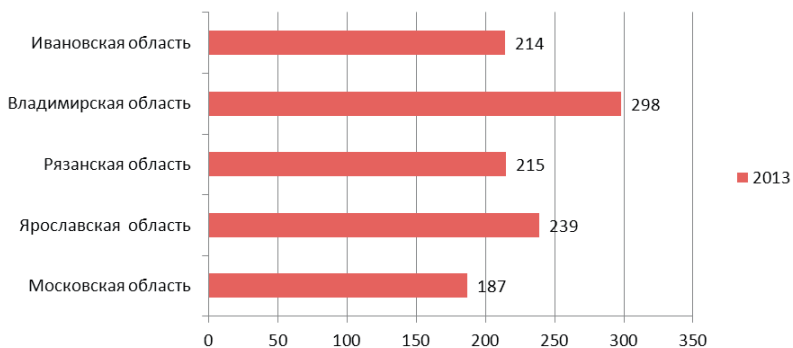
Φ_c – функция одного кабинета врачебного приёма по данной специальности, пос./см;

SUM – знак суммирования³⁸.

То есть мощность поликлиники определяется как сумма пропускной способности кабинетов врачебного приёма в смену (посещений в смену), за исключением кабинетов функциональной, ультразвуковой, эндоскопической и лучевой диагностики, и зависит от численности обслуживаемого взрослого или детского населения³⁹.

Если в Ярославской области этот показатель составляет 239, в Рязанской области – 215, а в Ивановской – 214, то мощность амбулаторно-поликлинических учреждений Владимирской области составляет 298.

Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 10 тысяч человек (РИА «Рейтинг» 2013, по данным Росстата)



При этом лишь 34% зданий учреждений здравоохранения региона находятся в аварийном состоянии или требуют капитального ремонта. В Ярославской области это 76% зданий, в Ивановской области – 95%.

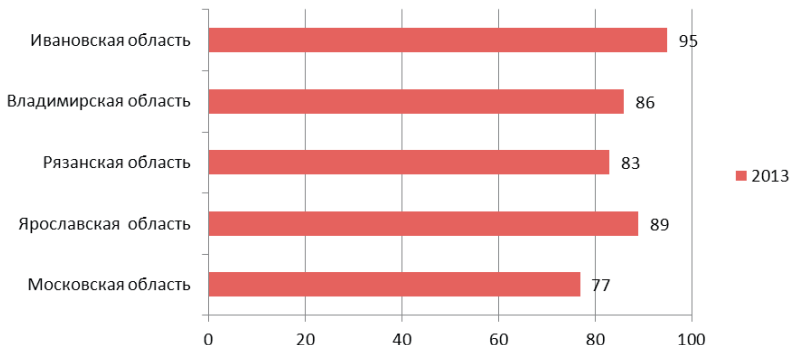
Отдельным пунктом сравнительного исследования стала работа бригад скорой медицинской помощи в регионах. В течение 20 минут на место вызова прибывает 86% бригад скорой помощи Владимирской области. По этому показателю регион уступает Ивановской области – 95%, Ярославской области – 89% и на 3% опережает Рязанскую область, где этот показатель составляет 83%. При этом средний показатель для всех субъектов Российской Федерации составляет 84%.

³⁸ «Главный врач», 2004, № 5.

³⁹ Рекомендации по реконструкции и модернизации сети и зданий амбулаторно-поликлинических учреждений. Утверждены и введены в действие Указанием Москомархитектуры 08.06.1999 г. № 23. Пп. 2.2.

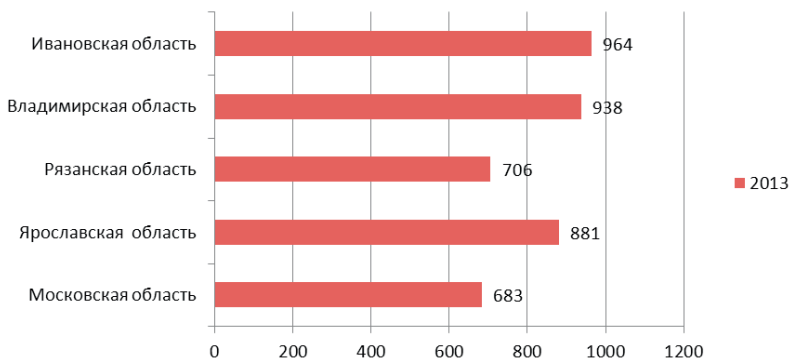
Также превышает среднее значение по стране и показатель доли выездов бригад скорой медицинской помощи, доезжающих в течение 20 минут до места дорожно-транспортного происшествия. Для всех субъектов Российской Федерации он составляет 88%. Скорая медицинская помощь Владимирской области прибывает на место ДТП в течение 20 минут в 91% случаев. Для Ярославской области этот показатель составляет 90%, для Рязанской области – 93% и для Ивановской области – 95%.

Доля выездов бригад скорой помощи, доезжающих до места вызова в течение 20 минут (РИА «Рейтинг» 2013, по данным Росстата)



В рейтинге «Здоровье населения и уровень образования» Владимирская область оказалась на 54-м месте с суммарным рейтинговым баллом в 45,4, значительно уступив всем соседним регионам. Во всём Центральном федеральном округе только Брянская и Тверская области продемонстрировали худшие показатели – 43,4 и 40 баллов соответственно. Рязанская область вышла на 32-е место (51,9), Ярославская область – на 34-е (51,6), а Ивановская область заняла 38-е место с 50,5 балла.

Зарегистрировано больных всего (с первичным диагнозом) на 1000 населения (РИА «Рейтинг» 2013, по данным Росстата)

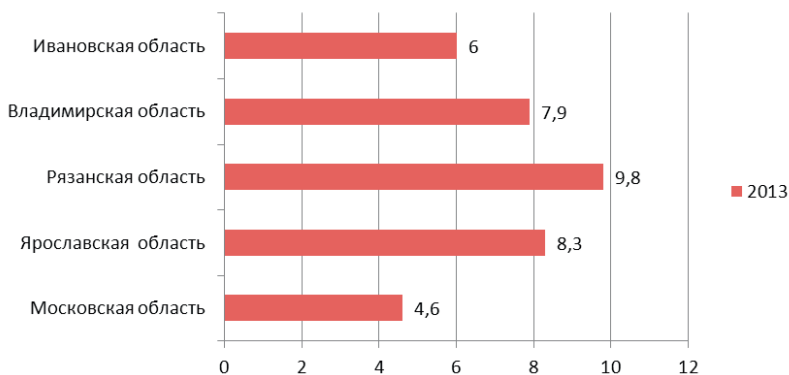


Показатель здоровья населения и уровня образования в регионе складывался из данных уровня младенческой смертности, регистрации больных на 1000 населения, ожидаемой продолжительности жизни при рождении, а также числа аспирантов, выпускников вузов и жителей региона старше 15 лет, не имеющих среднего образования.

В 2013 году во Владимирской области зарегистрировано 938 больных на 1000 населения. Иными словами – из 1000 жителей Владимирской области только 62 не обращались на протяжении года в медицинские учреждения по причине болезни. Это примерно соответствует показателям Ивановской области – 964 регистрации на 1000 и существенно больше, чем в Рязанской и Ярославской областях – 706 и 881 соответственно.

Показатель младенческой смертности в области (число детей, умерших в возрасте до 1 года, на 1000 родившихся) не превышает среднероссийского показателя в 8,8 и составляет по итогам 2013 года 7,9. По этому показателю Владимирская область уступает Ивановской области (6 смертей на 1000) и опережает Рязанскую и Ярославскую области (9,8 и 8,3 соответственно).

Число детей, умерших в возрасте до 1 года, на 1000 родившихся (РИА «Рейтинг» 2013, по данным Росстата)



Ожидаемая средняя продолжительность жизни во Владимирской и Ивановской областях составляет 69 лет, а в Ярославской и Рязанской областях – 70 лет, что соответствует среднему показателю для всей Российской Федерации.

Анализ представленных данных позволяет сделать обоснованный вывод о том, что усреднённые показатели развития не всегда достоверно отражают реалии качества жизни и благополучия граждан. Даже если усреднённые показатели Владимирской области превосходят показатели соседних с ней Рязанской и Ивановской областей, это вовсе не означает автоматического соблюдения прав граждан региона в целом и права на здоровье в частности. Перевес, достигнутый за счёт таких факторов, как «жилищные условия населения» или «развитие транспортной инфраструктуры», вовсе не означает высокого уровня здравоохранения или демографии.

Примечательно, что Ивановская область, бывшая в своё время частью Владимирской губернии царской России, наиболее приближена по большинству социально-экономических показателей к Владимирской области. В то же время Московская область, видимо за счёт расположения в своём географическом центре самого развитого и успешного субъекта Федерации – города Москвы, настолько отличается по условиям социально-экономического развития от соседних регионов, что сравнение с ней представляется некорректным, и было сознательно проигнорировано в настоящем анализе. Нижегородская область сознательно не включена в сравнительный анализ по причине вхождения её в другой – Приволжский федеральный округ.

В то же время нельзя не отметить, что по сравнению с аналогичным исследованием прошлого года, Владимирская область снизила ряд показателей. На 2% по сравнению с 2012 годом опустился показатель мощности амбулаторно-поликлинических учреждений, почти на 2% выросло количество зарегистрированных больных на 1000 населения.

Эти и другие незначительные колебания в сторону снижения привели к тому, что по общему уровню качества жизни населения Владимирская область опустилась в рейтинге регионов Российской Федерации на 27 строчку, а её прошлогоднюю позицию заняла Смоленская область, стремительно улучшившая свой рейтинговый балл с 41,2 до 44,75. В отсутствие глобальных факторов влияния на экономику и развитие региона подобное снижение показателей способно вызвать обоснованную тревожность.

Впрочем, такие снижения, сопряжённые с ростом других показателей, не свидетельствуют о наличии определённых тенденций. Скорее логично говорить о необходимости повышенного внимания к ряду проблем, наиболее острой из которых остаётся для исследуемого региона критическая ситуация в области демографии. Именно демографический вопрос и по-прежнему отрицательное соотношение смертности и рождаемости в регионе станут предметом анализа в следующей главе.

Демографические показатели Владимирской области на фоне выхода из кризиса. Проблемы и перспективы

Одним из очевидных свидетельств реализации права на здоровье и наглядным индикатором социально-экономического состояния общества можно считать демографические показатели.

В последние десятилетия о состоянии российской демографии принято говорить в трагическом контексте, увязывая резкий спад рождаемости в стране исключительно с нестабильностью страны в переходный период 1990-х годов. Однако эту позицию нельзя считать исключительно правильной.

По мнению ряда специалистов, демографический кризис в России – это почти системное явление, уходящее корнями в 1960-е годы – именно тогда, начиная с 1965 года, уровень рождаемости в России не обеспечивает простого воспроизводства населения⁴⁰.

⁴⁰ Медков В. М. Демография. Учебник: Часть 2. Стр. 48.

XX век стал для России эпохой катастрофических и не имеющих исторических аналогов человеческих потерь. По мнению демографа Анатолия Вишневского, общие прямые и косвенные демографические потери России за XX век в результате войн, голода, репрессий, экономических и социальных потрясений оцениваются в 140–150 млн. человек.

С 1925 по 2000 год суммарный коэффициент рождаемости в России снизился на 5,59 ребёнка в расчёте на одну женщину (с 6,80 до 1,21). Из них 3,97 ребёнка, или 71% общего снижения приходится на 1925–1955 годы, но, несмотря на этот спад и потери в результате войны, население РСФСР за 1925–1955 годы выросло на 25 млн. человек. Резкий спад коэффициента рождаемости произошёл на рубеже 1980-х и 1990-х; в это же время смертность в России превысила рождаемость⁴¹.

По мнению исследователей Б. И. Нигматулина и Г. Э. Улумбековой, «в период 1980–1990-х годов численность населения России выросла со 138 млн. человек до 147,7 млн. человек, или на 9,6 млн. человек. В предыдущие 20 лет – с 1961 по 1980 год – численность населения выростала также по 9,6 млн. человек за каждые 10 лет. В течение 1991–1995-х годов численность населения находилась примерно на одном и том же уровне, около 148–148,5 млн. человек, и начала резко снижаться со 148,5 млн. человек (1995 год) до 141,9 на 01.01.2010 г. по данным Росстата.

Однако по предварительным итогам Всероссийской переписи, численность населения в России на 14.10.2010 г. составило 142,9 млн. человек или сократилась на 5,6 млн. человек. Особенно ускоренно снижение проходило с 1998 по 2005 год: около 700 тыс. человек в год. Только в 2006 и 2007 годах среднегодовые темпы снижения численности населения страны существенно уменьшились – в 1,5 и 2,2 раза»⁴².

Истоки столь резкого спада прироста народонаселения страны специалисты объясняют множеством причин, причём экономический кризис и общее снижение уровня жизни объясняют скорее увеличением показателей смертности, но в меньшей степени являются причинами снижения рождаемости.

По мнению специалистов, политические и экономические трансформации 90-х годов XX века в первую очередь повлияли на изменение жизненного уклада граждан всей страны. Однако исторический путь западно-европейских народов, испытывающих аналогичные проблемы, показывает, что корень демографической проблемы кроется не только в экономическом и социальном неблагополучии. Существует неразрывная связь между демографической ситуацией в стране и духовно-нравственным, а также общественно-политическим состоянием государственности.

«Самоустранение государства от управления демографическими процессами привело к кризисным явлениям в области народонаселения, – указывает Н. Н. Ткаченко. «Чтобы навести порядок в демографической сфере, необходима государственная политика, соответствующая не только национальным интересам, но и основным принципам правового государ-

⁴¹ Анатолий Вишневский. Демография сталинской эпохи. <http://demoscope.ru/weekly/2003/0103/tema02.php>.

⁴² Улумбекова Г. Э., проф. Нигматулин Б. И. Демография и показатели здоровья населения.

ства. В последнее время разрабатывается ряд государственных программ и проектов, направленных на кардинальное изменение сложившейся на сегодняшний день катастрофической демографической ситуации. Особое внимание при этом уделяется современным социально-экономическим правам населения, в обеспечении которых видится способ решения сложившейся проблемной ситуации»⁴³.

Главным государственным документом и проектом, который, судя по всему, имеет в виду Н.Н. Ткаченко, является Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утверждённая Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351.

Этот актуальный и подвигающийся постоянным корректировкам и дополнениям документ весьма критично оценивает ситуацию, сложившуюся в российской демографии: «По пессимистическому варианту прогноза предположительной численности населения Российской Федерации, рассчитанному на основе динамики демографических процессов в 2000–2005 годах без учёта программ по улучшению здоровья населения, сокращению уровня смертности и увеличению уровня рождаемости, население России сократится к 2015 году на 6,2 млн. человек (4,4%) и составит 136 млн. человек, а к 2025 году – 124,9 млн. человек. Ожидаемая продолжительность жизни уменьшится до 64,5 года, более чем на 18% уменьшится численность женщин репродуктивного возраста, увеличится доля граждан старше трудоспособного возраста»⁴⁴.

Принятая в первой редакции в 2007 году Концепция предусматривала три этапа реализации демографической политики. Первый этап, с 2007 по 2010 год, подразумевал, в частности, что в России «будут созданы условия, позволяющие уменьшить остроту демографического кризиса, сформировать правовую, организационную и финансовую базу для наращивания дальнейших усилий по поддержке и закреплению позитивных тенденций к началу 2011 года».

В результате реализации мероприятий первого этапа предполагалось снизить темпы естественной убыли населения и обеспечить миграционный прирост⁴⁵.

Несмотря на то, что снизить темпы естественной убыли до состояния полного равновесия с показателями рождаемости удалось только к концу 2013 года, в целом реализацию мероприятий первого этапа Концепции можно считать успешной, о чём свидетельствуют данные статистики на начало 2014 года.

Так, по данным Росстата в трактовке специалистов проекта «Демоскоп weekly», в первом полугодии 2014 года продолжалось снижение чис-

⁴³ Ткаченко Н.Н. Демографическая правовая политика в контексте национальной безопасности России.

⁴⁴ Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351. Ст. 2.

⁴⁵ Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351. Ст. 6. Основные этапы и ожидаемые результаты реализации демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

ла умерших и общего коэффициента смертности. Согласно результатам помесечной регистрации, число умерших в России (без учёта Крымского федерального округа) за январь-июнь 2014 года снизилось по сравнению с тем же периодом 2013 года на 12,2 тысячи человек (на 1,3%), составив 943,9 против 956,0 тысячи человек. По итогам за январь-июль сокращение более умеренное – на 10,2 тысячи умерших (на 0,9%), или 1104,5 против 1114,7 тысячи человек. Общий коэффициент смертности снизился в январе-июне 2014 года до 13,1% умерших в расчёте на 1000 человек постоянного населения против 13,3 за тот же период 2013 года. С учётом Крымского федерального округа общий коэффициент смертности составил в первом полугодии текущего года 13,3% против 13,5% в январе-июне прошлого года.

Довольно устойчивое снижение числа умерших и общего коэффициента смертности наблюдается в России начиная с 2004 года. Этому периоду предшествовали десятилетия, в течение которых преобладала обратная тенденция – увеличение числа умерших и рост общего коэффициента смертности, сменявшиеся снижением лишь на непродолжительное время.

Особенно быстрый рост отмечался в 1992–1994 годах, за которым последовал спад 1995–1998 годов, а затем возобновление роста. Наибольшее число умерших зарегистрировано в 2003 году – 2366 тысяч человек, или 16,4%. Затем преобладающим стало снижение этих показателей, перемежавшееся незначительным повышением в 2005 и 2010 годах. В 2013 году число умерших составило около 1872 тысяч человек, снизившись по сравнению с 2003 годом на 494 тысячи человек, или на 20,9%. Общий коэффициент снизился на 3,4 пункта промилле, или на 20,7%.

Однако уже в 2012 году сокращение числа умерших явно замедлилось. Оно было очень умеренным – 19,4 тысячи человек, или 1%, – тогда как в предшествующем 2011 году число умерших снизилось почти на 103 тысячи человек, или на 5,1% по сравнению с 2010 годом, отличавшимся неблагоприятными природно-климатическими условиями, при которых заметно повысился риск смерти для людей с ослабленным здоровьем. В то же время необходимо отметить, что сокращение общего числа умерших в 2012 году произошло при росте числа умерших в возрасте до 1 года – на 3138 человек – в связи с расширением критериев живорождения.

Сокращение числа умерших в 2013 году было более существенным – на 34,5 тысячи человек, или на 1,8%, – но менее значительным, чем в предшествующие годы. Так, в 2006 году снижение числа умерших по сравнению с 2005 годом составило 6%, в 2007 году – 4%, в 2004 и 2009 годах – 3%. Оценка по данным за январь-июнь 2014 года в пересчёте на год несколько выше, чем уточнённые данные годовой разработки за 2013 год из-за сезонного фактора⁴⁶.

Устойчивый рост показателей рождаемости подтвердил в сентябре 2014 года министр труда и социальной защиты Российской Федерации М. А. Топилин, заявивший, что, «несмотря на сокращение численности женщин активного репродуктивного возраста – 20–29 лет – продолжается рост рождаемости».

⁴⁶ Демоскоп Weekly ISSN 1726–2887. Екатерина Щербакова. В первом полугодии 2014 года число умерших и общий коэффициент смертности продолжали снижаться. <http://demoscope.ru/weekly/2014/0611/barom01.php>.

По словам М. А. Топилина, «за январь-август 2014 года родились 1288,7 тыс. детей или на 15,2 тыс. детей (на 1,2%) больше, чем за соответствующий период 2013 года.

По данным министра, за январь-август 2014 года умерли 1273,6 тыс. человек, что на 9,4 тыс. человек или 0,7% меньше, чем в соответствующем периоде 2013 года. В августе 2014 года умерли 148,9 тыс. человек, что на 0,5 тыс. человек (на 0,3%) меньше, чем в августе 2013 года⁴⁷.

Министр положительно оценил демографические тенденции девяти месяцев 2014 года. По его мнению, в январе-августе 2014 года сохраняются позитивные демографические тренды: продолжается рост рождаемости, снижается смертность, отмечен естественный прирост населения на 15,1 тыс. человек»⁴⁸.

В то же время в аналогичном периоде 2013 года наблюдалась естественная убыль – 9,5 тыс. человек.

Однако, несмотря на общие позитивные сдвиги в изменении соотношения смертности и рождаемости, серьёзной проблемой остаётся региональная неоднородность демографических процессов.

Рост числа родившихся отмечен в 51 регионе. «В таких регионах, как Московская и Тюменская области, Краснодарский и Камчатский края, Чукотский автономный округ, г. Севастополь, рост числа родившихся составил 5% и более», – отмечает министр. В то же время, в ряде регионов страны сохраняются негативные тенденции – и это, прежде всего, исторические регионы европейской части России.

Если взглянуть на интерактивный демографический атлас, размещённый на сайте Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, бледно-розовым цветом, обозначающим убыль населения в коэффициенте от 4 до 8 на 1000, окрашены почти все области европейской части России, за исключением национальных республик.

За Уралом таких регионов меньше, но в их числе Челябинская, Курганская, Кемеровская область и Алтайский край, а также Амурская и Сахалинская области, Еврейская АО и Приморский край.

Число умерших в регионах с коэффициентом убыли 4–8 в европейской части России также внушает серьёзные опасения – это в среднем 16,5 человек на 1000 населения.

Если сравнить коэффициенты прироста населения этих областей с показателями других государств, то в Европе и Азии найдётся лишь два сопоставимых примера. Это Болгария, где на 9,5 родившихся приходится 15 умерших и Венгрия – 13 смертей на 9 рождений. Это самые низкие показатели в Европе⁴⁹.

В своё время именно катастрофическая ситуация в регионах Центрального федерального округа и ряда других областей стала причиной по-

⁴⁷ [http://www.rosmintrud.ru/social/demography/56/Министр Максим Топилин: В январе-августе 2014 года отмечен естественный прирост населения на 15,1 тыс. человек.](http://www.rosmintrud.ru/social/demography/56/Министр_Максим_Топилин:_В_январе-августе_2014_года_отмечен_естественный_прирост_населения_на_15,1_тыс._человек)

⁴⁸ [http://www.rosmintrud.ru/social/demography/56/Министр Максим Топилин: В январе-августе 2014 года отмечен естественный прирост населения на 15,1 тыс. человек.](http://www.rosmintrud.ru/social/demography/56/Министр_Максим_Топилин:_В_январе-августе_2014_года_отмечен_естественный_прирост_населения_на_15,1_тыс._человек)

⁴⁹ Демографический ежегодник России 2013. Статистический сборник. ИИЦ «Статистика России». Общие коэффициенты рождаемости, смертности и естественного прироста по отдельным странам мира.

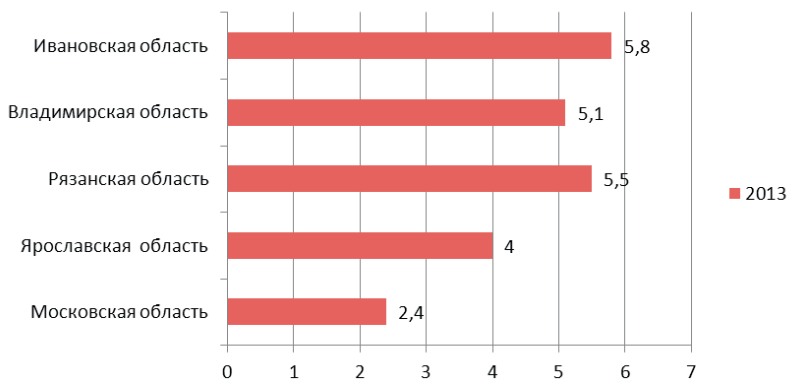
явления Концепции демографической политики Российской Федерации. В тексте документа прямо указывается, что «в ряде субъектов Российской Федерации демографическая ситуация требует незамедлительного реагирования. За последние 15 лет более чем на 15% сократилась численность населения в Республике Коми, Камчатском крае, Архангельской, Магаданской, Мурманской и Сахалинской областях. На 10–15% сократилась численность населения в Республике Карелия, Республике Мордовия и Республике Саха (Якутия), Приморском и Хабаровском краях, Амурской, Владимирской, Ивановской, Кировской, Костромской, Курганской, Курской, Новгородской, Псковской, Рязанской, Смоленской, Тамбовской, Тверской, Тульской и Читинской областях»⁵⁰.

Как видно из этого списка, в него вошла не только Владимирская область, чьи показатели стали предметом исследования в настоящей работе, но и соседние с ней Ивановская и Рязанская области, которые используются для сравнительного анализа.

В настоящее время, после реализации основных пунктов первого этапа Концепции демографической политики, ситуация в регионах улучшилась, однако о выходе их из кризиса говорить в настоящее время представляется преждевременным.

По итогам 2013 года коэффициент естественной убыли населения во Владимирской области составил 5,1 на 1000 человек населения. Это один из лучших показателей, по сравнению с соседними регионами. Так, в Ивановской области коэффициент убыли составил 5,8, а в Рязанской области – 5,5 на 1000. Только в Ярославской области этот коэффициент ниже – 4,4⁵¹.

Коэффициент естественной убыли населения на 1000 человек (РИА «Рейтинг» 2013, по данным Росстата)



⁵⁰ Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351. Ст. 6. Основные этапы и ожидаемые результаты реализации демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

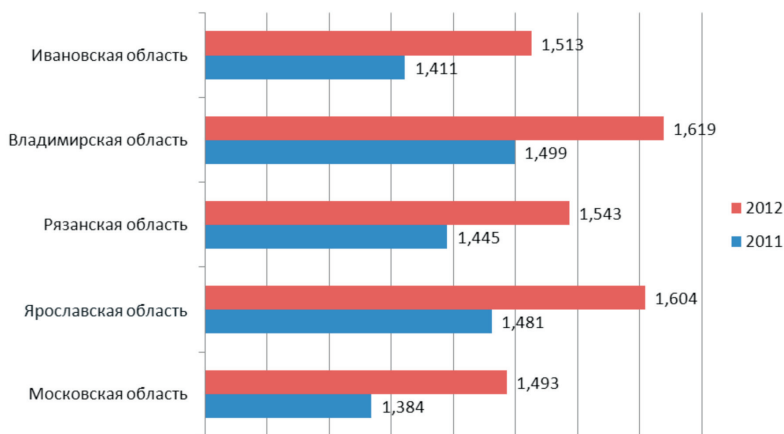
⁵¹ РИА «Рейтинг». Рейтинг регионов Российской Федерации по качеству жизни 2013. Стр. 19. http://vid1.rian.ru/ig/ratings/life_2013.pdf.

Стоит отметить незначительную, но устойчивую тенденцию к снижению коэффициента убыли населения в регионе – в 2012 году он составлял 5,2 на 1000, а в 2011 – 6,2⁵².

При этом снижение естественной убыли городского населения шло более низкими темпами. Коэффициент естественной убыли городского населения Владимирской области в 2012 году составляет 4,6 на 1000 против 7,9 на 1000 у сельского населения⁵³.

По показателям рождаемости Владимирская область в 2012 году опередила соседей. Если во Владимирской области суммарный коэффициент рождаемости составил 1,619, то в Ярославской – 1,604, в Ивановской – 1,513, а в Рязанской области – 1,543.

Суммарный коэффициент рождаемости по субъектам Российской Федерации (Демографический ежегодник России 2013)



Любопытно, что если для городского населения коэффициент рождаемости составил 1,562, то для сельского населения – 1,844. Это отнюдь не случайная тенденция – в 2011 году соотношение коэффициентов рождаемости также было в пользу сельского населения – 1,717 против 1,442 у городских жителей⁵⁴.

По чистому коэффициенту воспроизводства населения (0,765) Владимирская область с небольшим отрывом опередила соседние области. В Ивановской области этот коэффициент составил 0,723, в Рязанской об-

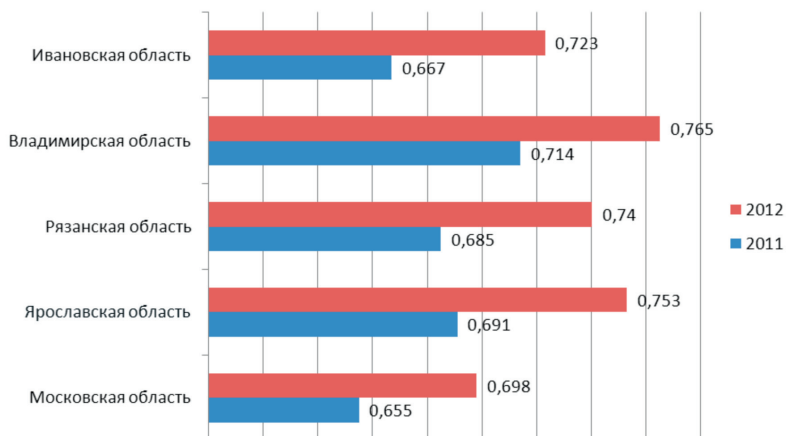
⁵² Демографический ежегодник России 2013. Статистический сборник. ИИЦ «Статистика России». Родившиеся, умершие и естественный прирост населения по субъектам Российской Федерации.

⁵³ Демографический ежегодник России 2013. Статистический сборник. ИИЦ «Статистика России». Родившиеся, умершие и естественный прирост населения по субъектам Российской Федерации.

⁵⁴ Демографический ежегодник России 2013. Статистический сборник. ИИЦ «Статистика России». Суммарный коэффициент рождаемости по субъектам Российской Федерации.

ласти 0,740 и в Ярославской области 0,753. Тем не менее, превосходство на уровне колебаний не позволяет говорить о существенном переломе кризисной демографической обстановки в регионе.

Чистый коэффициент воспроизводства населения по субъектам Российской Федерации (Демографический ежегодник России 2013)



По прогнозам территориального органа Федеральной службы государственной статистики, во Владимирской области к 2016 году общая численность населения сократится на 32,9 тыс. человек (на 2,3%), а число женщин фертильного возраста (15–49 лет, способных к деторождению) – на 21 тыс. человек (на 6,4%) по отношению к 2013 году, что повлечёт сокращение рождаемости.

Решению демографических проблем региона и исполнению основных положений Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года призвана способствовать Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы», утверждённая постановлением губернатора Владимирской области С. Ю. Орловой № 1346 от 28.11.2013.

По мнению авторов Программы, «здоровье граждан как социально-экономическая категория является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой основной элемент национального богатства страны. Ценность здоровья как важнейшего ресурса, необходимого для производства материальных и культурных благ, определяется современными тенденциями снижения воспроизводства населения, процессом его старения и, таким образом, уменьшением численности населения»⁵⁵.

⁵⁵ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 81.

Объём финансирования этой программы на 2014–2016 годы составляет 4351336,9 тыс. рублей, причём основная часть финансирования – 4346331,9 тыс. рублей, возложена на бюджет области с учётом межбюджетных трансферов из федерального бюджета.

В 2014 году из этих средств планируется выделить 1314510,4 тыс. рублей, в 2015 году – 1469539,4 тыс. рублей и в 2016 году – 1562282,1 тыс. рублей.

Справедливо отмечая, что «наметившийся рост числа родившихся ещё не означает коренного перелома сложившихся тенденций», авторы программы считают «настоятельной необходимостью создание благоприятных условий для увеличения рождений в семьях вторых, третьих и четвертых детей. Для этого должны быть осуществлены дополнительные меры по укреплению института семьи, повышению престижа материнства и отцовства, возрождению и сохранению духовно-нравственных традиций семейных отношений», поскольку «суммарный коэффициент рождаемости в области заметно ниже черты простого воспроизводства населения и свидетельствует об ориентации большинства женщин на рождение только одного ребёнка. Для равного численного замещения поколений родителей их детьми необходимо, чтобы показатель суммарной рождаемости (число рождённых детей на одну женщину за репродуктивный период) составлял не менее 2,14–2,15. По области этот показатель в 2010 году не превышал 1,46, т.е. почти в полтора раза ниже необходимого уровня»⁵⁶.

Анализируя причины демографического кризиса, авторы программы считают необходимым разделить ключевые факторы, влияющие на положение дел, на материальные и духовно-нравственные.

К материальным отнесены состояние среды обитания и уровень благосостояния семей, обеспеченность жильём и материальное стимулирование рождаемости, степень социальной защищённости семей, качество и доступность медицинского обслуживания, образования, в том числе дошкольного и др.

Духовно-нравственными факторами, по мнению разработчиков, следует считать формирование у населения установок здорового образа жизни, нравственных и личностных ценностей, возрождение системы массового санитарно-гигиенического просвещения, поднятие престижа материнства, отцовства, многодетности и ориентация молодёжи на создание крепкой семьи.

В соответствии с этим подходом вся базовая программа разделена на четыре подпрограммы:

- подпрограмма 1 «Укрепление института семьи»;
- подпрограмма 2 «Социальная поддержка семьи и детства»;
- подпрограмма 3 «Укрепление здоровья населения»;
- подпрограмма 4 «Развитие потенциала молодёжи».

Поскольку тематика подпрограммы 3 «Укрепление здоровья населения» самым тесным образом пересекается с темой конституционного права граждан на охрану здоровья, остановимся на этом разделе подробнее.

⁵⁶ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 5.

Из текста преамбулы следует, что «с учётом приоритетных направлений государственной политики цель подпрограммы 3 «Укрепление здоровья населения» определена следующим образом: снижение уровня смертности и увеличение продолжительности жизни»⁵⁷.

Для успешного достижения поставленных целей предусматривается комплексное решение следующих задач:

- проведение мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья мужчин и женщин;
- профилактика и раннее выявление нарушений состояния здоровья;
- развитие системы оказания медицинской помощи в образовательных организациях;
- организация и проведение физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий;
- внедрение образовательных программ по формированию здорового образа жизни.

Разработчиками программы приведена неутешительная статистика, согласно которой с 2004 года по 2012 год во Владимирской области возросло число случаев заболеваний эндокринной системы, нарушения обмена веществ на 11 %, существенно увеличилось число осложнений беременности и родов на 53 %.

В то же время в регионе сократилось число больных заболеваниями, приводящими к смерти. Число случаев заболеваний системы кровообращения уменьшилось на 10 %, случаев заболеваний новообразованиями – на 60,0 %. Число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, приводящих к инвалидности, снизилось на 62 %. В январе-мае 2013 года в структуре заболеваемости преобладают болезни системы кровообращения (65 %) ⁵⁸.

«Здоровье граждан, как социально-экономическая категория, является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой основной элемент национального богатства страны», – пишут авторы программы. Этот бесспорный посыл авторов программы не вызывает сомнений, но вступает в некоторый диссонанс при ознакомлении с объёмом финансирования подпрограммы «Укрепление здоровья населения».

Объём финансирования подпрограммы на 2014–2016 годы составляет 2340,0 тыс. рублей⁵⁹. То есть от общей стоимости всей программы,

⁵⁷ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 83.

⁵⁸ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 82.

⁵⁹ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 81.

на «основной элемент национального богатства страны» Владимирской областью выделено 0,05%!

При этом любопытно взглянуть на перспективы расходования этих средств в ближайшие два года. Например, чтобы достигнуть высокой цели «Снижение числа аборт до 69,0 случаев на 100 родов, осознанное материнство и отцовство» бюджетом предусмотрено выделение 60 тысяч рублей в год на проведение областной акции «Сохрани мне жизнь, мама!»

Собственно этим и исчерпывается финансирование подпрограммы из областного бюджета – остальные средства должны предоставить бюджеты местного уровня. Каким образом столь ничтожное финансирование может адекватно коррелировать с почти глобальным масштабом и объёмом задач, заявленных в подпрограмме – неясно, но очень хотелось бы верить в то, что 120 тысяч рублей областного бюджета и 1,5 миллиона местных средств за два года будут способствовать:

- сокращению естественной убыли на 1000 человек населения до 3,4;
- понижению коэффициента смертности на 10,8%;
- увеличению удельного веса детей первой и второй групп здоровья в общей численности учащихся государственных (муниципальных) образовательных организаций до 85%;
- сокращению числа случаев преждевременного прерывания беременности до 69 на 100 родов;
- увеличению ожидаемой продолжительности жизни населения на 4,1 года⁶⁰, как это заявлено в описании подпрограммы.

Система здравоохранения Владимирской области.

Принципы организации и анализ отдельных направлений

По данным Федеральной службы статистики, по показателям заболеваемости населения Владимирская область занимает второе место по количеству первичных заболеваний в Центральном федеральном округе.

По итогам 2012 года на 1000 человек населения региона приходится 941,1 первичных диагнозов. Незначительно выше этот показатель в Ивановской областях (966 на 1000 населения), зато в Рязанской и Ярославской области эти показатели существенно ниже – 706, 9 и 881 соответственно, при среднем показателе 793,9 для всех субъектов Российской Федерации⁶¹.

Местные статистические органы считают, что «начиная с 2011 года наблюдается стабилизация и снижение показателей общей заболеваемости»⁶²,

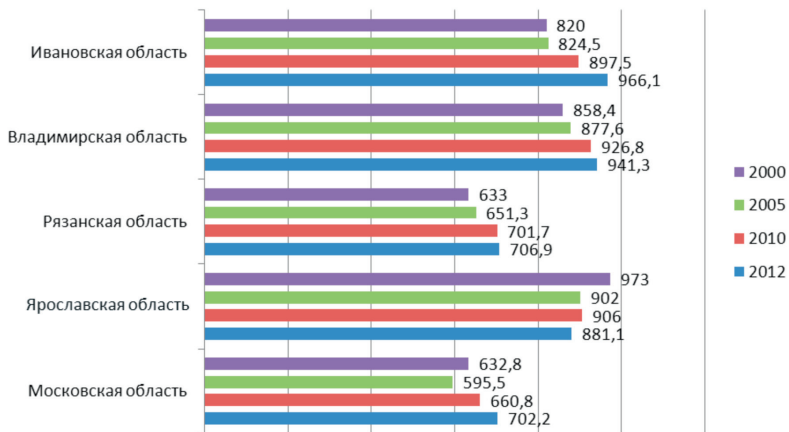
⁶⁰ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 84.

⁶¹ «Здравоохранение в России» 2013. Федеральная служба государственной статистики. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734.

⁶² Государственная программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы». Утверждена постановлением губернатора области от 30.04.2013 № 494.

однако в реальности имеет место обратная динамика. Согласно данным официальной статистики, показатель первичной заболеваемости жителей региона стабильно возрастает – в 2000 году он составлял 858,4 обращений на 1000 населения, в 2005 – 877,7, в 2010 – 926,8 в 2011 – 931,4 и в 2012 – уже названную цифру 941,3⁶³.

**Заболеваемость населения по субъектам Российской Федерации
(зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом,
установленным впервые в жизни, на 1000 человек населения)
«Здравоохранение в России» 2013**



Незначительное сокращение общего уровня заболеваемости населения (на 8% по сравнению с 2009 годом) по мнению авторов действующей в регионе Государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы» «может свидетельствовать именно об улучшении доступности медицинской помощи для населения, проведения различных программ дополнительной диспансеризации граждан разных категорий»⁶⁴.

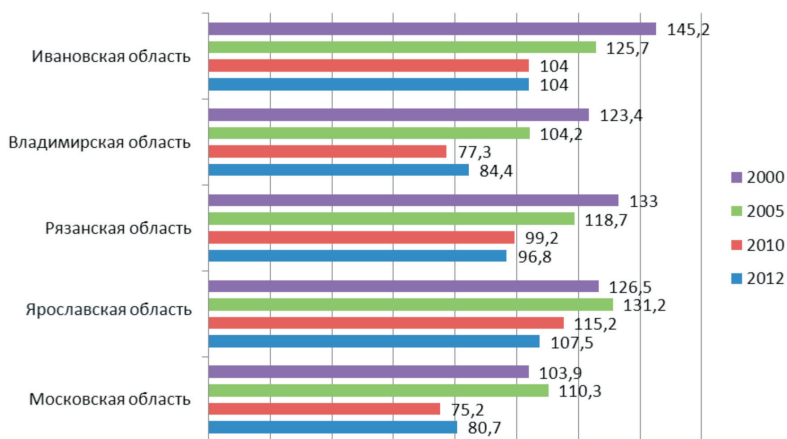
Однако учитывая такой подход к проблеме, необходимо иметь в виду, что по ряду статистических показателей обеспеченности граждан объектами здравоохранения Владимирская область находится на последних местах среди других субъектов Российской Федерации.

Так, по числу больничных коек на 10 000 населения Владимирская область занимает 69-е место (84,4), а, например, по численности врачей всех специальностей на 10 000 населения региона – 80, с показателем 33,7.

⁶³ «Здравоохранение в России» 2013. Федеральная служба государственной статистики. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734.

⁶⁴ Государственная программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы». Утверждена постановлением губернатора области от 30.04.2013 № 494.

Число больничных коек на 10 000 населения (Федеральная служба государственной статистики)



На одного врача во Владимирской области приходится 296,7 потенциальных пациентов. В Ярославской области – 171,6, в Рязанской области – 191,1, в Ивановской области – 189,6.

При этом кадровый дефицит медицинского персонала, показатель, по которому Владимирская область остаётся печальным лидером Центрального федерального округа, стоит считать традиционной проблемой и набирающей обороты тенденцией отрицательного характера.

В 2000 году область с показателем 271 занимала четвёртое место по Центральному федеральному округу, уступая Тульской (305,6), Московской (303,5) и Тамбовской (292,4) областям. Однако уже в 2005 году область становится абсолютным антилидером. При среднем для Российской Федерации показателе численности населения на одного врача, равном 205,8, во Владимирской области устанавливается соотношение 294,2 потенциальных пациента на одного врача. В 2010 году дефицит врачей превышает рекордную для региона отметку в 302,3 потенциальных пациента на одного врача, при среднем показателе 199,6 для России в целом⁶⁵.

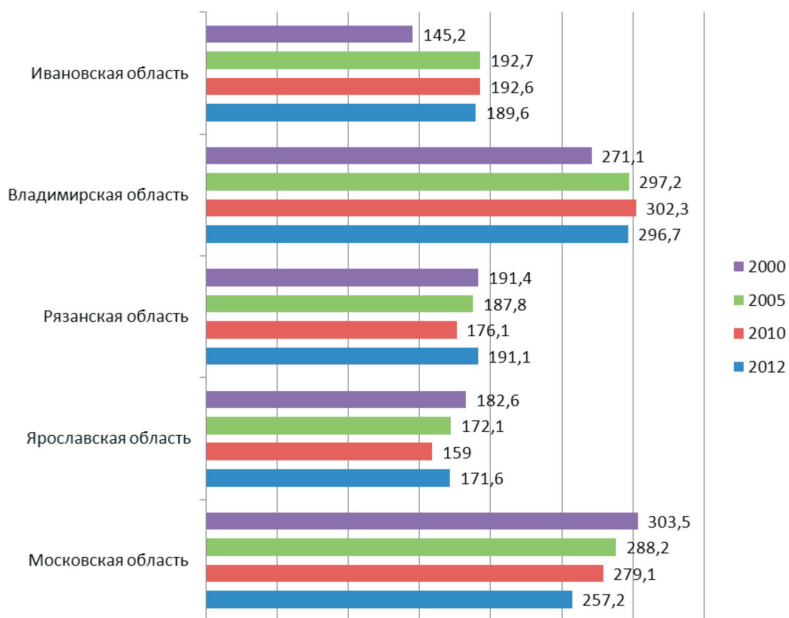
На сегодняшний день, по данным областной статистики, в системе здравоохранения области работает 26,7 тыс. человек, в том числе:

- врачей – 3983;
- специалистов с высшим немедицинским образованием, допущенных в ранее установленном порядке к занятию медицинской деятельностью на врачебных должностях – 106;
- провизоров – 48;
- средних медицинских работников – 11 149;

⁶⁵ Федеральная служба государственной статистики. Официальная статистика. Здравоохранение. 6.6. Численность населения на одного врача. http://www.gks.ru/bad/regl/b13_14/lssWWW.exe/Stg/d1/06-06.htm.

- специалистов с немедицинским образованием, допущенных в установленном порядке к занятию медицинской деятельностью на должностях среднего медицинского персонала – 562;
- средних фармацевтических работников – 58;
- младших медицинских работников – 4630;
- прочих работников и специалистов – 7178.

Численность населения на одного врача (Федеральная служба государственной статистики)



В 2012 году 1157 врачей (29%) и 2379 средних медицинских работников (21,3%) прошли повышение квалификации и профессиональную переподготовку (в 2011 году – 920 врачей (21,8%) и 2299 средних медицинских работников (20%).

Более пяти лет не повышали квалификацию 47 врачей (1,2%) и 113 средних медицинских работников (1,0%). В системе здравоохранения области работают 66 кандидатов медицинских наук и 5 докторов медицинских наук.

Сертификат специалиста имеют 97,5% врачей и 97,8% среднего медицинского персонала, при этом 705 врачей имеют два и более сертификатов специалиста, аттестованы на квалификационную категорию 66,5% врачей и 75,1% средних медицинских работников⁶⁶.

⁶⁶ Государственная программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы». Утверждена постановлением губернатора области от 30.04.2013 № 494.

Несмотря на острый дефицит кадров, в системе здравоохранения Владимирской области функционирует довольно обширная сеть из 113 государственных учреждений здравоохранения, в том числе, оказывающих специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Сеть представлена 57 больничными учреждениями, 9 диспансерами, 24 амбулаторно-поликлиническими учреждениями, 4 центрами, 5 учреждениями скорой медицинской помощи, 1 учреждением переливания крови, 7 учреждениями охраны материнства и детства, 4 домами ребёнка, 1 санаторием и 5 учреждениями здравоохранения особого типа⁶⁷.

Помимо региональных, во Владимирской области расположен ряд федеральных учреждений здравоохранения. Помимо таких учреждений, как ФГУЗ «Медико-санитарная часть № 127 ФМБА России» и Вязниковская больница филиала № 20 ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, это ведомственные организации Министерства обороны и Министерства внутренних дел – ФГУЗ «Медико-санитарная часть УМВД Российской Федерации» по Владимирской области и Владимирский военный госпиталь МВО Минобороны России.

Негосударственные учреждения здравоохранения представлены отделенческими больницами железнодорожников. Это больницы на станциях «Александров», «Муром» и «Владимир», находящиеся в подчинении ОАО «Российские железные дороги».

В соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, в области сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи.

Первый уровень включает первичную амбулаторную медико-санитарную помощь (в том числе первичную доврачебную медико-санитарную помощь и первичную врачебную медико-санитарную помощь). На протяжении 2012 года первичная медико-санитарная помощь во Владимирской области оказывалась в 13 центральных районных больницах, 14 районных больницах, 13 городских больницах для взрослых, 3 городских больницах для детей, 4 поликлиниках для взрослых, 2 городских поликлиниках для детей, 5 участковых больницах, 5 амбулаториях и на 330 фельдшерско-акушерских пунктах.

Второй уровень – это межрайонные многопрофильные больницы, межмуниципальные центры, диспансеры, оказывающие специализированную медицинскую помощь, сосудистые, травматологические, офтальмологические и онкологические отделения. Стоит отметить, что в 2010 году по во Владимирской области открыты межмуниципальные специализированные центры второго уровня на базе ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира», ГБУЗ ВО «Муромская городская больница № 3», ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова» и ГБУЗ ВО «Александровская центральная районная больница» для оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и региональный сосудистый центр на базе ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница».

⁶⁷ Государственная программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы». Утверждена постановлением губернатора области от 30.04.2013 № 494.

Кроме того, специализированную онкологическую помощь оказывает ГБУЗ ВО «Областной клинический онкологический диспансер», который в настоящее время модернизируется в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

Пострадавшим в ДТП медицинскую помощь на территории области оказывают 4 травматологических центра 2-го уровня оказания помощи пострадавшим при ДТП в городах Владимире, Коврове, Александрове, Петушки и 2 центра 3-го уровня в городах Собинке и Вязники⁶⁸.

Специализированную медицинскую помощь взрослым жителям Владимирской области в 2012 году оказывали 34 государственных учреждения здравоохранения. 20 из них относятся ко 2-му уровню оказания медицинской помощи.

К третьему уровню относится специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, а также скорая специализированная медицинская помощь и медицинская эвакуация.

В системе специализированной медицинской помощи региона действует 8 учреждений здравоохранения. Наиболее крупные из них – ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» и ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница». Оказание высокотехнологичной медицинской помощи организовано в двух лечебно-профилактических учреждениях Владимирской области.

Особенностью Владимирской области является большое количество малочисленных сельских поселений. В регионе существует 257 поселений с численностью до 100 жителей, 402 поселения с численностью от 100 до 1000, и 59 поселений с населением свыше 1000 человек.

В 2013 году в системе сельского здравоохранения действовало 14 районных и 5 участковых больниц, 3 амбулатории, 29 офисов врачей общей практики, 337 фельдшерско-акушерских пунктов и 13 центральных районных больниц.

Стоит отметить, что в 2011–2012 годах областные власти провели серию мероприятий по оптимизации сети сельских учреждений здравоохранения. К центральным районным больницам в качестве структурных подразделений были присоединены лечебно-профилактические учреждения малой мощности. Соответственно проводится сокращение количества амбулаторий с одновременным развитием и открытием кабинетов врача общей (семейной) практики. Областная программа развития здравоохранения подразумевает, что в сельской местности главным звеном оказания первичной медико-санитарной помощи должны стать кабинеты и отделения общей врачебной практики.

В целом же ведущим звеном в системе организации первичной медико-санитарной помощи населению являются амбулаторно-поликлинические учреждения. В области функционируют 14 самостоятельных учреждений и 162 структурных подразделения, в которых оказывается

⁶⁸ Государственная программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы». Утверждена постановлением губернатора области от 30.04.2013 № 494. Стр. 234.

амбулаторно-поликлиническая врачебная помощь. Первичная медико-санитарная помощь городскому населению крупных центров области (Владимира, Александра, Муром, Коврова и т.д.) оказывается преимущественно в городских поликлиниках и городских центрах здоровья, организованных на базе поликлиник.

Структура общей заболеваемости во Владимирской области сходна с положением дел в других регионах и выглядит следующим образом: на первом и втором местах находятся заболевания органов дыхания и кровообращения, на третьем месте – болезни костно-мышечной системы, на четвертом – болезни органов пищеварения, на пятом – болезни мочеполовой системы. В 2012 году было зарегистрировано больше травм и отравлений (в 2011 году – 136 498 случаев, в 2012 году – 140 209), что привело к повышению показателя по травматизму на 2,7%.

**Смертность населения по основным классам причин по субъектам Российской Федерации в 2012 году (умерших на 100 000 населения)
(«Здравоохранение в России 2013, Федеральная служба государственной статистики»)**

	Умершие от всех причин	Инфекционные и паразитарные заболевания	Из них туберкулез	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины смерти
Российская Федерация	1331,2	22,4	12,5	203,1	737,1	49,4	62,1	135,3
Центральный федеральный округ	1393,7	14,0	7,1	222,2	811,2	44,7	62,7	111,8
Владимирская область	1688,7	15,9	9,1	250,2	1038,9	41,8	86,9	146,0
Ивановская область	1688,6	16,6	6,8	216,9	698,2	104,4	119,9	147,7
Московская область	1427,9	15,0	7,8	232,0	878,4	40,7	67,0	121,2
Рязанская область	1641,5	14,7	7,7	254,8	937,3	59,6	61,1	129,3
Ярославская область	1587,8	10,4	6,1	248,4	929,2	38,6	91,5	146,8

Особое внимание хотелось бы уделить исследованию системы здравоохранения региона в сфере кардиологии и сердечно-сосудистых заболеваний. Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре смертности и составляют более 50% по данным Росстата⁶⁹.

⁶⁹ Здравоохранение в России. 2013. 1.17. Смертность населения по основным классам причин смерти по субъектам Российской Федерации в 2012 г.

Показатель смертности от болезней органов кровообращения во Владимирской области в 2012 году составил 1038,9 случаев на 100 тысяч населения (в 2011 году – 1074,2), что превышает показатель по Российской Федерации (749,0), Центральному федеральному округу (826,5). Для сравнения – в Ивановской области уровень смертности по этому классу заболеваний составил в 2012 году 698,9, в Ярославской области – 929,9, а в Рязанской области – 937,3⁷⁰.

В структуре заболеваемости по обращаемости болезни системы кровообращения устойчиво занимают второе место после болезней органов дыхания и составляют 229,7 на 1000 человек (в 2011 году – 315,6 на 1000 человек).

С 2010 года Владимирская область включена в программу приоритетного национального проекта «Здоровье» по направлению «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями».

За время участия региона в национальном проекте на территории области открыты четыре первичных сосудистых отделения 2-го уровня.

За счёт регионального бюджета отделения созданы на базе ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира», ГБУЗ ВО «Муромская городская больница № 3» и ГБУЗ ВО «Александровская ЦРБ», а также ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова» и региональный сосудистый центр 3-го уровня оказания медицинской помощи на базе ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница».

По расчётным данным, на которые опираются авторы Государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы», такое количество центров является оптимальным для Владимирской области. В настоящее время в регионе увеличилось до 653 количество круглосуточных кардиологических коек (в 2011 году их было 608) и коек дневного пребывания. За три года открыто три новых кардиологических кабинета и ещё семь запланировано к открытию в 2016–2018 годах.

Однако дефицит врачебных кадров заметно ощутим в кардиологии региона. На 10000 населения коэффициент обеспеченности кардиологами составляет 0,54, при этом коэффициент совместительства среди кардиологов увеличился до 1,7 против 1,5 в 2011 году.

Напомним ещё раз, что сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущие позиции в структуре смертности населения. Особую тревогу вызывает высокий уровень смертности лиц трудоспособного возраста, на который приходится более 27–29%, причём мужчин в трудоспособном возрасте умирает в 4 раза больше, чем женщин.

По мнению авторов программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы» «эпидемиологическая обстановка, связанная с высокой смертностью от острого инфаркта миокарда и инсульта лиц трудоспособного возраста, изменение качества жизни больных ИБС и церебро-vasкулярными заболеваниями, как следствие, влияние данных факторов на демографическую ситуацию в области дик-

⁷⁰ Здравоохранение в России. 2013. 1.17. Смертность населения по основным классам причин смерти по субъектам Российской Федерации в 2012 г.

тует необходимость формирования новых подходов к системе оказания специализированной помощи таким больным»⁷¹.

В настоящее время медицинскую помощь больным с болезнями системы кровообращения оказывают кардиологические отделения на базе ЦРБ Гусь-Хрустального, Собинки, Петушков, Гороховца, Вязников, Суздаля, Киржача, Кольчугино (1-й уровень), в ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира», ГБУЗ ВО «Муромская городская больница № 3», ГБУЗ ВО «Александровская ЦРБ», ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова» (2-й уровень). Оказание сложных видов специализированной медицинской помощи больным с болезнями системы кровообращения осуществляется в ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» (1-й уровень) и ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира».

Кочный фонд учреждений 1-го уровня составляет 202 койки, 2-го уровня – 366 коек и 3-го уровня – 85 коек.

Деятельность этих учреждений, в целом, показывает положительную динамику: на 6% увеличилось число пациентов, выписанных домой с полной реабилитацией. Из 5115 выписанных после перенесённого острого нарушения мозгового кровообращения и острого инфаркта миокарда полностью восстановленных 307 чел. Число больных, нуждающихся в длительном лечении, снизилось по сравнению с 2011 годом на 5,8%. Снижение летальности от острого инфаркта миокарда по сравнению с 2011 годом снизилось с 13,8% до 11,6% по сосудистым отделениям.

Тенденция стабилизации показателей первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца сохраняется в области в течение последних пяти лет. По итогам 2012 года снижение составило 2,5%, а снижение показателей первичной заболеваемости артериальной гипертонией достигло 29,4%.

Как отмечают авторы программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы», с 2011 года увеличилось количество проводимых исследований⁷².

В ряде районов приобретены системы для суточного мониторинга артериального давления и ЭКГ. Увеличилось количество тромбозов с 337 в 2008 году до 465 в 2012 году и дённой экстренной ангиопластики-стентирования (в 2012 году – 130).

Не менее важным показателем развития системы здравоохранения региона можно считать данные о медицинской помощи детям. В 2012 году в регионе закончила своё действие региональная программа «Модернизация здравоохранения на 2011–2012 годы» с плановым объёмом финансирования 5,5 млрд. руб. Освоение средств на 1 января 2013 года составило 4,8 млрд. руб. (87%). В результате проведённой работы завершено строительство и ввод в эксплуатацию перинатального центра во Владимире, про-

⁷¹ Государственная программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы». Утверждена постановлением губернатора области от 30.04.2013 № 494. Стр. 94.

⁷² Государственная программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы». Утверждена постановлением губернатора области от 30.04.2013 № 494. Стр. 94.

ведён капитальный ремонт помещений радиологического отделения № 1 и детского туберкулёзного отделения городской больницы № 2.

С целью создания необходимых условий для выхаживания новорождённых с низкой и экстремально низкой массой тела в 2012 году открыто 39 коек (за счёт перепрофилирования), в том числе в ГБУЗ ВО «Родильный дом № 2 г. Владимира» функционируют 9 коек отделения реанимации новорождённых, 75 коек в детских больницах области по второму этапу выхаживания новорождённых и недоношенных. По оперативным данным, в 2012 году сократилась младенческая смертность по сравнению с 2008 годом (9,24 на 1000 родившихся живыми) и составила 7,79 на 1000 родившихся живыми⁷³.

Первичная медицинская помощь детям оказывается во Владимирской области на фельдшерско-акушерских пунктах, в детских консультациях, развёрнутых в структуре ЦРБ, и в самостоятельных детских поликлиниках крупных районных центров – Владимире, Александрове, Коврове, Гусь-Хрустальном и Муроме.

Стационарную помощь детям до 14 лет оказывают детские больницы в городах Владимире, Александрове, Гусь-Хрустальном, Муроме, Вязниках и детские отделения в структуре центральных районных и городских больниц.

Койки педиатрического профиля имеют в своём составе 17 медицинских организаций Владимирской области. 11 из них – педиатрические отделения. Медицинские учреждения первого уровня обслуживают 120533 чел., или 51% от общего детского населения области. На долю этих учреждений приходится 39% общего количества педиатрических коек в регионе.

Детские учреждения второго уровня представлены во Владимирской области тремя детскими больницами в Муроме, Гусь-Хрустальном и Александрове. В этих учреждениях сосредоточено 35,4% педиатрических коек, при том, что в городах, где расположены эти учреждения, проживает 25,5% детей Владимирской области.

Единственным учреждением третьего уровня оказания медицинской помощи детям области является ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница». За исключением нейрохирургической, в этом учреждении сосредоточены все виды специализированной детской медицинской помощи. Нейрохирургическую помощь маленьким пациентам оказывают специалисты ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», выезжающие при необходимости в детские стационары.

Мощность ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница» составляет 319 коек, или 25,1% от общего количества педиатрических коек региона.

Географическая близость Московского региона позволяет педиатрам Владимирской области эффективно задействовать ресурс детских федеральных клиник Москвы. Пути маршрутизации диагностически сложных детей в эти учреждения сложилась за долгие годы сотрудничества.

⁷³ Комплексный план мероприятий социально-экономического развития Владимирской области на 2013–2016 годы утверждён постановлением губернатора № 1289 от 15.11.2013.

Детей из Владимирской области с опухолями головного мозга госпитализирует институт им. Бурденко, с врождёнными пороками развития сердца – институт им. Бакулева. Детям с хирургической и урологической патологией оказывают помощь в РДКБ, в ряде случаев с врождёнными пороками развития мочеполовой системы – в НЦЗД РАМН, детям с соматической патологией различного узкого профиля – в РДКБ, НЦЗД РАМН, Институте педиатрии и детской хирургии.

В 2012 году за пределы Владимирской области в федеральные клиники на лечение и консультации по педиатрическому профилю направлено приблизительно одинаковое по сравнению с 2011 годом количество детей. В 2012 году из 1185 детей было госпитализировано 848 чел., что вполне сопоставимо с 2011 годом – госпитализирован 841 ребёнок из 1175 направлений.

Однако сформировавшейся и постоянной тенденцией региона выглядит снижение числа круглосуточных стационарных коек для детей до 17 лет. По мнению авторов программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы», «сокращение педиатрического коечного фонда не привело к снижению доступности оказания стационарной помощи детям и ухудшению качества оказания медицинской помощи». Тем не менее, «среднегодовая занятость педиатрической койки снижается и стремится к нормативной – с 331,1 до 331,4 при стабильном среднем времени пребывания – 9,4 в 2011 году и 9,14 – в 2012 году».

В течение года число круглосуточных стационарных коек для детей до 17 лет уменьшилось с 57,9/10000 до 54,1/10000. Число круглосуточных педиатрических коек также уменьшилось с 16,7 до 14,7 на 10000. Число инфекционных коек практически остаётся на уровне 2011 года (16,4 в 2011 году и 15,8 в 2012 году). Снизился и уровень госпитализации с 19,5 до 18,2».

Программа развития здравоохранения области предусматривает оптимизацию педиатрического коечного фонда за счёт сокращения детских инфекционных коек на базе медицинских организаций для взрослых пациентов (ГБУЗ ВО «Городская больница № 2 г. Владимира») и развёртывание на базе ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» после ввода в строй нового педиатрического корпуса.

В области запланировано развитие стационаророзмещающей помощи детскому населению, а именно, открытие дополнительно 35 коек дневного пребывания при стационарах и 35 коек при амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Тенденция к сокращению и оптимизации педиатрических коек в регионе выглядит странно, если допустить, что Владимирская область всерьёз рассчитывает на исправление своей катастрофической демографии и осознанно подходит к планированию перспектив педиатрической помощи в свете ожидаемого роста рождаемости.

Тем более, что тенденция к увеличению роста рождаемости отчетливо наблюдается с 2001 года. Только в 2012 году в области родилось 16455 детей, что на 801 ребёнка больше, чем в 2011 году. Коэффициент рождаемости 2012 года составил 11,5.

Не рассматривая далее отдельных направлений деятельности системы здравоохранения Владимирской области, её эффективность можно косвенно оценить на основании данных о смертности в регионе.

Стоит отметить, что хотя показатели смертности в области зачастую превышают средние цифры по Центральному федеральному округу и Российской Федерации в целом, статистические данные позволяют говорить о стабильном снижении этого показателя. Так, по итогам 2012 года в области отмечен самый низкий показатель смертности с 1999 года. Зарегистрировано 23809 умерших, что на 762 меньше, чем в 2011 году. Показатель смертности снизился с 17,02 в 2011 году до 16,6 в 2012 году.

Несмотря на успехи в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, они остаются основной причиной высокой смертности и инвалидизации населения во Владимирской области и занимают первое место в причинах смертности населения региона. Второе место в причинах смертности занимают новообразования и третье – травмы и отравления.

Среди всех умерших почти 30% составляют лица трудоспособных возрастов, из них 80% – мужчины. Смертность мужчин трудоспособного возраста продолжает оставаться высокой за счёт роста смертности от травм и отравлений. В среднем по области на одну умершую женщину трудоспособного возраста регистрируется четыре случая смерти мужчин.

**Умершие в трудоспособном возрасте по субъектам
Российской Федерации в 2012 г.
(«Здравоохранение в России» 2013, Федеральная служба
государственной статистики)**

	Мужчины	Женщины	Мужчин на 1000 человек	Женщин на 1000 человек
Российская Федерация	394 762	101 550	8,9	2,4
Центральный федеральный округ	100 475	24 602	8,4	2,2
Владимирская область	4773	1173	11,1	2,9
Ивановская область	3211	843	10,1	2,8
Московская область	19 168	4892	8,7	2,4
Рязанская область	3411	787	9,7	2,5
Ярославская область	3787	880	10	2,4

Особого внимания в статистике смертности региона заслуживают показатели младенческой и материнской смертности. В 2012 году во Владимирской области умерло 128 детей в возрасте до 1 года. Увеличение этого показателя на 23% по отношению к прошлому году вызвано формальным изменением критериев оценки новорождённых, повлекшим включение в статистику случаев, ранее не фиксировавшихся.

**Младенческая смертность по субъектам Российской Федерации
(«Демографический ежегодник России», Федеральная служба
государственной статистики)**

	Умершие в возрасте до 1 года	Умершие в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми
Российская Федерация	16 306	8,6
Центральный федеральный округ	3 414	7,8
Владимирская область	127	7,8
Ивановская область	71	6,1
Московская область	616	7,4
Рязанская область	122	9,8
Ярославская область	122	7,9

В 2012 году показатель младенческих смертей на тысячу родившихся во Владимирской области составил 7,8. При этом аналогичный показатель по Российской Федерации в целом составляет 8,6.

Показатели материнской смертности владимирским медикам удалось существенно улучшить после катастрофических данных 2009 года, когда на 100 тыс. родившихся живыми пришлось 51,7 материнских смертей. Планомерно снижая этот трагический показатель, к 2012 году регион сумел выйти на коэффициент 24,3.

Пристальное внимание к вопросам материнства и детства в целом стало отличительной чертой развития региона на протяжении последних двух лет и заслуживает отдельного анализа в следующей главе.

**Женское здоровье и проблемы материнства. Аспекты
международного права и положение дел в Российской Федерации**

Международная трактовка права на здоровье, согласно программным документам Организации Объединённых Наций, ратифицированными СССР и Российской Федерацией, традиционно выделяют женское население в отдельную группу населения, требующую особенного внимания и подхода в реализации права на здоровье как одного из ключевых прав человека.

Так, в «Изложении фактов № 31» Всемирной организации здравоохранения и Управления Верховного комиссара Организации Объединённых Наций по правам человека особенно оговаривается, что «некоторые группы населения, такие как дети, женщины, инвалиды, люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, сталкиваются с определёнными проблемами в отношении права на здоровье. Эти проблемы связаны с биологическими или социально-экономическими факторами, дискриминацией или

стигмой, или, чаще всего, с комплексом этих обстоятельств»⁷⁴. По мнению авторов документа, «если рассматривать право на здоровье в качестве права человека, то следует сконцентрировать внимание на различных людях или группах людей, существующих в обществе, в частности на тех, кто находится в уязвимых ситуациях»⁷⁵.

В качестве примера международных правовых документов, регламентирующих права женщин в качестве группы людей, требующей особого внимания со стороны государства, уместно сослаться на пункт 2 статьи 12 Международной Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, вступившей в силу 3 сентября 1981 года, подписанную и ратифицированную большинством государств, за исключением США, Эфиопии, Турции и Сомали.

Этот документ прямо указывает, что «государства-участники обеспечивают женщинам соответствующее обслуживание в период беременности, родов и в послеродовой период, предоставляя, когда это необходимо, бесплатные услуги, а также соответствующее питание в период беременности и кормления»⁷⁶.

Кроме того, статья 11 Конвенции регламентирует вопросы равноправия женщин в социально-экономической сфере, в частности обязывая государства «запретить, под угрозой применения санкций, увольнение с работы на основании беременности или отпуска по беременности и родам или дискриминацию ввиду семейного положения при увольнении»⁷⁷, а также «поощрять предоставление необходимых дополнительных социальных услуг, с тем, чтобы позволить родителям совмещать выполнение семейных обязанностей с трудовой деятельностью и участием в общественной жизни, в частности посредством создания и расширения сети учреждений по уходу за детьми»⁷⁸.

Особое положение материнства закреплено также и в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, в пункте 2 статьи 10 которого указано, что «особая охрана должна предоставляться матерям в течение разумного времени до и после родов. В течение этого периода работающим матерям должен предоставляться оплачиваемый отпуск или отпуск с достаточными пособиями по социальному обеспечению»⁷⁹.

⁷⁴ «Право на здоровье. Изложение фактов № 31». Всемирная организация здравоохранения. Управление Верховного комиссара Организации Объединённых Наций по правам человека. United Nations, Geneva, December 2008, ISSN 1014–5575. Стр. 16.

⁷⁵ «Право на здоровье. Изложение фактов № 31». Всемирная организация здравоохранения. Управление Верховного комиссара Организации Объединённых Наций по правам человека. United Nations, Geneva, December 2008, ISSN 1014–5575. Стр. 15.

⁷⁶ Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Принята резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1979 года. Ст. 12, п. 2.

⁷⁷ Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Принята резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1979 года. Ст. 11, п. 2, п. а.

⁷⁸ Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Принята резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1979 года. Ст. 11, п. 2, п. с.

⁷⁹ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года. Ст. 11, п. 2.

По мнению международных специалистов, право женщины на здоровье неразрывно связано с сексуальным и репродуктивным здоровьем.

Принцип 8 Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию предписывает государствам «принимать все соответствующие меры для обеспечения на основе равноправия мужчин и женщин всеобщий доступ к медицинскому обслуживанию, в том числе к услугам по охране репродуктивного здоровья, которые включают услуги, связанные с планированием семьи и сексуальным здоровьем. В рамках программ в области охраны репродуктивного здоровья должен обеспечиваться самый широкий спектр услуг без принуждения в любой форме. Все супружеские пары и отдельные лица имеют основное право свободно и ответственно решать вопрос о числе своих детей и продолжительности периода между их рождением и на получение необходимых для этого информации, образования и средств»⁸⁰.

Рассматривая вопросы здоровья женщин, Пекинская платформа действий подчёркивает, что «здоровье женщины подвергается особой опасности в связи с неадекватностью мер и отсутствием услуг по удовлетворению медико-санитарных потребностей, связанных с сексуальным и репродуктивным поведением» и указывает, что «большинство проблем со здоровьем и травм можно избежать... признав право женщин и мужчин располагать информацией и иметь доступ к безопасным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору... которые не противоречат закону и право на доступ к соответствующим услугам в области здравоохранения, которые позволяют женщинам благополучно переносить этап беременности и родов и предоставляют супружеским парам иметь здорового ребёнка»⁸¹.

Этот развёрнутый экскурс в сферу международного права необходим нам для отчётливого понимания существования женского права на здоровье как отдельной проблемы в системе права на здоровье в целом, и осознания сути глобального подхода к этой проблеме большинством государств современного мира.

Особенности исторического развития современной России оставили в прошлом большинство вопросов дискриминации женщин, которым в цитируемых документах отводится большинство внимания, однако в цитируемых пунктах отчётливо прослеживается тенденция увязывать вопросы здоровья женщины с вопросами, прежде всего, репродуктивного здоровья.

При этом авторы Пекинской платформы особо указывают, что «репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, её функций и процессов»⁸².

⁸⁰ Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию. Каир, 1994, принцип 8 <http://un.by/pdf/icp-agenda.pdf>.

⁸¹ Пекинская декларация и платформа действий. Доклад Четвёртой Всемирной конференции по положению женщин. Пекин, 4–15 сентября. Принята на 16 Пленарном заседании 15 сентября 1995 года. П. 97. Стр. 38. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20R.pdf>.

⁸² Пекинская декларация и платформа действий. Доклад Четвёртой Всемирной конференции по положению женщин. Пекин, 4–15 сентября. Принята на 16 Пленарном заседании 15 сентября 1995 года. П. 94. Стр. 37. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20R.pdf>.

В Российской Федерации ключевыми декларациями государственной политики в сфере репродуктивного здоровья граждан и развития демографии стали уже упоминавшаяся выше Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, указывающая «укрепление репродуктивного здоровья населения» как основную задачу демографической политики страны⁸³, и Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года, утверждённая распоряжением Правительства Российской Федерации № 1618-р от 25 августа 2014 года.

Этот документ рассматривает вопросы репродуктивного здоровья женщин и приводит статистику и анализ демографических данных по стране за 2013 год. Согласно данным Концепции государственной семейной политики, «в 2013 году по сравнению с 2006 годом более чем на 28% увеличилось число родившихся и составило 1895,8 тыс. детей. Повысилась доля вторых и последующих рождений в общем количестве рождений, суммарный коэффициент рождаемости в 2013 году достиг 1,707».

В числе благоприятных факторов, способствовавших позитивным изменениям в демографическом положении страны, прямо указываются «вхождение в последние годы в репродуктивный возраст многочисленного поколения молодых женщин, рождённых в 80-е годы XX века», «реализация принятых в рамках Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года мер, направленных на стимулирование рождаемости, таких, как введение ежемесячного пособия по уходу за ребёнком неработающим женщинам, увеличение размера пособия по беременности и родам и ежемесячного пособия по уходу за ребёнком работающим женщинам, введение родового сертификата и налоговые льготы», и «введение материнского (семейного) капитала, который оценивается экспертами как наиболее существенная мера, повлиявшая на стимулирование рождений вторых и последующих детей»⁸⁴.

Авторы концепции высоко оценивают эффективность программы материнского капитала. Из текста концепции следует, что «более 5 млн. семей получили государственный сертификат на материнский (семейный) капитал, из них 50% семей уже воспользовались такими средствами».

В числе прочих благоприятных демографических факторов, Концепция семейной политики указывает на реализуемые программы, направленные на сохранение здоровья граждан.

Так, в частности указывается, что «в рамках реализации в 2008–2012 годах приоритетного национального проекта «Здоровье» в субъектах Российской Федерации построено и оснащено 23 перинатальных центра, на 2013–2016 годы запланировано строительство ещё 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации».

⁸³ Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351. Гл. 3.

⁸⁴ Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года, утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации № 1618-р от 25 августа 2014 года. Гл. II. «Современное положение российской семьи».

Внедрение комплексных обследований и применение новых алгоритмов диагностики в период беременности позволили достигнуть максимального за последние годы снижения показателя материнской смертности и снизить в 3 раза за последние 30 лет уровень младенческой смертности».

К сожалению, перинатальный центр во Владимирской области, открытый в 2012 году, не попал в программу приоритетного национального проекта «Здоровье» и, по мнению нового губернатора области С. Ю. Орловой, не соответствовал заявленным высоким критериям медицинского учреждения 3-го уровня.

«Перинатальный центр – простой роддом, простым роддомом и останется!» – констатировала С. Ю. Орлова, официально понизив статус нового объекта до уровня родильного дома № 1.

По мнению губернатора области, Владимирский перинатальный центр, на самом деле таковым не является. Это всего лишь яркая вывеска, поскольку для того, чтобы быть настоящим перинатальным центром, здесь недостаточно материально-технической базы⁸⁵.

Как пишет издание «Аргументы и факты», «аудитор Счётной палаты Российской Федерации Владимир Катренко отметил, что денег на строительство здания было потрачено очень много, а по сути, все они ушли в песок. Из-за громкого названия первый роддом теперь даже не может претендовать на участие в госпрограмме строительства перинатальных центров. Мы уже давно пришли к выводу, что из-за глупости мы денег теем гораздо больше, чем из-за воровства. Слишком много растрачивается денег из-за глупости, недостаточной подготовки, – заявил он, добавив, что на неэффективное строительство перинатального центра было израсходовано 126 млн. рублей». Издание цитирует высказывание губернатора в связи с закрытием районных родильных отделений в Суздале, Собинке и Вязниках, из-за чего женщин приходилось возить рожать в другие города. Часто случалось, что малыши появлялись на свет в дороге.

«Мы посчитаем, сколько детей умерло и какие они получили травмы. И призовём ещё к ответу тех, кто проводил модернизацию, – пригрозила врио губернатора» – приводит издание слова С. Ю. Орловой. «В общей сложности во время проведения реформы здравоохранения впустили, по мнению Катренко, было потрачено 700 млн. рублей. Материалы проверки Счётная палата направила в Генеральную прокуратуру»⁸⁶.

Однако впоследствии руководству области пришлось привлечь определённые средства на техническую и организационную модернизацию учреждения. В результате этих действий родильный дом № 1 всё же был приведён в соответствие с необходимыми требованиями и постановлением губернатора № 590 от 16.06.2014 всё-таки вернул себе статус «Областного перинатального центра»⁸⁷.

⁸⁵ «Аргументы и факты» от 11.07.2013. Во Владимире нет настоящего перинатального центра. – Орлова. <http://www.vlad.aif.ru/health/details/361612>.

⁸⁶ «Аргументы и факты» от 11.07.2013. Во Владимире нет настоящего перинатального центра. – Орлова. <http://www.vlad.aif.ru/health/details/361612>.

⁸⁷ Постановление № 590 от 06.06.2014. «О переименовании государственного бюджетного учреждения здравоохранения Владимирской области «Родильный дом № 1 г. Владимира».

Стоит отметить, что действующая во Владимирской области Государственная программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы» предусматривает серьёзную модернизацию учреждений службы детства и родовспоможения, оказывающих помощь наиболее сложному контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорождённых детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции.

Как следует из текста документа, «для обеспечения снижения показателей перинатальной, младенческой и материнской смертности, особенно с учётом перехода с 2012 года на критерии регистрации рождений, рекомендованные ВОЗ, необходима модернизация существующих учреждений здравоохранения, оказывающих акушерскую и неонатологическую помощь»⁸⁸.

Описание мероприятия 3.7 Программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы» «Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений» особо отмечает износ капитальных фондов и устаревшее оборудование государственных учреждений Владимирской области, оказывающих медицинскую помощь детям.

Процент износа ряда учреждений и объектов, таких как ГБУЗ ВО «Муромский родильный дом» или родильное отделение ГБУЗ ВО «Гусь-Хрустальная ЦГБ», вплотную приблизился или достиг отметки в 100%, а общая площадь требующих капитального ремонта зданий службы родовспоможения и детства Владимирской области составляет 52880 кв. м. На ремонт подобных объектов в ближайшие два года планируется выделить 559 526,95 тыс. рублей, при этом объём финансирования в 2014 году составляет 272 618,99 тыс. рублей, а в 2015 году – 286 907,96 тыс. рублей⁸⁹.

Помимо капитальных и текущих ремонтов мероприятие программы предусматривает оснащение учреждений родовспоможения и детства современным оборудованием, в том числе для выхаживания детей с низкой и экстремально низкой массой тела.

Информация о капитальных ремонтах зданий службы родовспоможения и детства Владимирской области

Наименование учреждения	Общая площадь, кв. м	Ремонтируемая площадь, кв. м	Процент износа учреждения, %	Процент износа объекта, %	Срок, год	Стоимость, тыс. рублей	Стоимость 1 кв. м, рублей
1	2	3	4	5	6	7	8
РОДИЛЬНЫЕ ДОМА							
ГБУЗ ВО «Родильный дом № 1 г. Владимира»	6683,90	5336,70	6,3	2,7		28 300,00	5302,90

⁸⁸ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 156.

⁸⁹ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 157.

1	2	3	4	5	6	7	8
ГБУЗ ВО «Родильный дом № 2 г. Владимира»	6172,50	4538,10	70,4	67,4		30 420,40	6703,33
ГБУЗ ВО «Муромский родильный дом»	10995,30	632,00	12,6	100,0		4500,00	7120,25
РОДИЛЬНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ							
ГБУЗ ВО «Александровская ЦРБ»	23 750,7	5026,45	90,4	85,3		40 106,40	7979,07
ГБУЗ ВО «Гусь-Хрустальная ЦГБ»	26943,7	3570,7	97,9	98,0		62 772,00	17 579,75
ГБУЗ ВО «Ковровская многопрофильная городская больница № 1»	11 584,5	2399	87,2	66,6		46 712,90	19 471,82
ГБУЗ ВО «Кольчугинская ЦРБ»	28 631,8	4097,5	57,2	37,9		75 925,90	17 939,59
ДЕТСКИЕ БОЛЬНИЦЫ							
ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница»	22 807,2	10 785,2	39,4	34,5		138 200,66	12 813,92
ГБУЗ ВО «Александровская районная детская больница»	5391,6	3999,48	66,0	66,0		44 974,60	11 245,11
ГБУЗ ВО «Детская больница г. Гусь-Хрустальный»	7635,9	7593,1	74,3	68,0		36 715,50	4835,38
ГБУЗ ВО «Детская больница округа Муром»	7790,6	3276,7	76,3	64,0		17 512,80	5344,65
ГБУЗ ВО «Судогодская ЦРБ»	12 055	400	70,6	33,0		3021,61	7554,03
ГБУЗ ВО «Суздальская ЦРБ»	8450,4	1225,1	45,0	45,0		22 051,80	18 000,00
ГБУЗ ВО «Городская больница № 2 г. Владимира»	15 402,3	918,9	70,8	70,1		8312,38	9046,01
ИТОГО:	178 893,10	52 880,03	793,60	768,40		559 526,95	
В ТОМ ЧИСЛЕ:							
					2014	272 618,99	
					2015	286 907,96	

Возвращаясь к проблемам репродуктивного здоровья в целом, имеет смысл ещё раз процитировать Концепцию семейной политики Российской Федерации, авторы которой констатируют ряд тревожных тенденций, таких, как «ухудшение показателей репродуктивного здоровья женщин. В частности, сохраняется рост онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин, растут случаи женского бесплодия»⁹⁰.

⁹⁰ Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года, утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации № 1618-р от 25 августа 2014 года. Гл. II «Современное положение российской семьи».

По данным Минздравсоцразвития России, опубликованным в 2013 году, в наиболее важной с точки зрения репродуктивной функции возрастной группе женщин от 18 до 29 лет в амбулаторной помощи акушера-гинеколога нуждается почти половина – 437 человек на тысячу. При этом речь идёт только о патологических обращениях в связи с болезнями и нарушениями.

Авторы этого же исследования указывают, кстати, на крайне низкую кратность посещений женских консультаций. То есть, говоря простым языком – в основной репродуктивной группе фактически отсутствует практика регулярного обследования и профилактики.

Очевидно, что корни этого явления кроются не только в общих проблемах российского здравоохранения. Изношенность основных технических фондов, нехватка оборудования и материалов, низкая зарплата врачей – это общие места, давно и хорошо всем известные и понятные. Крайне важной проблемой стоит считать внутреннее отношение женщины к вопросам собственного здоровья и отношение к этим проблемам в обществе.

По единодушному мнению специалистов, серьёзной угрозой репродуктивному здоровью женщин по-прежнему остаётся прерывание беременности. Когда-то РСФСР был первым государством мира, узаконившим аборт, и до настоящего времени эта операция входит в перечень видов медицинской помощи, покрываемых обязательным медицинским страхованием. Иными словами, проведение аборт оплачивается за счёт медицинского бюджета Российской Федерации.

По данным издания «Демоскоп Weekly», в России большинство аборт до сих пор производится именно при помощи наименее щадящего метода дилатации и кюретажа (расширения и выскабливания), признанного крайне нежелательным Всемирной организацией здравоохранения.

В сборнике рекомендаций для систем здравоохранения по вопросам политики и практики ВОЗ прямо указано, что «к этому методу следует прибегать лишь тогда, когда нет возможности воспользоваться ни одним из вышеназванных методов»⁹¹.

«Не удивляет, что в отечественной медицинской литературе преобладает взгляд на искусственный аборт как на операцию, калечащую здоровье женщины. Вот, в частности, о каких возможных последствиях аборта врачи должны, согласно рекомендациям Минздравсоцразвития, предупредить женщину, пришедшую сделать аборт: бесплодие; хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки; нарушение функций яичников; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды; различные осложнения родовой деятельности; кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; нервно-психические расстройства и др.»⁹², – указывают авторы статьи, ссылаясь на приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2007 года № 335.

⁹¹ Всемирная организация здравоохранения. Безопасный аборт: сборник рекомендаций для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/125370/WQ440r.pdf. Стр. 34.

⁹² Демоскоп Weekly № 465–4662–22 мая 2011. Перейдёт ли Россия от аборта к планированию семьи?

Этот документ, кстати сказать, помимо приведённых авторами данных, также предписывает предупредить пациента о том, что операция, подразумевающая столь существенные для репродуктивного здоровья последствия, «входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно»⁹³.

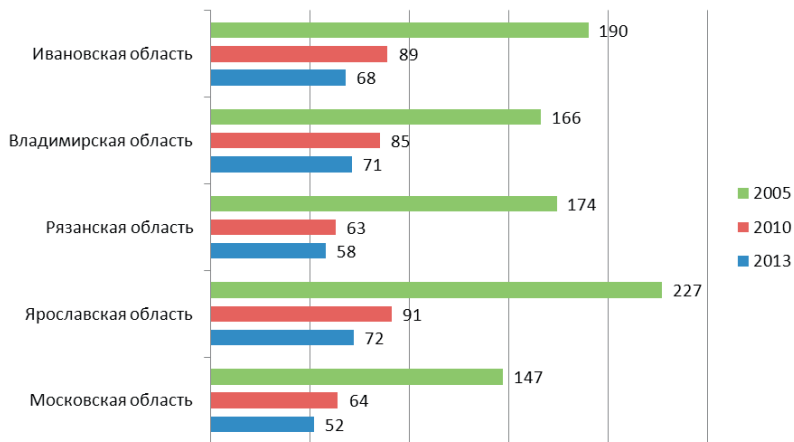
Однако, несмотря на то, что когда-то СССР, а потом и Российская Федерация занимали ведущие позиции по соотношению числа аборт к числу рождаемых, по данным Концепции семейной политики Российской Федерации в последнее время отмечается «сохранение стойкой тенденции к снижению числа абортов, в том числе у первобеременных женщин.

Характеристика возрастной структуры абортов показывает, что большинство из них приходится на женщин в возрасте 25–29 лет (28% общего числа абортов). Число абортов у девочек в возрасте до 14 лет за последние 5 лет сократилось на 33,6%»⁹⁴.

Во многом снижению числа абортов способствовала реализация комплекса мероприятий, проводимых в субъектах Российской Федерации, по оказанию женщинам консультативной, медицинской и социально-психологической помощи в случае незапланированной беременности.

Определённые результаты в борьбе с искусственным прерыванием беременности достигнуты и во Владимирской области.

Прерывания беременности по субъектам Российской Федерации на 100 родов (Федеральная служба государственной статистики)



По сравнению с показателями 2005 года общее количество абортов снизилось в несколько раз. Если в 2005 году на 1000 родов в регионе при-

⁹³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 17 мая 2007 г. № 335 г. Москва.

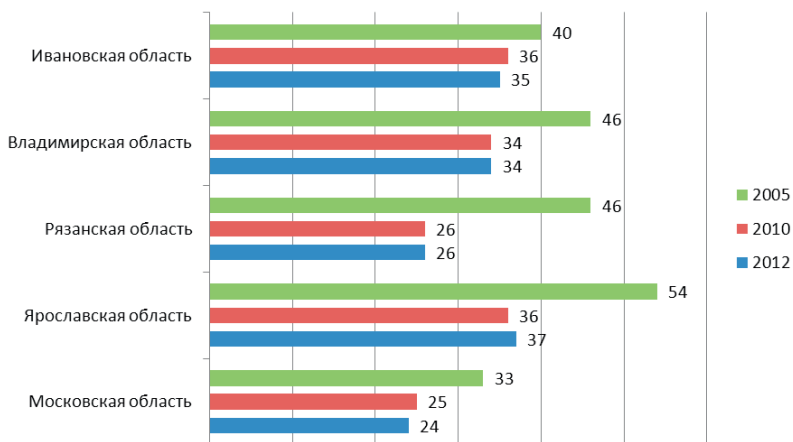
⁹⁴ Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года, утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации № 1618-р от 25 августа 2014 года. Гл. II «Современное положение российской семьи».

ходилось 166 прерываний беременности, то к 2012 году этот показатель последовательно снизился до 71⁹⁵.

Эти показатели вполне коррелируют с показателями соседних регионов, 83 – в Ивановской области, 82 – в Ярославской области и 61 – в Рязанской области по данным на 2012 год.

Тем не менее, число абортс на 1000 женщин фертильного возраста (15–49 лет) составило в 2012 году 34, что серьезно превышает средний показатель Центрального федерального округа – 23.

Прерывания беременности по субъектам Российской Федерации на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет (Федеральная служба государственной статистики)



По данным департамента здравоохранения Владимирской области, ежегодно уменьшается число искусственных прерываний беременности, выполненных по медицинским показаниям. Прерывания беременности по социальным показаниям после сокращения перечня показаний стали единичными.

Положительным моментом является преобладание в структуре абортс мини-абортс как наиболее щадящего метода прерывания беременности (52%). Кроме того, в последние годы получает распространение медикаментозное прерывание беременности, исключаящее хирургическое вмешательство.

При уменьшении абсолютного числа абортс снижается и удельный вес абортс у первобеременных к общему числу абортс⁹⁶.

⁹⁵ Федеральная служба государственной статистики. Официальная статистика. Здравоохранение. Прерывание беременности (абортс). http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/.

⁹⁶ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 154.

Согласно данным Государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области» мероприятия, направленные на профилактику аборт, развитие центра кризисной беременности и кабинетов кризисных ситуаций для беременных женщин требуют финансирования в объёме 47 814,0 тыс. рублей⁹⁷.

По мнению авторов программы, профилактика абортов в первую очередь подразумевает первичную профилактику, т. е. работу со здоровыми подростками с целью формирования у них представления о ценности сексуального и репродуктивного здоровья.

Основой первичной профилактики авторы программы считают повсеместное распространение информации о вреде аборта, психофизиологических и других знаний о половой жизни и сексуальном поведении и отмечают в связи с этим важность успешного функционирования областного Центра планирования семьи и репродукции. Количество лекций, просветительских показов и бесед с психологами ежегодно увеличивается, что, несомненно, благоприятным образом сказывается на общем снижении числа абортов в регионе.

Отмечая прямую зависимость комфортности материнства от общей комфортности и удовлетворённости социальными и бытовыми условиями, авторы программы опираются на данные социологических опросов, в которых главными причинами отказа от деторождения молодые люди называют невозможность содержания и воспитания детей на должном уровне, отсутствие необходимых социальных гарантий от государства, распад института семьи.

Одним из выходов в сложившейся ситуации во Владимирской области считают создание разветвлённой сети центров социальной и медицинской поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Такие консультации планируется организовать на базе женских консультаций региона, в структуре Центра планирования семьи и прочих учреждений охраны материнства и детства.

Смертность женщин от осложнений беременности, родов и послеродового периода (материнская смертность)

	Число умерших от указанной причины смерти на 100 000 родившихся живыми		
	2011	2012	2013
Российская Федерация	16,2	11,5	11,3
Центральный федеральный округ	15,7	9,8	10,9
Владимирская область	38,4	24,3	19,1
Московская область	12,7	4,8	4,7
Рязанская область	50,9	8,0	8,1
Ярославская область	7,1	6,6	32,6

⁹⁷ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 153.

По мнению авторов проекта «первостепенными задачами центров являются медицинская и социально-психологическая помощь женщинам в случаях незапланированной беременности, направленная на обеспечение позитивной альтернативы аборту; оказание содействия в предоставлении временного приюта в учреждениях социальной защиты, организация патронажа женщин, нуждающихся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке».

Кроме того, центры социальной и медицинской поддержки беременных призваны оказывать медико-социальные услуги женщинам, оказавшимся в сложной жизненной ситуации.

Если это предложение будет реализовано на практике, и центры медико-социальной защиты станут центрами реальной поддержки для женщин, подвергшихся физическому и психологическому насилию, потерявших родных и близких, матерей детей-инвалидов, женщин-инвалидов, одиноких матерей с несовершеннолетними детьми, несовершеннолетних матерей и т.д., как это заявлено в Программе, это станет серьёзным свидетельством ответственного понимания сути женского права на здоровье со стороны администрации Владимирской области.

Обеспечение отдельной социальной инфраструктуры для женского населения региона будет не только способствовать сохранению репродуктивного здоровья, не просто позволит снизить общее число аборт. Успешное внедрение подобной практики может стать ярким примером внедрения в жизнь высоких норм международных деклараций и рекомендаций и создать прецедент эффективного формирования региональной защиты прав значительной категории граждан, требующей особого отношения и повышенного внимания.

Социально значимые заболевания и заболевания, представляющие опасность для окружающих. Текущая ситуация и перспективы борьбы с проблемой

По ряду причин, социально значимые заболевания и заболевания, представляющие опасность для окружающих, традиционно являются предметом особенного внимания при исследовании вопросов права на здоровье. Применительно к этой категории заболеваний, прежде всего, имеет место известный правовой конфликт, который, в весьма упрощённом виде, можно представить следующим образом: традиционные права больного социально значимыми и социально опасными заболеваниями и его частные интересы (в частности выбор – лечиться или нет), прямо противоречат интересам и безопасности общества, создавая серьёзную угрозу дискриминации подобных больных, особенно в периоды эпидемий социальных болезней.

В контексте международного права этот вопрос подробно рассмотрен в связи с распространением ВИЧ-инфекции в «Международных руководящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека», принятых в ходе второй Международной консультации по ВИЧ/СПИДу и правам человека в Женеве 23–25 сентября 1996 года.

Согласно этому документу, «интересы общественного здравоохранения не вступают в коллизию с правами человека. Напротив, общепризнано, что, когда защищаются права человека, инфицируется меньшее число людей, а лица, инфицированные ВИЧ и больные СПИДом, и их семьи успешнее справляются с трудностями, вызванными ВИЧ/СПИДом»⁹⁸.

Документ прямо предостерегает страны-участницы от любых форм дискриминации и прямо рекомендует, в частности, «принять или усилить антидискриминационные и другие защитительные законы, которые ограждали бы от дискриминации в государственном и частном секторах уязвимые группы, лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом, и инвалидов; обеспечивали бы неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность и соблюдение этических норм при проведении исследований на человеке; делали бы акцент на воспитательных и согласительных процедурах и предусматривали бы быстрое и эффективное применение административных и гражданско-правовых средств защиты».

Эти правовые и моральные установки вполне применимы не только в отношении людей, инфицированных ВИЧ, но и к пациентам, страдающим любыми формами и видами заболеваний, признанных российским законодательством социально значимыми или представляющими опасность для окружающих. Перечень таких заболеваний утверждён постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года № 715. Социально значимыми, согласно постановлению, признаны туберкулёз, инфекции, передающиеся преимущественно половым путём, гепатит В, гепатит С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), злокачественные новообразования, сахарный диабет и психические расстройства и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Некоторые из этих заболеваний, такие как ВИЧ, гепатиты В и С и инфекции, передающиеся половым путём, также вошли и в категорию заболеваний, представляющих опасность для окружающих, наряду с вирусными лихорадками, дифтерией, малярией и рядом других заболеваний⁹⁹.

Массовость и способность к широкому распространению социально значимых заболеваний специалисты традиционно считают основным признаком и ключевой проблемой этой категории. Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)» подчёркивает, что «лечение таких больных требует привлечения дополнительных средств и укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения». Из текста документа следует, что «необходимость подготовки и реализации Программы вызвана рядом факторов социально-экономического характера, влияющих на снижение качества жизни населения, в том числе чрезмерными стрессовыми нагрузками, снижением уровня санитарно-

⁹⁸ «Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека: Объединённый вариант 2006 года.

⁹⁹ Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

гигиенической культуры, а также всё ещё высокими показателями заболеваемости, инвалидности и смертности»¹⁰⁰.

Не имея возможности и необходимости рассматривать в рамках настоящего исследования весь спектр социально значимых заболеваний, имеет смысл остановиться на рассмотрении текущей ситуации в российском здравоохранении в целом и в системе здравоохранения Владимирской области в связи с вопросами распространения ВИЧ-инфекции и туберкулёза. По оценкам ВОЗ, именно эти заболевания являются главными мировыми причинами смерти от какого-либо одного инфекционного агента и представляют одну из главных мировых угроз¹⁰¹.

Напомним, борьба с ВИЧ/СПИДом и туберкулёзом входит в число восьми Целей развития тысячелетия, разработанных на основе восьми глав Декларации Тысячелетия ООН, подписанной в сентябре 2000 года¹⁰².

По оценкам бремени болезни и соответствующих тенденций, таких как заболеваемость, распространённость и смертность, согласно Докладу ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулёзом 2013 Российская Федерация входит в число стран с высоким бременем, опережая Уганду, Танзанию и Зимбабве¹⁰³.

12 стран, на которые приходится 80 % (237 000) оценочных случаев МЛУ ТБ среди зарегистрированных больных, 2012 год (Доклад о глобальной борьбе с туберкулёзом 2013)

Страна	Наилучшая оценка	Доверительный интервал	Число зарегистрированных случаев МЛУ-ТБ в 2012 году
Индия	64 000	49 000–79 000	16 588
Китай	59 000	52 000–66 000	3 007
Российская Федерация	46 000	43 000–49 000	13 612
Филиппины	13 000	10 000–16 000	679
Пакистан	11 000	0–29 000	1 602
Казахстан	8 800	8 700–9 000	7 608
Южная Африка	8 100	6 900–9 400	15 419
Индонезия	6 900	5 200–8 500	428
Украина	6 800	6 500–7 000	6 934
Мьянма	6 000	4 600–7 500	778
Узбекистан	4 000	3 700–4 300	1 728
Бангладеш	4 200	3 100–5 200	513

¹⁰⁰ Постановление Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 г. № 280 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)». Система ГАРАНТ: http://base.garant.ru/4184672/#block_1000#ixzz3FY0BPSyу.

¹⁰¹ Обратный отсчёт до 2015 года. Доклад о глобальной борьбе с туберкулёзом 2013. Всемирная организация здравоохранения. Приложение.

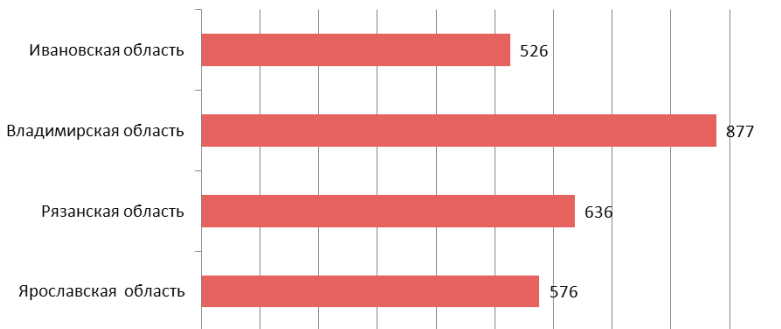
¹⁰² Декларация тысячелетия Организации Объединённых Наций. Принята резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 года <http://www.un.org/ru/millenniumgoals/aids.shtml>.

¹⁰³ Обратный отсчёт до 2015 года. Доклад о глобальной борьбе с туберкулёзом 2013. Всемирная организация здравоохранения. Приложение.

По оценкам ВОЗ, в числе 12 стран, на которые приходится 80 % оценочных случаев туберкулёза со множественной лекарственной устойчивостью, Российская Федерация находится на третьем месте, уступая лишь Индии и Китаю¹⁰⁴. Этот же источник констатирует, что Россия в рамках реализации Целей развития тысячелетия и целей борьбы с МЛУ туберкулёзом, поставленных в глобальном плане «Остановить туберкулёз 2011–2015», не достигнет к 2015 году задачи 50 % снижения смертности от этого заболевания.

Впрочем, в долгосрочной перспективе, оценки ВОЗ выглядят более оптимистичными. Как говорится в Докладе: «ожидается, что Российская Федерация все же достигнет цели развития тысячелетия: заболеваемость туберкулёзом быстро снижается по сравнению с большинством других стран с высоким бременем туберкулёза. Распространённость и смертность неуклонно снижались в течение нескольких лет. Тем не менее, сокращение вдвое уровней распространённости и смертности туберкулёза к 2015 году по сравнению с 1990 годом является весьма сложной задачей из-за ухудшения эпидемической ситуации в 1990-х годах. Выявление случаев заболеваний сохранялось на высоком уровне на протяжении многих лет. Приверженность правительства к борьбе с туберкулёзом и связанные с ней высокие уровни финансирования (больше, чем в любой другой СВБ, более 1 млрд. долл. США в год) обеспечивают прочную основу для дальнейшего прогресса»¹⁰⁵.

Заболеваемость населения активным туберкулёзом по субъектам Российской Федерации в 2012 году (выявлено заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни)
Федеральная служба государственной статистики



По данным Минздрава России, опубликованным Федеральной службой государственной статистики, коэффициент зарегистрированных больных с диагнозом «активный туберкулёз», установленным

¹⁰⁴ Обратный отсчёт до 2015 года. Доклад о глобальной борьбе с туберкулёзом 2013. Всемирная организация здравоохранения. Приложение.

¹⁰⁵ Доклад о глобальной борьбе с туберкулёзом 2013. Всемирная организация здравоохранения.

впервые в жизни, составил в 2012 году 73 на 100 000 населения страны. Этот показатель заметно ниже коэффициента 89,8, зарегистрированного в 2000 году, и в сравнении с показателями промежуточного периода наглядно демонстрирует к снижению уровня первичной заболеваемости туберкулёзом в стране¹⁰⁶.

Заболеваемость населения Российской Федерации активным туберкулёзом (данные Минздрава России, расчёт Росстата)



Эта тенденция отчётливо прослеживается на примере Владимирской области. Если коэффициент заболеваемости туберкулёзом в 2000 году составлял 105,6 на 100 000 населения, то по итогам 2013 года этот показатель снизился более чем в два раза и составил 51,2.

В период с 2008 по 2012 год в области на 24,3% снизился территориальный показатель заболеваемости населения туберкулёзом – с 80,8 до 61,2 на 100 тыс. населения соответственно.

При этом показатель заболеваемости туберкулёзом постоянно проживающего населения уменьшился на 28,7% (60,7 до 43,3 на 100 тыс. населения).

Если в период с 2008 по 2012 год в Российской Федерации уровень заболеваемости туберкулёзом среди детей вырос с 15,3 до 16,6 случая на 100 000 населения, то во Владимирской области, наоборот – снизился с 16,4 до 13,7 на 100 тыс. детского населения.

Показатель смертности населения от туберкулёза снизился с 2008 года на 31,1% и составил 7,5 случая на 100 тыс. населения.

Авторы Государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области» отмечают, что стабильно высокие показатели эффективности лечения туберкулёза в регионе. По данным Программы, клиническое излечение больных туберкулёзом органов дыхания в 2011 году составило 45,7%, при среднем для Российской Федерации показателе 34,3%.

По мнению авторов, существенным фактором в улучшении показателей заболеваемости туберкулёзом стало стопроцентное стабильное бюджетное финансирование туберкулёзной службы области, реализация

¹⁰⁶ Федеральная служба государственной статистики. Заболеваемость населения социально значимыми болезнями. <http://www.gks.ru>.

областных целевых программ «Неотложные меры борьбы с туберкулезом во Владимирской области», а затем компонента «Туберкулез» долгосрочной целевой программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2009–2014 годы». Значительную роль сыграло также привлечение внешней экспертной помощи со стороны российских федеральных организаций (Центральный НИИ туберкулеза РАМН, директор – академик Ерохин В. В.), и международных учреждений – Всемирной организации здравоохранения, Центра по контролю и профилактике заболеваний США.

По данным Программы, в области централизовано обеспечение противотуберкулезных препаратов, в том числе дорогостоящих. Так, за счёт средств областного и федерального бюджетов стабильно поддерживается полугодовой запас противотуберкулезных препаратов необходимого ассортимента¹⁰⁷.

Противотуберкулезная служба Владимирской области действует на трёх административных уровнях. На муниципальном уровне помощь населению оказывают 19 фтизиатрических кабинетов учреждениях первичной медико-санитарной помощи, на межрайонном уровне действуют два туберкулезных диспансера в Коврове и Муроме, а областной уровень представлен Патакинской областной туберкулезной больницей и ГБУЗ ВО «Областной противотуберкулезный диспансер». Последнее учреждение запланировано к реорганизации в Медицинский фтизиопульмонологический центр.

В соответствии с требованиями «Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом», утверждённого приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932, диспансер оказывает специализированную помощь, включая микробиологическую, лучевую и эндоскопическую диагностику, торакальную хирургию, лечение лекарственно-устойчивого и внелёгочного туберкулеза¹⁰⁸. Кроме того, в регионе действует туберкулезное отделение на базе ГБУЗ ВО «Областная психиатрическая больница № 2».

Однако эффективная противотуберкулезная служба региона находится на пороге предсказуемого кадрового кризиса. Помимо того, что уже в настоящее время кадровый дефицит фтизиатров в области составляет 50%, из 53 работающих врачей 22 – пенсионеры, а средний возраст врача-фтизиатра составляет в области 54 года, что уже в краткосрочной перспективе способно породить серьёзные сбои в организации борьбы с туберкулезом во Владимирской области.

Проблема распространения другого смертельного социально опасного заболевания – ВИЧ-инфекции – в Российской Федерации в целом и во Владимирской области в частности также внушает серьёзные опасения.

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, общее число россиян, инфицирован-

¹⁰⁷ Государственная программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы». Утверждена постановлением губернатора области от 30.04.2013 № 494. Стр. 75.

¹⁰⁸ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом». Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/70340750/#ixzz3FYMIHEIT>.

ных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации до 31 декабря 2013 г., составило 798 866 человек¹⁰⁹.

В 2013 году на 10,8 % увеличилось кумулятивное количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. За весь период наблюдения в Федеральный центр по профилактике и борьбе со СПИДом поступили данные о 110 764 смертях ВИЧ-позитивных лиц, однако эти данные поступали с существенной задержкой.

По данным формы мониторинга приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения Роспотребнадзора, в Российской Федерации к 31 декабря 2013 года умерло по разным причинам 153 221 ВИЧ-инфицированных, в т. ч. 22 387 только за 2013 год (20 511 – в 2012)¹¹⁰.

В 2013 году, по данным той же лаборатории, показатель заболеваемости составил 54,3 на 100 тыс. населения, а коэффициент пораженности ВИЧ-инфекцией на 31 декабря 2013 года составлял 479 на 100 тыс. населения России.

Характерные тенденции прослеживаются при анализе возрастных групп вновь выявленных случаев инфицирования. Если в 2000 году на долю подростков и молодёжи в возрасте 15–20 лет приходилось 24,7 % вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции, то в результате ежегодного уменьшения в 2013 году эта группа составила лишь 1,4 %. Сократилась доля случаев ВИЧ в возрастной группе 20–30 лет – с 64 % в 2001–2004 годах до 31,8 % в 2013 году.

Зато увеличение доли новых выявленных случаев наблюдалось в возрасте 30–40 лет (с 9,9 % в 2000 году до 46,2 % в 2013 году) и 40–50 лет (с 2,4 % в 2000 году до 13,6 % в 2013 году).

Несложно догадаться, что человек, который попадал в 2000 году в категорию 15–20-летних, в 2014 году оказался в группе 30–40-летних, что может косвенно свидетельствовать об излишне рискованном поведении групп населения, родившихся в конце 1970-х и начале 1980-х годов и переживших в пубертатном возрасте эпоху общественной и экономической трансформации и нестабильности 1990-х годов.

Кроме того, всё большее число больных в стране выявляется на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Это значит, что эти люди были заражены ВИЧ в более молодом возрасте и продолжительное время являлись источниками инфекции для основного населения.

У 57,0 % ВИЧ-позитивных с установленными факторами риска заражения, обнаруженных в 2013 году, основным фактором риска было указано употребление наркотиков нестерильным инструментарием. Кстати, этот фактор риска заражения является одним из основных – за весь период наблюдения он был указан у 296,6 тыс. ВИЧ-инфицированных. В 2013 году зарегистрированы несколько случаев заражения ВИЧ, связанных с оказанием медицинской помощи. При этом в 5 из 6 случаев за-

¹⁰⁹ ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2013 г., данные о СПИДе 2013. Специализированная НИ лаборатория по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии (Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, руководитель В.В. Покровский) <http://www.hivrussia.net/doc/docs.shtml>.

¹¹⁰ ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2013 г., данные о СПИДе 2013. Специализированная НИ лаборатория по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии (Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, руководитель В.В. Покровский) <http://www.hivrussia.net/doc/docs.shtml>.

ражения, связанных с использованием нестерильного инструментария, в больницах были заражены дети.

Таким образом, по оценке аналитиков Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в стране в 2013 году наблюдалось ухудшение эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции. Высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией сохранился, темпы прироста новых случаев заражения не снизились, общее число и число смертей ВИЧ-инфицированных увеличивалось.

По мнению экспертов, активизировался выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию. В стране наметилась отчётливая тенденция к увеличению частоты и доли полового пути передачи ВИЧ, как при гетеросексуальных, так и гомосексуальных контактах, при отсутствии признаков стабилизации эпидемии среди наркоторексителей.

Специалисты лаборатории В.В. Покровского по профилактике и борьбе со СПИДом ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии отмечают, что «организационные и профилактические мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции не направлены на основные движущие силы эпидемии, осуществляются на недостаточном уровне и не позволяют добиться ощутимых результатов в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции»¹¹¹.

Печальные общероссийские тенденции развития заболеваемости ВИЧ/СПИДом актуальны и для Владимирской области.

**Количество зарегистрированных инфицированных ВИЧ
среди граждан России на 31 декабря 2013 года
(Федеральный научно-методический центр по профилактике
и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора)**

	Число инфицированных ВИЧ					Из них больных СПИДом			
	Всего	Детей	Число инфицированных ВИЧ детей, заражённых от матерей	Из них умерло		Всего	Детей	Из них умерло	
				Всего	Детей			Всего	Детей
Российская Федерация	798 866	7524	5621	110 764	612	27 669	386	23 117	74
Центральный федеральный округ	145 205	1306	1042	17 458	74	3363	36	2620	3
Владимирская область	3681	38	29	585	1	198	0	186	0
Ивановская область	7204	68	47	785	5	64	2	59	2
Московская область	46 023	526	414	7463	37	402	7	382	6
Рязанская область	3408	30	30	1008	1	248	4	222	1
Ярославская область	2084	12	10	391	2	195	2	119	1

¹¹¹ ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2013 г., данные о СПИДе 2013. Специализированная НИ лаборатория по профилактике и борьбе со СПИДом ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии (Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, руководитель В.В. Покровский) <http://www.hivrussia.net/doc/docs.shtml>.

Если в 2005 году на территории региона было зафиксировано 183 новых случая ВИЧ-инфекции, то в 2010 году этот показатель составлял уже 279 случаев, а в 2013–391!

При этом на территории Владимирской области зарегистрирован 3681 ВИЧ-инфицированный пациент. Из 38 ВИЧ-инфицированных детей 29 заразились от матерей. По состоянию на декабрь 2013 года в стадию СПИД заболевание развилось у 186 жителей Владимирской области¹¹².

Количество новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди жителей субъектов Российской Федерации с 2005 по 2013 год, исключая детей с неустановленным диагнозом (Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Российская Федерация	35 433	39 334	45 056	54 828	58 210	58 326	62 403	70 748	77 896
Центральный федеральный округ	7 264	8 111	8 316	9 257	9 324	8 997	8 839	11 209	11 194
Владимирская область	183	178	194	248	238	279	315	358	391
Ивановская область	361	400	423	514	455	491	543	584	615
Московская область	2 170	2 409	2 808	2 816	3 057	2 855	2 548	3 251	3 112
Рязанская область	154	169	186	205	204	227	188	191	285
Ярославская область	101	116	112	131	166	148	146	162	190

Оценивая деятельность областной системы здравоохранения в профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией, первая же проблема оказывается хорошо знакомой нам по ситуации с туберкулезом.

Дефицит врачебных кадров в Областном центре по профилактике и борьбе со СПИДом, организованном на базе поликлиники ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», составляет 70%, а штатное расписание организации не укомплектовано.

При этом Центр должен осуществлять координацию и организационно-методическую работу по проведению диагностических, лечебных, профилактических мероприятий по вопросам ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний на территории всей Владимирской области и обеспечивать амбулаторной помощью инфицированных ВИЧ и социально опасными гепатитами В и С.

На 50% укомплектовано врачебными кадрами инфекционное отделение ГБУЗ ВО «Городская больница № 6 г. Владимира» и инфекцион-

¹¹² ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2013 г., данные о СПИДе 2013. Специализированная НИ лаборатория по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии (Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, руководитель В. В. Покровский) <http://www.hivrussia.net/doc/docs.shtml>.

ные отделения центральных районных больниц, которые оказывают стационарную помощь этой категории больных.

Общая нехватка врачебных кадров по этому направлению во Владимирской области составляет 73 % и является ключевой проблемой в борьбе с распространением заболевания.

При этом нельзя не отметить, что власти региона и немногочисленные сотрудники учреждений системы здравоохранения прилагают все возможные усилия для эффективной борьбы с распространением ВИЧ-инфекции, носящим характер эпидемии.

Так в регионе не отмечено проблем с обеспечением препаратами противовирусной терапии. В 2012 году специфическое лечение с использованием антиретровирусных препаратов получали 43,9% ВИЧ-инфицированных (в 2011–35,8%), при этом были удовлетворены потребности всех желающих проходить такое лечение¹¹³.

Тем, не менее, напомним, что закупки и поставки лекарственных и диагностических средств для лечения и мониторинга эффективности лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, обеспечившие доступность лечения ВИЧ-инфекции для всех нуждающихся, осуществляются из средств федерального бюджета Минздравом России в рамках Федерального закона от 24 февраля 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)»¹¹⁴.

Химиопрофилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку получили 492 инфицированные беременные женщины, или 90,4 % от числа завершивших беременность родами. В 2011 году этот показатель составлял 88 %, в 2012 году – 90 %. Охват химиопрофилактикой новорождённых составил 92,3 %.

Однако, несмотря на эти мероприятия и увеличение показателей охвата антиретровирусной профилактикой беременных женщин и их новорождённых детей, частота вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребёнку на 1,5 % превышает среднероссийский показатель в 6 % и составляет 7,5 %.

Интенсивное вовлечение женщин в распространение ВИЧ-инфекции является печальной общероссийской тенденцией с 2002 года. К концу 2013 года на долю женского населения в России приходилось 36,7 % всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции¹¹⁵. Во Владимирской области в 2012 году женщины составили более 50 % новых случаев ВИЧ-ин-

¹¹³ Государственная программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы». Утверждена постановлением губернатора области от 30.04.2013 № 494. Стр. 81.

¹¹⁴ Федеральный закон от 24 февраля 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)».

¹¹⁵ ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2013 г., данные о СПИДе 2013. Специализированная НИ лаборатория по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии (Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, руководитель В.В. Покровский) <http://www.hivrussia.net/doc/docs.shtml>.

фекции, причём на 85 % случаи заражения связаны с традиционными половыми контактами гетеросексуального характера. Год назад, в 2012 году, показатель кумулятивного количества инфицированных женщин был существенно ниже и составлял 39,3 от всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции.

Владимирские медики отмечают, что начиная с 2009 года, ежегодно регистрируется до 150 новых случаев заражения среди женщин.

Вместе с профилактикой и лечением туберкулёза, борьба с распространением ВИЧ-инфекции стала одним из отдельных мероприятий Государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы» в рамках подпрограммы совершенствования оказания специализированной, включая высокотехнологичную медицинскую помощь, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации».

На реализацию этих и других мероприятий подпрограммы с 2013 по 2020 год запланировано финансовое обеспечение в объёме 64 181 079 тысяч рублей, при этом львиная доля затрат (49 512 774 тысячи рублей) приходится на средства территориального фонда обязательного медицинского страхования. Областной бюджет должен выделить 12 030 487 тысяч рублей, а средства федерального бюджета составляют 2 637 819 тысяч рублей.

Заявленная реализация мероприятий подпрограммы должна обеспечить повышение показателей абацилирования больных туберкулёзом с текущих 60 до 75 %, увеличить число получающих антиретровирусную терапию ВИЧ-инфицированных до 50 % и увеличить продолжительность их жизни до 20 лет.

При этом ключевую проблему – острую нехватку врачебных кадров – планируется решать за счёт мероприятий гораздо более скромной по финансированию подпрограммы 6 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», общий объём финансового обеспечения которой на период с 2013 по 2020 год составляет 1 270 225 тысяч рублей, большую часть которых предполагается обеспечить за счёт областного бюджета (1 265 225 тысяч рублей)¹¹⁶.

Региональные расходы на здравоохранение Владимирской области. Сравнительный анализ бюджетных данных

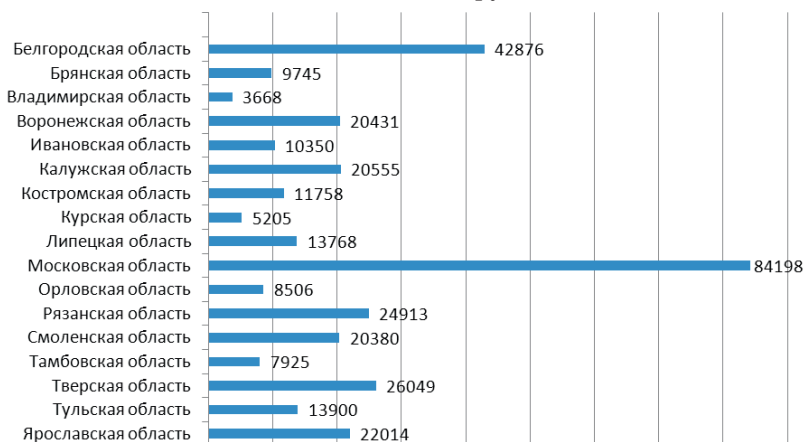
Оценить отношение к реализации права на здоровье граждан Владимирской области, определить основные тенденции финансовой политики региона в последние годы и составить общую картину выполнения государственных обязательств в сфере охраны здоровья логичнее всего на основании сравнительного анализа показателей исполнения бюджета региона в последние годы.

¹¹⁶ Государственная программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы». Утверждена постановлением губернатора области от 30.04.2013 № 494. Стр. 72, стр. 187.

Однако непосредственное рассмотрение и сопоставление этих данных имеет смысл предварить общей оценкой состояния бюджета региона на фоне других областей Центрального федерального округа.

Прежде всего стоит отметить, что Владимирская область лидирует по двум важным показателям. Экономике региона, прежде всего, характеризует самый незначительный в округе объём долговых обязательств перед федеральным бюджетом. По данным департамента финансов, бюджетной и налоговой политики администрации Владимирской области, опубликованным в брошюре для граждан «Отчёт об исполнении бюджета за 2013 год»¹¹⁷, государственный долг Владимирской области составил 3 668 млн. рублей.

Государственный долг субъектов Российской Федерации, входящих в Центральный федеральный округ по состоянию на 01.01.2014, млн. рублей



Это самый низкий показатель по ЦФО – для сравнения уместно привести показатели задолженности ближайших соседей. Рязанская область должна 24 913 млн. рублей, Ярославская область – 22 014 млн., долг Ивановской области составляет 10 350 млн. рублей, а город Москва лидирует по задолженности с показателем 179 186 млн. рублей.

Социальная ориентированность бюджета Владимирской области также не вызывает сомнений при сравнении показателей исполнения бюджетов этого региона с показателями других областей за аналогичный период.

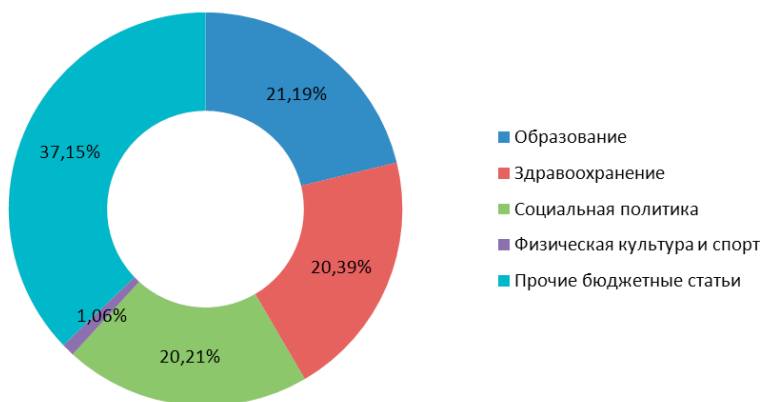
В процентном соотношении исполнения бюджета 2013 года по разделам классификации расходов Владимирская область бесспорно лидирует в Центральном федеральном округе (в процентном соотношении

¹¹⁷ Департамент финансов, бюджетной и налоговой политики администрации Владимирской области «Отчёт об исполнении бюджета за 2013 год», стр. 69. Государственный долг субъектов Российской Федерации, входящих в Центральный федеральный округ, по состоянию на 01.01.2014. http://dtf.avо.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=168&Itemid=139.

бюджетных расходов на здравоохранение по отношению к прочим статьям расходов).

Фактические расходы на здравоохранение составляют в собственном бюджете Владимирской области 20,39%, являясь одним из наивысших показателей по округу, и незначительно уступают только Московской области (21,6).

Структура расходов собственного бюджета Владимирской области 2013 г. (Министерство финансов Российской Федерации)



Аналогичные расходы ближайших географических соседей значительно ниже. В Ивановской области фактические расходы бюджета на здравоохранение составили лишь 14,35%. В собственном бюджете Рязанской области эти расходы составляют 16,18%, а в Ярославской области этот показатель равен 16,8%. При этом аналогичный показатель по Российской Федерации в целом составляет 16,59%, а усреднённый показатель для Центрального федерального округа равен 15,55%.

Таким образом, в выделении бюджетных средств на здравоохранение Владимирская область заметно выделяется в лучшую сторону не только по ЦФО, но и по России в целом.

Наиболее сопоставимые доли расходов собственного бюджета на здравоохранение представлены данными Костромской и Тверской областей (20,32% и 20,26%) соответственно.

При среднем показателе по Российской Федерации в 17,13% и по Центральному федеральному округу в 17,44%, показатель доли расходов Владимирской области на социальную политику также выглядит очень высоким и составляет 20,21%¹¹⁸.

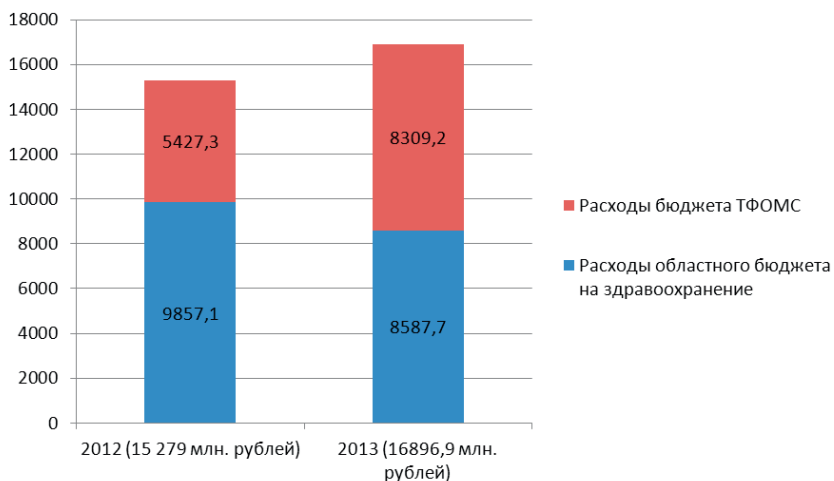
Заметной особенностью бюджетного исполнения в сфере расходов на здравоохранение Владимирской области в 2013 году стало заметное

¹¹⁸ Открытый информационный ресурс по анализу финансового и социально-экономического развития субъектов Российской Федерации на основании информации официальных источников: Минфин России. Структура расходов (ЦФО) Сравнение структуры расходов субъектов Российской Федерации (Собственный бюджет субъекта) за 12 месяцев 2013 года по разделам классификации расходов. <http://iminf.ru/index.php/razdely/raskhody/sravnienie-struktury-raskhodov-sub-ektov-rf-po-rzpr>.

снижение расходов областного бюджета и увеличение объёма расходов территориального фонда медицинского страхования, при суммарном увеличении бюджета более чем на 10 %.

Если в 2012 году при общем объёме бюджета регионального здравоохранения в 15 279 млн. рублей доля расходов областного бюджета составляла 9851,7 млн. рублей или 64 %, то в 2013 году удалось обеспечить практически равное соотношение долей¹¹⁹.

Расходы областного бюджета и бюджета ТФОМС Владимирской области на здравоохранение в 2012–2013 годах



При общих затратах в 16 896,9 млн. рублей на долю областного бюджета приходится 8587,7 млн. рублей или 50,8 %. Остальные 49,2 % или 8309 млн. рублей составили средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области.

При этом необходимо осознавать, что подобное соотношение достигалось не равномерным снижением участия областного бюджета в общем финансировании сектора, а планомерной оптимизацией расходов, что видно при сравнении отдельных отраслей и направлений сферы здравоохранения.

Так, при сравнении данных Приложения 3 к закону Владимирской области от 04.07.2014 № 62-ОЗ «Расходы областного бюджета за 2013 год по ведомственной структуре расходов областного бюджета»¹²⁰ с данными

¹¹⁹ Департамент финансов, бюджетной и налоговой политики администрации Владимирской области «Отчёт об исполнении бюджета за 2013 год». Стр. 36. Расходы областного бюджета и бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области на здравоохранение в 2012–2013 годах», http://dtf.avo.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=168&Itemid=139.

¹²⁰ Приложение 3 к закону Владимирской области от 04.07.2014 № 62-ОЗ «Расходы областного бюджета за 2013 год по ведомственной структуре расходов областного бюджета».

аналогичного документа прошлого года¹²¹, картина перераспределения средств по соответствующим разделам классификатора расходов выглядит следующим образом.

**Распределение бюджетных средств
по статьям классификатора расходов на 2012–2013 годы**

Наименование показателя	Кассовое исполнение 2012 (тысяч рублей)	Кассовое исполнение 2013
Здравоохранение	9 858 022,4	8 587 653,2
Амбулаторная помощь	1 947 686,0	1 677 701,8
Родильные дома	5 235,0	6 309,7
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	29 614,7	33 150,2
Скорая медицинская помощь	667 485,6	135 057,1
Санаторно-оздоровительная помощь	66 183,8	26 428,6
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов	61 972,2	289 667,0
Другие вопросы в области здравоохранения	4 110 403,3	4 962 870,7

В 2012 году, при общем сокращении на 12,9% показателя кассового исполнения по статье «Здравоохранение» в целом, по ряду показателей финансирование из областного бюджета существенно сократилось.

Так в 2,5 раза по сравнению с предыдущим годом сократились расходы бюджета на санаторно-оздоровительную помощь, на 80% снизились расходы по статье «скорая медицинская помощь», на 13,8% снизились показатели расходов областного бюджета на амбулаторную помощь.

При этом финансирование за счёт областного бюджета родильных домов увеличилось на 20%, на 12% больше исполнено по статье «медицинская помощь в дневных стационарах всех типов», на 20% выросло финансирование вопросов в области здравоохранения, не вошедших в отдельные разделы классификатора, а на заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов в 2013 году из областного бюджета выделено и исполнено в 4,6 раза больше, чем в предыдущем.

За счёт чего достигнуты эти показатели и каким образом оптимизированы расходы по этим статьям, хорошо видно на примере раздела «Скорая медицинская помощь».

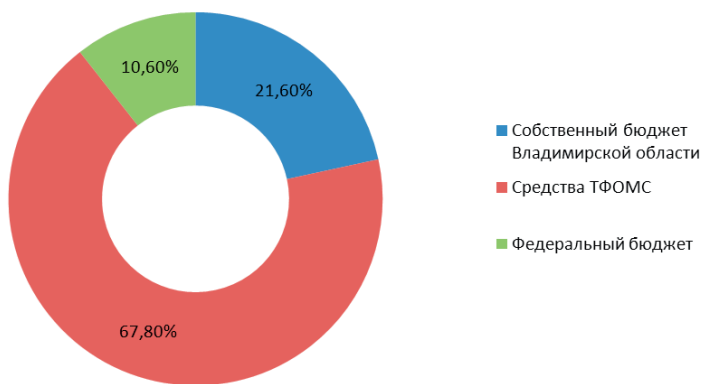
Если в бюджете 2012 года в этом разделе содержится 52 статьи расходов, то в бюджете 2013 года это количество сократилось до 21, причём

¹²¹ Приложение 3 к закону Владимирской области от 09.07.2013 № 66-ОЗ «Расходы областного бюджета за 2012 год по ведомственной структуре расходов областного бюджета».

значительным образом за счёт сокращения и оптимизации статей выплат разного рода субсидий и объединения закупок.

Отдельного внимания заслуживает подход к финансированию не раз упоминавшейся Государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы», получивший по данным департамента финансов, бюджетной и налоговой политики Владимирской области наивысший итоговый показатель эффективности 9,2 по сравнению со всеми прочими госпрограммами, действующими на территории региона¹²².

Структура финансирования Государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы»



Общая стоимость Программы в 141 773 127 тысяч рублей распределена между тремя основными источниками финансирования. Суммарно на долю областного бюджета приходится 30 515 890 тысяч рублей, на долю федерального бюджета – 15 064 617 тыс. рублей, а из внебюджетных источников территориального фонда обязательного медицинского страхования привлекается 96 192 620 тысяч рублей¹²³.

В процентном соотношении бюджет области выделяет 21,6 % финансирования, федеральный бюджет – 10,6 %, а остальные средства в объёме 67,8 % привлекаются из средств ТФОМС.

Однако, если анализировать не только общие данные за весь период действия программы, а разбивку по отдельным этапам финансирования, становится очевидным планомерное увеличение доли ТФОМС в финансировании бюджета проекта.

¹²² Департамент финансов, бюджетной и налоговой политики администрации Владимирской области «Отчёт об исполнении бюджета за 2013 год». Стр. 73. Оценка эффективности государственных программ Владимирской области за 2013 год», http://dtf.avo.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=168&Itemid=139.

¹²³ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 27 «Расчёт потребностей в финансировании мероприятий Программы».

Так, если на старте программы, в 2013 году, средства на реализацию годового этапа, привлечённые из внебюджетных источников ТФОМС составляют 8574200 тысяч рублей (66%), то к 2020 году эта цифра достигает к финальному этапу реализации программы показателя в 14396063 тысячи рублей (69,7%). При этом расходы из федерального бюджета остаются примерно на одном уровне за всё время реализации программы, а рост затрат областного бюджета происходит более скромными темпами: от 3014762 тысяч рублей в 2013 году, до 4496803 тысяч рублей в 2015 году.

Если рассматривать реализацию программы по отдельным подпрограммам, эта тенденция сохраняется повсеместно. Исключение составляют такие разделы, как подпрограмма «Развитие паллиативной помощи, в том числе детям» и «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», почти полностью относящиеся к прерогативе областного бюджета, подпрограмма «Развитие государственно-частного партнёрства», которая не подразумевает привлечения финансирования вообще, и мероприятия программ развития информатизации, лекарственного обеспечения совершенствования системы планирования¹²⁴.

Подробные перспективы бюджетного финансирования сферы здравоохранения региона, равно как и специфику распределения источников финансирования между областным бюджетом и территориальным фондом ОМС хорошо прослеживаются из текста постановления губернатора Владимирской области от 23.12.2013 № 1470 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

Как следует из текста приложений к постановлению, в ближайшие три года населению Владимирской области гарантируется предоставление бесплатной медицинской помощи в примерном процентном соотношении расходов 30:70 в пользу ТФОМС.

Так, из 14875,0 млн. рублей в 2014 году на долю областного бюджета приходится 4495,1 млн. рублей, на средства обязательного медицинского страхования – 10379,9 млн. рублей.

В 2015 году общая стоимость в 17489,5 млн. рублей складывается из 5489,5 млн. рублей областного бюджета и 12000,0 млн. рублей средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования, а в стоимости 2016 года из 18278,0 млн. рублей бюджет области выделяет 5737,9 млн. рублей, а ТФОМС – 12540,1 млн.¹²⁵.

¹²⁴ Государственная программа Владимирской области «Дополнительные меры по улучшению демографической ситуации во Владимирской области на 2014–2016 годы». Утверждена постановлением губернатора Владимирской области № 1346 от 28.11.2013. Стр. 28–34. «Расчёт потребностей в финансировании мероприятий Программы».

¹²⁵ Постановление губернатора Владимирской области от 23.12.2013 № 1470 (ред. от 20.05.2014) «О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», Приложение «Программа государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». Стр. 1–3.

Помимо финансовых обязательств указанная Программа чётко распределяет сферы расходования средств из разных источников. Согласно документу, лицам, застрахованным на территории области, предоставляется первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь и высокотехнологичная медицинская помощь по пространному списку страховых случаев, за исключением несчастных случаев на производстве, медицинская помощь при которых оплачивается за счёт средств Фонда социального страхования¹²⁶.

За счёт средств областного бюджета осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, не включённой в территориальную программу обязательного медицинского страхования, не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам, а также первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь при заболеваниях, не включённых в базовую программу ОМС.

К таким случаям относятся некоторые виды социально значимых и социально опасных заболеваний. Это заболевания, передаваемые половым путём, туберкулёз, СПИД и ВИЧ-инфекция, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ и профилактические осмотры несовершеннолетних на предмет выявления употребления наркотических средств.

Также из средств областного бюджета оплачивается паллиативная медицинская помощь. Обеспечение бесплатными лекарственными препаратами по всем категориям и дорогостоящая высокотехнологичная медицинская помощь за пределами Владимирской области отнесены к компетенции областного бюджета на основании местного законодательства¹²⁷.

Кроме того, в случае гибели работников государственных учреждений здравоохранения областной бюджет осуществляет выплаты единовременных денежных пособий¹²⁸.

Участие федерального бюджета в финансировании медицинской помощи населению Владимирской области в Программе сформулировано на основании общего законодательства Российской Федерации и вряд ли имеет смысл цитировать эти случаи в настоящей работе.

Однако активное перераспределение средств общего областного бюджета в пользу средств ТФОМС является далеко не единственным способом оптимизации региональной системы здравоохранения.

¹²⁶ Постановление Правительства Российской Федерации от 15.05.2006 № 286 «Об утверждении Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

¹²⁷ Закон Владимирской области от 05.10.2012 № 119-ОЗ «О здравоохранении во Владимирской области».

¹²⁸ Закон Владимирской области от 14.11.2007 № 148-ОЗ «Об обязательном страховании медицинских, фармацевтических и иных работников государственных организаций здравоохранения Владимирской области, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, и единовременном денежном пособии в случае гибели работников государственных организаций здравоохранения Владимирской области».

В рамках действующих и утверждённых государственных программ Владимирской области можно проследить две параллельных тенденции – повышение использования ресурсов Территориального фонда медицинского страхования и внедрение относительно нового для региона механизма, который будет подробно рассмотрен в следующей главе.

Государственно-частное партнёрство. Перспективы развития на примере Владимирской области

Государственно-частное партнёрство в самых разных сферах бюджетного финансирования стало в последнее время одной из наиболее востребованных и популярных тем для обсуждения. Прежде чем приступить к разговору о перспективах развития этого инвестиционного механизма в сфере медицины и здравоохранения, имеет смысл хотя бы в общих чертах рассмотреть базовые принципы такого партнёрства и законодательные аспекты его применения в Российской Федерации в целом и в отдельных регионах в частности.

Исторически и функционально, государственно-частное партнёрство – это, прежде всего, механизм привлечения дополнительных денежных средств в условиях дефицита государственных бюджетных ресурсов. Эта форма сотрудничества государственной власти и бизнеса сформировалась в начале 1990-х годов в Великобритании, в рамках реализации модели так называемой «Частной финансовой инициативы» (PFI), которая подразумевала привлечение частного бизнеса к управлению и обеспечению функционирования объектов государственной собственности. Не вдаваясь в подробности, скажем, что механизмы ГЧП сегодня широко и успешно применяются в большинстве развитых экономик, позволяя существенно снизить нагрузку на бюджеты этих государств.

В широком смысле слова понятие ГЧП нередко применяется к самым разным формам сотрудничества государства и бизнеса, включая культурные, научные и общественные проекты, однако в нашем исследовании целесообразно сосредоточиться исключительно на экономической трактовке этого термина, которая определяется по следующим признакам.

Специалистам по экономике известно значительное количество принципиальных моделей государственно-частного партнёрства, применяющихся в разных странах. В России на ранних этапах подготовки к внедрению этого механизма рассматривалось семь основных типов такого сотрудничества. После многочисленных споров и даже скандалов, как в случае с Соглашениями о разделе продукции (СРП) в нефтяном секторе в 2004 году, к 2012 году в федеральном законодательстве осталось только три базовых типа контрактов ГЧП – управление и аренда, эксплуатация и обслуживание, концессия.

В реальности именно концессионное сотрудничество в России чаще всего и имеют в виду, говоря о ГЧП. Эта сфера взаимодействия государства и бизнеса регулируется известным Федеральным законом № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях», который определяет цель концессии как «привлечение инвестиций в экономику страны, обеспечение эффективного использования имущества, находящегося в государственной или муниципальной собственности».

ципальной собственности, на условиях концессионных соглашений и повышение качества товаров, работ, услуг, предоставляемых потребителям».

Основные типы государственно-частного партнёрства

Сокращение	Расшифровка	Описание
ВОТ	Build, Operate, Transfer (Построй-Управляй-Передай)	Концессионный механизм: создание, право пользования (без права собственности) в течение срока соглашения и передача государству
ВООТ	Build, Own, Operate, Transfer (Построй-Владей-Управляй-Передай)	Аналогично вышесказанному, но право собственности на время действия контракта принадлежит частному партнёру
ВТО	Build, Transfer, Operate (Построй-Передай-Управляй)	Аналогично п. 1, только объект передаётся государству сразу после строительства. Частный партнёр обслуживает объект в течение срока действия соглашения, а публичный возмещает затраты регулярными платежами (контракт жизненного цикла)
ВОО	Build, Own, Operate (Построй-Владей-Управляй)	Аналогично п. 2, но по истечении срока соглашения объект остаётся в собственности частного партнёра
ВОМТ	Build, Operate, Maintain, Transfer (Построй-Управляй-Поддерживай-Передай)	Акцент на поддержке жизнеспособности и обслуживании объекта. Право собственности остаётся у публичного партнёра
ДВООТ	Design, Build, Own, Operate, Transfer (Спроектируй-Построй-Владей-Управляй-Передай)	Аналогично п. 2, но в обязанности частного партнёра входит и проектирование объекта соглашения
ДВФО	Design, Build, Finance, Operate (Спроектируй-Построй-Финансируй-Управляй)	Акцент на обязанности частного партнёра финансировать строительство и мероприятия по обслуживанию. Публичный партнёр возмещает издержки регулярными платежами

На несовершенства этого закона неоднократно указывали эксперты и специалисты. Из множества форм концессий, существующих в мировой практике, федеральный закон № 115-ФЗ предусматривает лишь одну – далеко не самую привлекательную – ВОТ (построй-управляй-передай). В ряде регионов местные законы позволяют применять на практике и вторую модель – ВТО (построй-передай-управляй), хотя на практике в мире наиболее применимы и привлекательны последние три модели.

Отдельный федеральный закон о ГЧП в России обсуждается с начала нулевых, однако первая редакция появилась только к июню 2012 года,

а вторая редакция была внесена на рассмотрение весной 2013 года и была принята в первом чтении, однако до настоящего времени работа над законопроектом по-прежнему продолжается.

При этом стоит отметить, что, несмотря на затянувшееся ожидание федерального закона, региональное законодательство вполне способно, при соответствующей проработке, регулировать механизмы взаимодействия местных бюджетов и частных денег в рамках ГЧП.

Традиционной сферой применения ГЧП в России и в мире считается постройка дорог. На втором месте – проекты в сфере ЖКХ. На первый взгляд, медицина и здравоохранение лежат в несколько иной плоскости, однако именно в перспективах государственно-частного взаимодействия эксперты и специалисты видят выход из сложной финансово-экономической ситуации в отрасли.

Участники слушаний по теме развития ГЧП в здравоохранении, проведенных Общественной палатой, прямо называют механизм ГЧП «спасательным кругом» системы здравоохранения, по сути, непропорционально и неэффективно разделённой сегодня на два сектора, почти не соприкасающихся друг с другом.

Сегодня российская медицина для обывателя стойко разделяется в сознании на «государственную» и «частную» или «платную». Медицинские учреждения обоих видов прямо конкурируют между собой как в борьбе за кадры, так и в привлечении «клиентов».

В этой странной ситуации учреждения лицензируются по одним и тем же правилам, используют одни и те же методики, более того – ни для кого не секрет, что специалисты-медики успешно совмещают работу в государственных и частных клиниках. При этом коррупционная составляющая в бюджетных учреждениях возрастает прямо пропорционально расценкам частных медицинских организаций, что тоже ни для кого не является открытием.

По факту, сегодня в России существует две параллельных системы здравоохранения. При этом мощности и потенциал частных клиник никак не учитываются в планировании государственной системы здравоохранения, хотя по некоторым данным к их услугам в том или ином виде прибегает около 40 % городского населения страны, вне зависимости от размера доходов.

Сектор частной медицины существует отдельным независимым и абсолютно не интегрированным в систему сегментом – из 30 тыс. частных клиник в России, в оказание государственных медицинских услуг вовлечены только 183 учреждения.

Механизм интеграции этого сегмента в общий процесс – отдельный и сложный вопрос. Однако у нас есть очень показательные примеры, когда местное законодательство, с использованием механизмов ГЧП, успешно использует частный ресурс для оказания медицинской помощи населению.

Речь, прежде всего, о таких регионах, как Татарстан и Санкт-Петербург, который, кстати, считается признанным лидером и локомотивом внедрения ГЧП. Так, по оценке экспертов Всемирного банка реконструкции и развития, «в Санкт-Петербурге в настоящий момент осуществляет-

ся одна из самых масштабных в мире программ по реализации проектов с использованием схем государственно-частного партнёрства». Эта фраза адресована, прежде всего, инвесторам, с которыми, по опыту этих регионов, не возникает проблем лишь при одном условии – наличии в регионе эффективной законодательной базы.

Основой инвестиционной политики в сфере ГЧП в Петербурге стал целый комплекс местных законов и даже формирование специального Комитета по инвестициям, координирующего взаимодействие инвесторов и региональных властей.

В сфере здравоохранения город реализует целый ряд успешных проектов, которые были бы крайне востребованы и актуальны и во Владимирской области.

В Татарстане существует не менее убедительный пример внедрения механизмов ГЧП. Здесь объектом концессионного соглашения на десять лет с финской компанией «Ава-Петер» стал Центр планирования семьи.

За счёт инвестора был проведён капитальный ремонт здания, закуплено и установлено новое медицинское оборудование. Мощность лабораторий увеличилась в два раза, появилось криохранилище, были закуплены дополнительные инкубаторы эмбрионов – при этом для пациентов основные услуги центра остались, как прежде, бесплатными!

Законодательство Республики Татарстан позволило выстроить эффективную систему финансирования. Объёмы услуг, тарифы, нормативы финансовых затрат и нормативы финансирования деятельности концессионера позволяют пациентам бесплатно получать не только основные, но и такие высокотехнологичные виды помощи как экстракорпоральное оплодотворение!

Объём платных услуг центра составляет лишь 10 % его финансового обеспечения. Все остальные расходы покрываются из фондов ОМС.

Приведённые выше и вполне убедительные примеры служат своего рода прологом к анализу ситуации во Владимирской области.

В первую очередь, наивно полагать, что остро стоящие в регионе проблемы здравоохранения решаются «сами собой» с помощью исключительно государственного финансирования. Динамика бюджета попросту не предполагает радикального изменения ситуации.

Тенденция снижения бюджетных расходов на здравоохранение с привлечением альтернативных источников финансирования носит характер общегосударственной политики в рамках оптимизации системы здравоохранения в целом. Если в 2012 году расходы на здравоохранение составляли 500 миллиардов рублей, то в 2015 эта цифра существенно ниже – 338 миллиардов.

При этом, по словам министра здравоохранения Российской Федерации В. И. Скворцовой, износ основных фондов в отрасли превышает 50 %, более половины населения страны не удовлетворены качеством медицинского обслуживания, более 40 % медорганизаций нуждается в комплексном переснащении, а более 17 % медучреждений требуют капитального ремонта¹²⁹.

¹²⁹ Открытая экономика. ГЧП – и новая модель здравоохранения <http://www.opes.ru/1438287.html>.

Очевидно, что изменение ситуации возможно лишь при условии привлечения дополнительных, внебюджетных средств такими способами, которые могли бы удовлетворить интересы обеих сторон. Если задача власти состоит в обеспечении жителей региона качественными и доступными медицинскими услугами, то очевидная задача инвестора заключается в стабильном и гарантированном получении дохода.

Можно бесконечно долго ожидать принятия Государственной Думой отдельного закона о государственно-частном партнёрстве. Успешный опыт регионов и мнения экспертов доказывают, что на сегодняшний день существует множество способов эффективной реализации подобного механизма в рамках регионального законодательства.

При этом необходимо отчётливо понимать, что в слабой позиции в настоящее время находится не администрация региона, а частный инвестор. Если администрация в случае недобросовестности инвестора рискует невыполнением государственного задания или снижением качества предоставляемых услуг, то частный концессионер фактически лишён каких бы то ни было гарантий со стороны государства.

Если речь идёт о концессионном строительстве крупных объектов, подразумевающих многомиллионные инвестиции, это решающий фактор. Если мы говорим о взаимодействии частных и государственных клиник в системе медицинского страхования – потенциальных партнёров отпугивает запутанный механизм отчётности и организации финансовой деятельности.

Однако главным и наиболее очевидным препятствием в эффективном внедрении механизмов государственно-частного предпринимательства по единому мнению сторон является дефицит законов и несовершенство нормативно-правовой базы.

В настоящее время на территории Владимирской области правовые отношения в рамках государственно-частного партнёрства регулируются на основании «Закона о государственно-частном партнёрстве во Владимирской области» от 9 февраля 2012 года № 1-ОЗ, принятого постановлением Законодательного Собрания Владимирской области от 1 февраля 2012 года № 17.

Этот документ, призванный определить «формы и условия участия Владимирской области в государственно-частном партнёрстве, которое осуществляется в соответствии с федеральным законодательством и законодательством Владимирской области путём заключения и исполнения соглашений о государственно-частном партнёрстве»¹³⁰, прошёл экспертизу в Центре развития государственно-частного партнёрства, однако большинство рекомендаций экспертов так и не вошли в окончательную редакцию закона.

Хотя в целом, по оценке экспертов Центра, «проект закона Владимирской области «О государственно-частном партнёрстве во Владимирской области» в целом соответствует направленности правового регулирования государственно-частного партнёрства, существующей в российской и международной практике» и представляет собой «серьёзную базу для начала работы над ГЧП в области». Экспертами были сделаны весьма существенные рекомендации¹³¹.

¹³⁰ «Закон о государственно-частном партнёрстве во Владимирской области» от 9 февраля 2012 года № 1-ОЗ.

¹³¹ Центр развития государственно-частного партнёрства. Экспертные комментарии и рекомендации, подготовленные к проекту закона «Об участии Владимирской области в проектах государственно-частного партнёрства».

Так, само определение ГЧП, которое в тексте закона трактуется как «взаимодействие Владимирской области в лице исполнительных органов государственной власти Владимирской области и хозяйствующих субъектов в целях реализации отдельных проектов, направленных на решение задач социально-экономического развития Владимирской области», не содержит, по мнению экспертов, «квалифицирующих признаков, отличающих ГЧП от иных форм совместной деятельности. Традиционно такими квалифицирующими признаками выступает разделение рисков, вкладов, ответственности».

Определение одного из партнёров, как «Владимирская область, от имени которой выступает администрация Владимирской области», существенно ограничивает круг потенциальных участников проектов ГЧП. По оценке экспертов, на стороне Владимирской области не могут выступать юридические лица, собственником 100% акций (долей, процентов имущества) которых является Владимирская область. Муниципальные образования также лишаются возможности совместно участвовать в проектах ГЧП с Владимирской областью, то есть развитие подобных инициатив становится исключительной прерогативой областной администрации, существенно усложняя практический механизм реализации проектов ГЧП.

Согласно тексту закона, объектом соглашения о государственно-частном партнёрстве «является имущество, создаваемое, реконструируемое и (или) эксплуатируемое в соответствии с соглашением».

Такая формулировка не подразумевает варианта, например, операторского контракта, когда объектом соглашения в качестве основного вида деятельности выступают только услуги.

Подобные нюансы подробно изложены экспертным коллективом Центра развития государственно-частного партнёрства в подробном исследовании текста законопроекта и, к сожалению, ещё раз приходится констатировать, что при принятии закона большинство этих рекомендаций так и не было учтено, что существенно усложняет практические механизмы внедрения государственно-частного партнёрства в регионе.

Тем не менее, в сфере здравоохранения администрация региона придаёт существенное значение развитию механизмов ГЧП, что хорошо прослеживается на примере программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы», которая прямо указывает, что «частная система здравоохранения является неотъемлемой частью здравоохранения Российской Федерации, потенциал которой в должной мере не востребован государством. Мировой опыт свидетельствует, что частная медицина в большинстве стран мира способна эффективно выполнять задачи по охране здоровья граждан. Именно частная медицина, обладающая ресурсами и опытом, является для государства эффективным ресурсосберегающим инструментом».

По данным программы, на 1 января 2013 года на территории области работает 9 организаций частной формы собственности, оказывающих медицинские услуги в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Несмотря на то, что большинство из них – стоматологические клиники и кабинеты, регион намерен развивать обширную программу ГЧП в сфере здравоохранения по широкому спектру медицинских профилей.

Объём финансирования из привлечённых источников позволяет судить о приоритетах и потребностях региона. Так, на развитие частной скорой медицинской помощи планируется привлечь 10 млн. рублей, на выполнение лабораторных исследований – 20 млн. рублей, на услуги гемодиализа – 70 млн. рублей, а государственно-частный проект оказания реабилитационной помощи оценивается в 1 200 млн. рублей.

Проекты государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы

Наименование проекта	Сроки реализации	Объём финансирования, млн. руб.
Обеспечение государственных учреждений здравоохранения транспортной инфраструктурой	2013–2020 годы	–
Частная скорая медицинская помощь	2014–2020 годы	10,0
Выполнение лабораторных исследований	2016–2020 годы	20,0
Оказание реабилитационной помощи	2016–2020 годы	1200,0
Озонотерапия	2013–2020 годы	5,0
Услуги по гемодиализу	2015–2020 годы	70,0

Среди основных предпосылок к развитию проектов в сфере государственно-частного партнёрства авторами программы указывается недостаточное финансирование здравоохранения, несоответствие уровня оснащённости большинства учреждений здравоохранения современным стандартам и низкая эффективность использования ресурсов.

Успешная реализация программы, по мнению разработчиков, «может способствовать достижению целей, поставленных перед здравоохранением: снижение смертности от управляемых причин, повышение рождаемости, улучшение качества медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни», а также решить такие традиционные для региональной системы здравоохранения проблемы, как низкое качество обслуживания пациентов, низкая эффективность оказания медицинской помощи, и неудовлетворительный уровень и объём диагностических услуг».

Даже такие наболевшие вопросы, как недостаточно высокий уровень квалификации медицинского персонала и нехватка медицинских кадров, предполагается решить внедрением ГЧП, что выглядит если не преувеличением, то сильным желанием придать механизму партнёрства черты панацеи от всех проблем медицинской отрасли региона.

Не останавливаясь детально на технических мероприятиях подпрограммы внедрения ГЧП в регионе, регламентирующих и регулирующих технические аспекты конкурсной политики и мониторинга исполнения обязательств, обратимся к содержанию мероприятия 7.5. «Подготовка

предложений по формированию законодательной базы в области развития ГЧП, включая разработку проектов нормативных правовых актов, регулирующих вопросы ГЧП на территории области и администрирование их утверждения в установленном порядке».

Эта подпрограмма справедливо указывает на те недостатки законодательства, которые были уже затронуты выше при анализе закона Владимирской области о государственно-частном партнёрстве.

Несогласованность федерального и регионального законодательства, использование разной терминологии, наличие пробелов в нормативно-правовом регулировании ГЧП, как следует из текста Государственной программы Владимирской области, «не позволяют обеспечить нормальное осуществление ГЧП и защитить интересы участников».

Так, в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2012 году только 5,5% пришлось на долю частных учреждений. В 2013 году это число увеличилось до 6,7%, а объём средств, выделяемых таким организациям из фондов обязательного медицинского страхования, увеличился с 240,3 млн. рублей в 2012 году до 369,3 млн. рублей в 2013 году.

Основным перспективным проектом в сфере государственно-частного партнёрства во Владимирской области по-прежнему остаётся партнёрство с ЗАО «Британская медицинская компания» по строительству в Гусь-Хрустальном современного диализного центра с последующим оснащением его необходимым оборудованием. При этом строительство, оснащение и ввод в эксплуатацию центра осуществляется за счёт собственных средств компании, которая в дальнейшем планирует получать оплату за оказанную медицинскую помощь из средств фонда обязательного медицинского страхования.

Первый камень в строительство центра губернатор области С. Ю. Орлова заложила 22 августа 2013 года, а уже в 2015 году новый центр, по заверению партнёров, примет первых пациентов.

Оценивая перспективы дальнейшего развития государственно-частных инициатив в регионе, необходимо отметить, что успешной реализации подобных проектов нередко мешает затянувшаяся стадия формирования правового поля.

Потребность в формировании, структурировании и законодательном закреплении норм и правил, обеспечивающих эффективность применения инструментов ГЧП в инновационной экономике, отмечается всеми участниками процесса – как со стороны государственного партнёра, так и частными инвесторами.

Оперативное решение этих задач и выработка единой стратегии развития правового поля в сфере государственно-частных проектов вне всяких сомнений позволит вывести региональную систему здравоохранения на новый уровень качества и доступности медицинских услуг для населения Владимирской области.

Здоровье граждан как национальное
достояние: обеспечение конституционных
гарантий и вопросы бюджетного финансирования
на примере Владимирской области

Редактор Нарбут В. В.
Корректор Романосова Т. Д.
Компьютерная вёрстка Дерр Л. А.

Оригинал-макет подготовлен
ООО «Новосибирский издательский дом»
630048, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 104

Подписано в печать 27.11.2014 г.
Формат 60x90/16. Печ. л. 5,0. Печать офсетная. Тираж 500 экз. Заказ №

Отпечатано с оригинал-макета в ООО «Принт Сервис»
443070, г. Самара, ул. Верхне-Карьерная, 3а