



Российская Академия Наук

НКС ООН РАН



Ассоциация
Российских
Банков



Национальный исследовательский
институт Доверия, Достоинства и Права

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ. УРОВЕНЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

Материалы заседания
3 апреля 2021 года

ДОКЛАДЧИКИ:



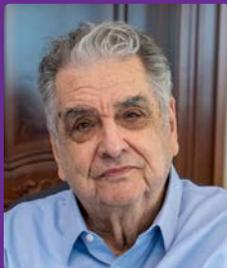
Аполихин Олег Иванович

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук,
директор НИИ урологии и интервенционной
радиологии им. Н.А. Лопаткина



Путило Наталья Васильевна

кандидат юридических наук, заместитель директора,
заведующая отделом социального законодательства
Института законодательства и сравнительного
правоведения при Правительстве РФ



Аганбегян Абел Гезевич

академик РАН, доктор экономических наук



НКС ООН РАН
Научно-консультативный совет
по правовым, психологическим
и социально-экономическим проблемам общества
Отделения общественных наук РАН

АРБ
Ассоциация российских банков

НИИ ДДиП
Национальный исследовательский институт
Доверия, Достоинства и Права

**ВЛИЯНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ
И ВРАЧЕЙ НА УРОВЕНЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В РОССИИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЖИЗНИ ГРАЖДАН.
ПРОБЛЕМА РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Материалы заседания 3 апреля 2021 года

Под общей редакцией
академика РАН
Г.А. Тосуняна

Москва
2024

УДК [614.2:613.9](470+571)(063)

ББК 51.1(2Рос),0я431

В58

Влияние ответственности пациентов и врачей на уровень здравоохранения в России и продолжительность жизни граждан. Проблема репродуктивного здоровья населения: материалы заседания 3 апреля 2021 года / Научно-консультативный совет по правовым, психологическим и социально-экономическим проблемам общества Отделения общественных наук Российской академии наук, Ассоциация российских банков, Национальный исследовательский институт Доверия, Достоинства и Права; [под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна]. — М.: ООО «Новые печатные технологии», 2024. — 124 с. — ISBN 978-5-6050844-2-6

В сборнике представлены материалы на актуальную для российского общества тему – о состоянии здоровья населения и его связи с уровнем здравоохранения в стране.

В своем докладе чл.-корр. РАН, д. м. н. О.И. Аполихин поднимает острые вопросы, связанные с отношением граждан России к своему здоровью, подчеркивает отсутствие в стране эффективной системы медицинского страхования. В докладе к. ю. н. Н.В. Путило рассматриваются вопросы правового регулирования оказания медицинской помощи в России. В выступлении академика РАН, д. э. н. А.Г. Аганбегяна представлен анализ демографической ситуации в России в сравнении с другими странами.

Особое внимание участники обсуждения уделяют проблеме репродуктивного здоровья населения, анализируют социальные, экономические, психологические и иные факторы, влияющие на уровень рождаемости и смертности, а также причины демографического кризиса и депопуляции населения в России.

УДК [614.2:613.9](470+571)(063)

ББК 51.1(2Рос),0я431

Охраняется в соответствии с международным правом и российским законодательством об авторском праве.

ISBN 978-5-6050844-2-6

© Тосунян Г.А., составление, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Состав Научно-консультативного совета по правовым, психологическим и социально-экономическим проблемам общества (НКС ППСЭПО) ООН РАН)	4
Справка	10
ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО	
<i>акад. ТОСУНЯН Г.А.</i>	14
<i>акад. ГУСЕЙНОВ А.А.</i>	19
<i>Доклад 1 чл.-корр. АПОЛИХИН О.И.</i>	21
<i>Доклад 2 к. ю. н. ПУТИЛО Н.В.</i>	27
<i>акад. ХАБРИЕВА Т.Я.</i>	36
<i>акад. УГРЮМОВ М.В.</i>	44
<i>д. э. н., проф. КАЛАШНИКОВ С.В.</i>	49
<i>акад. ХАБРИЕВА Т.Я. – проф. КАЛАШНИКОВ С.В.</i>	54
<i>д. э. н., проф. МЕДВЕДЕВ П.А.</i>	56
<i>акад. АВETИСЯН А.И.</i>	57
<i>Доклад 3 акад. АГАНБЕГЯН А.Г.</i>	60
<i>акад. НИГМАТУЛИН Р.И.</i>	94
<i>д. п. н., проф. РАН НЕСТИК Т.А.</i>	97
<i>д. э. н. ИВАНОВА А.Е.</i>	101
<i>д. э. н., проф. МИРКИН Я.М.</i>	106
<i>д. и. н., проф. МАЛАШЕНКО А.В.</i>	110
<i>чл.-корр. АПОЛИХИН О.И.</i>	111
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО	
<i>акад. ТОСУНЯН Г.А.</i>	118
Список литературы, опубликованной по итогам заседаний НКС ООН и НИИ ДДиП	121

**Состав Научно-консультативного совета
по правовым, психологическим
и социально-экономическим проблемам
общества (НКС ППСЭПО) ООН РАН**

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ:

**ГУСЕЙНОВ
АБДУСАЛАМ
АБДУЛКЕРИМОВИЧ**

академик, д. филос. н., научный руководитель Института философии РАН

**КОКОШИН
АНДРЕЙ
АФАНАСЬЕВИЧ**

академик, д. и. н., директор Центра перспективных исследований национальной безопасности России Экспертного института НИУ ВШЭ

**ТОСУНЯН
ГАРЕГИН
АШОТОВИЧ**

академик, д. ю. н., президент Ассоциации российских банков

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

**РЕДЬКО
НИКОЛАЙ
ВИТАЛЬЕВИЧ**

к. э. н., эксперт Национального исследовательского института Доверия, Достоинства и Права

ЧЛЕНЫ НАУЧНОГО СОВЕТА:

**АВETИСЯН
АРУТЮН
ИШХАНОВИЧ**

академик, д. ф.-м. н., директор Института системного программирования им. В.П. Иванникова РАН

**АГАНБЕГЯН
АБЕЛ
ГЕЗЕВИЧ**

академик, д. э. н., профессор

АПОЛИХИН
ОЛЕГ
ИВАНОВИЧ

чл.-корр., д. м. н., директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина (филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России)

АУЗАН
АЛЕКСАНДР
АЛЕКСАНДРОВИЧ

д. э. н., декан экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова

БАТУРИН
ЮРИЙ
МИХАЙЛОВИЧ

чл.-корр., д. ю. н., главный научный сотрудник отдела методологических и междисциплинарных проблем развития науки Института истории естествознания и техники им. С.И. Вавилова РАН

БУЗНИК
ВЯЧЕСЛАВ
МИХАЙЛОВИЧ

академик, д. х. н., заместитель академика-секретаря ОХНМ РАН, начальник лаборатории Всероссийского НИИ авиационных материалов

ГОРШКОВ
МИХАИЛ
КОНСТАНТИНОВИЧ

академик, д. филос. н., директор Института социологии ФНИСЦ РАН

ГРАЧЕВА
ЕЛЕНА
ЮРЬЕВНА

д. ю. н., профессор, первый проректор ФГБОУ ВО «Московский государственный юридический университет им. О.Е. Кутафина» (МГЮА)

ГРИНБЕРГ
РУСЛАН
СЕМЕНОВИЧ

чл.-корр., д. э. н., научный руководитель Института экономики РАН

ДАНИЛОВ-ДАНИЛЬЯН
АНТОН
ВИКТОРОВИЧ

к. э. н., сопредседатель Общероссийской общественной организации «Деловая Россия»

ЕРМАКОВА
ЖАННА
АНАТОЛЬЕВНА

чл.-корр., д. э. н., профессор, заведующий кафедрой банковского дела и страхования ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный университет»

ЖУРАВЛЕВ
АНАТОЛИЙ
ЛАКТИОНОВИЧ

академик, д. п. н., научный руководитель Института психологии РАН

ИВАНОВ
ВИЛЕН
НИКОЛАЕВИЧ

чл.-корр., д. филос. н., главный научный сотрудник Института социально-политических исследований ФНИСЦ РАН

ИЛЬИН
ВЛАДИМИР
АЛЕКСАНДРОВИЧ

чл.-корр., д. э. н., профессор, научный руководитель Вологодского научного центра РАН

КАСАВИН
ИЛЬЯ
ТЕОДОРОВИЧ

чл.-корр., д. филос. н., руководитель сектора социальной эпистемологии Института философии РАН

КЛЕПАЧ
АНДРЕЙ
НИКОЛАЕВИЧ

к. э. н., главный экономист ВЭБ.РФ

ЛЕКТОРСКИЙ
ВЛАДИСЛАВ
АЛЕКСАНДРОВИЧ

академик, д. филос. н., главный научный сотрудник Института философии РАН

МЕДВЕДЕВ
ПАВЕЛ
АЛЕКСЕЕВИЧ

д. э. н., профессор

МИРКИН
ЯКОВ
МОИСЕЕВИЧ

д. э. н., профессор

НЕСТИК
ТИМОФЕЙ
АЛЕКСАНДРОВИЧ

д. п. н., профессор РАН, зав. лабораторией социальной и экономической психологии Института психологии РАН

НИГМАТУЛИН
РОБЕРТ
ИСКАНДРОВИЧ

академик, д. ф.-м. н., научный руководитель Института океанологии им. П.П. Ширшова РАН

ПЕТРЕНКО
ВИКТОР
ФЕДОРОВИЧ

чл.-корр., д. п. н., заведующий лабораторией психологии общения факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова

ПОГОСЯН
ГЕВОРК
АРАМОВИЧ

академик Национальной академии наук Армении (НАН РА), иностранный член РАН, д. социол. н., научный руководитель Института философии, социологии и права НАН РА

САВЕНКОВ
АЛЕКСАНДР
НИКОЛАЕВИЧ

чл.-корр., д. ю. н., директор Института государства и права РАН

САННИКОВА
ЛАРИСА
ВЛАДИМИРОВНА

д. ю. н., профессор РАН, руководитель Центра правовых исследований цифровых технологий Государственного академического университета гуманитарных наук

САРКИСЯН
ТИГРАН
СУРЕНОВИЧ

к. э. н., заместитель председателя правления Евразийского банка развития

СМИРНОВ
АНДРЕЙ
ВАДИМОВИЧ

академик, д. филос. н., директор Института философии РАН

СОЛОДКОВ
ВАСИЛИЙ
МИХАЙЛОВИЧ

к. э. н., директор Банковского института НИУ ВШЭ

ТЕДЕЕВ
АСТАМУР
АНАТОЛЬЕВИЧ

д. ю. н., профессор кафедры государственного аудита Высшей школы государственного аудита (факультет) МГУ им. М.В. Ломоносова

ТИХОМИРОВ
ЮРИЙ
АЛЕКСАНДРОВИЧ

д. ю. н., заместитель заведующего Центра публично-правовых исследований Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве России

ТОРШИН
АЛЕКСАНДР
ПОРФИРЬЕВИЧ

к. ю. н., действительный государственный советник РФ I класса

ТОЩЕНКО
ЖАН
ТЕРЕНТЬЕВИЧ

чл.-корр., д. филос. н., профессор, главный научный сотрудник Института социологии ФНИСЦ РАН

УГРЮМОВ
МИХАИЛ
ВЕНИАМИНОВИЧ

академик, д. б. н., заведующий лабораторией нервных и нейроэндокринных регуляций Института биологического развития им. Н.К. Кольцова РАН

УШАКОВ
ДМИТРИЙ
ВИКТОРОВИЧ

академик, д. п. н., директор Института психологии РАН

ХАБРИЕВА
ТАЛИЯ
ЯРУЛЛОВНА

академик, д. ю. н., директор Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве России

ЧЕРЕШНЕВ
ВАЛЕРИЙ
АЛЕКСАНДРОВИЧ

академик, д. м. н., научный руководитель Института иммунологии и физиологии Уральского отделения РАН

ЧЕРНЫШ
МИХАИЛ
ФЕДОРОВИЧ

чл.-корр., д. социол. н., директор Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН

ЧЕХОНИН
ВЛАДИМИР
ПАВЛОВИЧ

академик, д. м. н., вице-президент РАН, заведующий кафедрой медицинских нанотехнологий медико-биологического факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова

ШАБУНОВА
АЛЕКСАНДРА
АНАТОЛЬЕВНА

д. э. н., директор Вологодского научного центра РАН

ЭКМАЛЯН
АШОТ
МАМИКОНОВИЧ

д. филос. н., профессор

ЮРЕВИЧ
АНДРЕЙ
ВЛАДИСЛАВОВИЧ

чл.-корр., д. п. н., заместитель директора по научной работе Института психологии РАН

СПРАВКА

- о НКС ООН РАН (Научно-консультативном совете по правовым, психологическим и социально-экономическим проблемам общества Отделения общественных наук),
- о НИИ ДДиП (Национальном исследовательском институте Доверия, Достоинства и Права),
- о проекте «Открытые дискуссии президента АРБ»,
- о «Рабочем завтраке у Тосуняна»
и об этом издании

1. НКС ООН РАН был создан в 2012 году как Совет по правовым, экономическим, социально-политическим и психологическим аспектам финансово-кредитной системы.

Заседания Совета проводились в Отделении общественных наук РАН два раза в год.

В феврале 2020 года члены НКС приняли решение расширить компетенцию Совета, перейдя от рассмотрения вопросов развития финансового рынка к более широкому кругу проблем развития общества, поставив во главу угла своих исследований и дискуссий вопросы:

«В каком обществе мы живем? Какое общество мы хотели бы оставить своим потомкам в наследство?»

И в сентябре 2021 года постановлением Президиума РАН Совет был преобразован в Научно-консультативный совет по правовым, психологическим и социально-экономическим проблемам общества ООН РАН.

Сопредседателями Совета стали академики РАН А.А. Гусейнов, А.А. Кокошин и Г.А. Тосунян.

2. С середины 90-х годов по субботам раз в две-три недели в Ассоциации российских банков проходят «Рабочие завтраки у Тосуняна», в которых принимали и принимают участие банкиры, представители ЦБ, Госдумы, Совета Федерации, различных ведомств,

академической науки, вузов, эксперты по финансово-банковскому профилю.

Каждый «Рабочий завтрак у Тосуняна» (далее – «Рабочий завтрак») проходит по заранее согласованной повестке дня и с заявленными докладчиками.

На них до недавнего времени обсуждались преимущественно проблемы экономики, финансовой сферы, нормативно-правовые акты, регулирующие эту сферу. Но в ряде случаев и другие вопросы развития общества.

В последние годы спектр вопросов, рассматриваемых на «Рабочих завтраках», и круг экспертов заметно расширились.

Этому во многом способствовало участие в них известных ученых.

Характерной особенностью «Рабочих завтраков» было и остается то, что они проходят с завидной регулярностью по субботам в 9.00 утра и зимой, и летом, и даже 31 декабря. Их продолжительность примерно 3–4 часа.

3. В конце 2019 года был учрежден Национальный исследовательский институт Доверия, Достоинства и Права (НИИ ДДиП).

Это частный институт, целью которого, если вкратце, является многогранное изучение вопросов человеческой жизнедеятельности и общественных процессов, которые наибольшим образом влияют на развитие доверия в обществе, повышение ответственности и чувства собственного достоинства у граждан страны и на формирование уважения друг к другу.

Институт приступил к работе в начале 2020 года в формате научных заседаний с коллегами, интересующимися проблемами доверия и достоинства, их правового обеспечения и стимулирования.

Иначе говоря, институт пригласил на общественных началах работать на его площадке всех, кто желает внести свою лепту в изменение траектории движения общества «войны всех против всех» в сторону общества «доверия, достоинства и уважения друг к другу»!

4. В конце марта 2020 года был объявлен локдаун.

Встал вопрос: заморозить на какое-то время работу НКС ООН, НИИ ДДиП, АРБ и «Рабочие завтраки у Тосуняна»?

Или искать какое-то другое решение?

Тогда же возникла идея, что заседания НКС ООН, НИИ ДДиП и «Рабочие завтраки» можно объединить, используя онлайн-формат.

Проанализировав практику последних лет, мы с коллегами пришли к выводу, что довольно часто и на заседаниях НКС, и на «Рабочих завтраках», и на заседаниях Института мы поднимаем и обсуждаем схожие вопросы.

Было принято решение начать проводить совместные заседания.

За прошедшее с апреля 2020 года время было проведено 93 «Рабочих завтрака у Тосуняна», большинство из которых прошло в очно-заочной форме.

Примерно 20 человек лично присутствовали на завтраках, а остальные, от 50 до 100 и более участников, принимали участие в режиме Zoom, видя, слыша «живых» участников и докладчиков, также присоединялись к дискуссии.

В последующем по видеозаписи каждое заседание стенографировалось, с тем чтобы можно было издать материалы этих дискуссий.

В настоящее время накопился огромный объем материалов для публикаций, и мы начали их издание в виде представленных вашему вниманию сборников.

5. С 2013 года Ассоциация российских банков ведет проект «Открытые дискуссии президента АРБ».

Проект направлен на обсуждение широкого круга экономических, правовых, философских, социально-психологических и других актуальных проблем развития нашего общества и на развитие культуры дискуссии в целом. Спикерами «Открытых дискуссий президента АРБ» (далее – «Открытые дискуссии») выступают известные ученые, общественные деятели и представители бизнеса.

Вузами-партнерами проекта являются **более 80 российских вузов**, расположенных на территории всей России – от Владивостока до Калининграда.

Как правило, в каждой «Открытой дискуссии» дистанционно участвуют от 40 до 80 вузов. Численность интернет-аудитории в среднем составляет около **2 тыс. человек**.

Последние два года «Открытые дискуссии» проводятся ежемесячно.

За 10 лет состоялось 76 дискуссий.

С информацией о прошедших дискуссиях, презентационными материалами спикеров и видеозаписями можно ознакомиться на сайте arb.ru в разделе «Открытые дискуссии».

Г.А. ТОСУНЯН, академик РАН,
президент Ассоциации российских банков

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

ТОСУНЯН Г.А.
акад. РАН

Приветствую всех!

Разрешите открыть наше совместное заседание Научно-консультативного совета по правовым, психологическим и социально-экономическим проблемам общества Отделения общественных наук РАН, секции философии, политологии, социологии, психологии и права и НИИ Доверия, Достоинства и Права.

Хочу отметить, что благодаря поддержке руководителя нашей секции за истекший пандемийный год – с конца марта по начало апреля – мы сумели провести 20 заседаний совета и 8 совмещенных с ними заседаний секции.

Это рекордное количество заседаний за год.

Одно из них по традиции прошло 31 декабря. И в нем приняли участие 70 человек.

В этом году уже состоялось 4 заседания.

Проводим мы заседания обычно в формате «Рабочего завтрака».

Формат, который сформировался за 25 лет, довольно демократичный.

Он позволяет и нарушать регламент (в разумных пределах), и перебивать докладчиков, если очень хочется уточнить какой-то вопрос, а также выступить каждому без предварительной записи.

Такой формат подразумевает очень внимательное, уважительное отношение к мнению каждого участника дискуссии, и, мне кажется, для академической и бизнес-аудитории это очень важно.

Мнение каждого участника с уважением воспринимается, независимо от должностей, званий, статуса.

Такой формат предполагает – с учетом его 25-летней субботней традиции проведения – поднимать бокал (или рюмку) по поводу, иногда без повода, но с предложением короткого тоста (это тоже я для вновь входящих говорю, чтобы не удивлялись, что вроде такое серьезное мероприятие, а тут рюмки и тосты).

Регламент предполагает проведение мероприятия в течение трех часов, но не всегда это удается.

Если тема сильно интригует участников и требует более детального обсуждения, мы работаем и четыре, и пять часов, а в некоторых случаях посвящаем теме второе и третье заседания.

Докладчикам на выступление отводится 30 минут, содокладчикам – 15 минут.

Сегодня на повестке дня актуальная тема, которая волнует не только ученых, но и все общество, каждого человека.

Не секрет, что демографическая ситуация в России непростая.

Низкая рождаемость, высокий уровень смертности населения, сверхсмертность мужчин в рабочем возрасте, старение населения и трудовых ресурсов, распад традиционной семьи, рост числа разводов и внебрачных связей...

Если не увеличить адресную государственную помощь семьям с детьми, не создать условия для совмещения активной профессиональной деятельности с выполнением семейных обязанностей, не улучшить качество жизни людей, проблема не будет решена и приведет к катастрофическим последствиям.

Первостепенная задача – добиться снижения уровня заболеваемости и смертности населения, что повлечет за собой увеличение продолжительности жизни.

Улучшения демографической ситуации в стране не произойдет без роста рождаемости.

Теме сохранения и укрепления здоровья населения и проблемам репродуктивного здоровья посвящено наше сегодняшнее заседание.

Инициатором обсуждения этой темы стал директор НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина, член-корреспондент Российской академии наук Аполихин Олег Иванович,

Свой доклад Олег Иванович назвал «Влияние ответственности пациентов и врачей на уровень здравоохранения в России и продолжительность жизни граждан. Проблема репродуктивного здоровья населения».

Наталья Васильевна Путило, руководитель отдела социального законодательства Института законодательства и сравнительного правоведения, – содокладчик.

Олег Иванович предложил, в частности, с юристами обсудить проблему ответственности пациентов за собственное здоровье.

С одной стороны, это позволит понять, какую финансово-правовую модель можно предложить, чтобы повысить мотивацию людей к сохранению своего здоровья: регулярному прохождению диспансеризации, отказу от курения, от чрезмерного употребления алкоголя и так далее.

А с другой стороны, позволит настроить систему здравоохранения на то, чтобы критерием качества ее работы было не столько количество прооперированных,

пролеченных больных, сколько количество здоровых людей, не нуждающихся ни в лечении, ни в операциях.

Уверен, нам интересно услышать и опыт других стран по этим вопросам.

Так, например, в Финляндии страховщики полностью оплачивают лечение тем пациентам, которые систематически во время диспансеризации посещали специальные курсы по профилактике заболеваний, организованные стоматологами.

В Японии эффективность работы врача оценивают не с точки зрения того, скольких он вылечил, а с точки зрения того, чтобы было меньше больных в его епархии.

То есть очень важна ориентация на профилактику заболеваний с помощью комплекса мер, в том числе нормативно-правового, организационно-правового и просветительского плана.

Особый акцент в тезисах Олега Ивановича сделан на теме репродуктивного здоровья.

Пока молодежь только-только начинает понимать проблемы, связанные с репродукцией, уже бывает поздно.

И врачи порой не в состоянии помочь таким пациентам.

Именно поэтому нарастает процент бесплодия у современной молодежи.

Отсюда и катастрофический демографический показатель в нашей стране.

Академик Абел Гезевич Аганбегян и ряд других наших коллег в своих докладах по экономике постоянно обращают внимание на серьезность сложившейся в стране демографической ситуации.

31 марта состоялось заседание секции философии, политологии, социологии, психологии и права ООН РАН, на котором член-корреспондент РАН С.В. Рязанцев в своем докладе «Вызовы пандемии COVID-19 и ответ демографической политики России» подчеркнул необходимость решения демографической проблемы, которая влечет за собой массу других проблем, в том числе в экономике страны.

Естественно, уместно привлечь к обсуждению этих вопросов не только медиков, юристов, управленцев, финансистов, но и философов, психологов и социологов.

И для такого междисциплинарного обсуждения этой глобальной проблемы как нельзя лучше подходят наша секция и наш Научно-консультативный совет.

Поэтому я очень рад, что сегодня в нашей работе будут принимать участие академик РАН Ушаков Дмитрий Викторович – директор Института психологии, член-корр. РАН Горелов Александр Васильевич – директор Института эпидемиологии, социолог член-корр. РАН Тощенко Жан Терентьевич, профессор РАН Нестик Тимофей Александрович и другие наши коллеги.

Сегодня первый раз на нашем «Рабочем завтраке» присутствует академик, заместитель президента РАН Талия Ярулловна Хабриева.

Я всех коллег, конечно, сейчас перечислять не буду, но по мере нашей работы буду представлять выступающих.

А сейчас слово имеет сопредседатель нашего Совета – академик Абдусалам Абдулкеримович Гусейнов.

ГУСЕЙНОВ А.А.

акад. РАН, д. филос. н., научный руководитель
Института философии РАН

Доброе утро, уважаемые коллеги!

Гарегин Ашотович просит меня сказать несколько слов.

Я думаю, он это делает для того, чтобы зафиксировать характер нашего сегодняшнего собрания, подчеркнуть, что здесь участвует не только Консультативный совет, одним из сопредседателей которого является сам Гарегин Ашотович и который в этом смысле вполне законно председательствует здесь, но еще и приглашена вся секция философии, политологии, психологии, социологии и права.

Для того, чтобы обозначить этот факт, как раз он и предоставил мне слово.

Я вас всех приветствую.

Гарегин Ашотович рассказал о сложившемся в течение многих лет на «Рабочих завтраках у Тосуняна» характере обсуждений.

Он (этот характер обсуждений) оказался вполне продуктивным для работы нашего Консультативного совета и в целом соответствует существующему академическому стилю коллективных обсуждений, тому стилю, который мы практикуем в работе своей секции.

Пожалуй, за одним-единственным исключением.

По установившейся здесь традиции собрания проходят по субботам, что для академических людей немного непривычно, но тем не менее вполне понятно и даже разумно.

Но они плюс к тому еще и начинаются в 9 часов утра ровно.

К этому уже привыкать сложно.

Но, увы, приходится.

Это, видимо, проистекает из делового стиля, а не из академического.

У нас уже есть некоторый опыт совместных размышлений людей из академической среды и деловых (по большей части финансовых) кругов.

Можно надеяться, что и сегодняшняя наша встреча людей, которые профессионально занимаются теорией, с деловым сообществом, с людьми, которые находятся в самой гуще жизни, но при этом имеют очень большой, насколько я мог наблюдать, неподдельный интерес к теоретическим вопросам, окажется плодотворной и взаимно обогатит обе стороны нашего, если можно так выразиться, союза.

Союза в современном интеллектуально насыщенном обществе вполне естественного и даже необходимого обеим сторонам – и академикам, и бизнес-сообществу.

Так что я приветствую и с удовольствием передаю бразды правления в опытные руки Гарегина Ашотовича, который счастливым образом соединяет и то, и другое.

Тосунян Г.А.: Спасибо, Абдусалам Абдулкеримович.

И прежде чем перейти к повестке дня, есть у нас такая почти 30-летняя традиция – поднимать в субботу утром первую рюмку или бокал с традиционным тостом: «С добрым утром, коллеги!»

После этого любые идеи и любая информация будут восприниматься гораздо легче.

Олег Иванович, Вам слово.

ДОКЛАД 1

АПОЛИХИН О.И.¹

чл.-корр. РАН, д. м. н., директор НИИ урологии
и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина

ТЕЗИСЫ

ВЛИЯНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ НА УРОВЕНЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ГРАЖДАН. ПРОБЛЕМА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Ни для кого не секрет, что отношение к своему здоровью – один из важнейших показателей культуры человека и общества, в котором мы живем.

Поэтому это не только частная проблема каждого из нас, но и государственная задача.

В частности, как культивировать соответствующее отношение к здоровью и стимулировать людей к определенным позитивным, а не разрушительным действиям (диспансеризация, занятия спортом, отказ от курения, умеренное употребление спиртного и многое другое)?

Тема, скорее всего, представляет интерес не только для медиков и юристов, но и для социологов, психологов и философов.

¹ Аполихин О.И. попросил опубликовать не само его выступление, а тезисы, которые включают в себя основное содержание его доклада.

Тезис 1

Влияние поведенческих факторов пациентов на состояние здоровья населения и уровень здравоохранения в стране стало крайне актуальной проблемой сегодняшнего дня.

Тезис 2

Несмотря на то, что 84,2% жителей России вполне осознают, что состояние их здоровья зависит прежде всего от них самих, тем не менее в реальной жизни большинство из них пренебрегают возможностями профилактики заболеваний и сохранения здоровья.

К примеру:

- 34,5% обследованных страдают от лишнего веса,
- 25,3% – от ожирения,
- регулярно курят 33,7% респондентов,
- из них 48% выкуривают от 11 до 20 и более сигарет

в день.

Тезис 3

Основным механизмом борьбы с факторами риска в любой стране, равно как и в России, является система диспансеризации.

В России периодичность, с которой граждане могут проходить диспансеризацию, варьирует в зависимости от возраста: до 39 лет – каждые 3 года, после 39 лет – ежегодно, а отдельным категориям граждан диспансеризация проводится без учета возраста.

Однако, согласно существующему законодательству, гражданин имеет право отказаться от ее прохождения.

Для стимулирования прохождения профилактических осмотров существует два основных подхода: негативная и позитивная мотивация.

Примером негативной стимуляции является система стоматологического страхования Финляндии по профилактике заболеваний и установления ответственности пациента за исполнение рекомендаций врача.

Согласно утвержденным там правилам страхования, пациент обязан проходить профилактический осмотр два раза в год.

В случае обнаружения факторов риска стоматолог проводит с пациентом беседу и показывает обучающий фильм по гигиене полости рта.

Если пациент соблюдает рекомендации врача и исправно осуществляет профилактические визиты, оплату всех расходов на его лечение берет на себя страховая компания.

Если же пациент не соблюдает рекомендации и не посещает стоматолога два раза в год, за стоматологические услуги он платит из своего кармана.

В рамках борьбы с курением в США вели активную пропаганду против курения в СМИ, реализовывали различные общественные инициативы, и частота курения снижалась на 0,43% ежегодно.

В штатах, совместивших пропаганду с увеличением акцизов на табак, с запретом курения в общественных местах и повышением страховых ставок для курильщиков, частота курения снижалась на 3% ежегодно, то есть в 7 раз быстрее.

Как видно из приведенных выше примеров, в рамках негативной мотивации применяются отрицательные финансовые стимулы.

Однако с учетом правового статуса и культурно-исторического наследия нашей страны мы не должны прибегать к таким мерам, обратив внимание на меры позитивной мотивации.

Для этого в Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» должны быть внесены дополнения в виде мер поддержки, а также льгот для лиц, регулярно проходящих диспансеризацию, следящих за сохранением своего здоровья, не имеющих вредных привычек и так далее.

Тезис 4

В России обязанность гражданина заботиться о своем здоровье декларативна.

Она формально прописана в пункте 1 статьи 27 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Эта норма носит лишь декларативный характер и не предусматривает каких-либо санкций в отношении гражданина за ее несоблюдение.

В соответствии с российским законодательством только при стационарном лечении и только при согласии пациента ЛПУ может самостоятельно расширять обязанности пациента при условии, что они не будут нарушать его законных прав, устанавливаемых статьями 18–26 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Согласно пункту 2 статьи 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Россий-

ской Федерации», застрахованные лица обязаны лишь выбрать страховую организацию, предъявлять полис при обращении в медицинскую организацию и уведомлять их об изменении места жительства.

Никаких иных обязанностей федеральным законом не предусмотрено.

Тезис 5

Таким образом, существующая в России система медицинского страхования никак не устанавливает ответственность пациента за несоблюдение рекомендаций врача.

И, что еще печальнее, никак не стимулирует к совершению профилактических визитов к врачу.

В то же время абсолютное большинство европейских и американских страховых компаний снижают стоимость полисов застрахованных лиц, которые соблюдают график ежегодных медосмотров.

Для нашей страны наиболее целесообразным представляется формирование системы льгот для лиц, ведущих здоровый образ жизни, с низкими рисками развития заболеваний.

Тезис 6

В отличие от западной практики, российские страховые компании, по сути, являются посредниками между фондом ОМС и лечебным учреждением.

Следуя рекомендациям Минздрава и Федерального фонда ОМС, страховая компания компенсирует расходы лечебного учреждения в соответствии с законченным случаем лечения, то есть фактом оказанного лечения, а не отдаленным результатом лечения.

Таким образом, происходит стимулирование наращивания объемов медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, а не формирования здоровья конкретных людей и общества в целом.

Очевидно, что такой подход к организации медицинской помощи стимулирует наращивание объемов медицинской помощи и лишь опосредованно учитывает показатели здоровья нации в целом.

Тезис 7

Необходимо найти формулу «позитивной ответственности» пациента за свое здоровье.

Чтобы пациент был мотивирован на соблюдение рекомендаций врача по устранению факторов риска, как с клинической (сохранение и преумножение здоровья), так и экономической точек зрения (позитивная мотивация).

Необходимы меры поддержки в виде льгот для лиц, сохраняющих свое здоровье, регулярно проходящих диспансеризацию, ведущих здоровый образ жизни, не имеющих вредных привычек, посещающих спортивные секции или фитнес и так далее.

Для этого требуется проработка отдельных высказанных предложений.

ДОКЛАД 2

ПУТИЛО Н.В.

к. ю. н., заведующая отделом социального законодательства
Института законодательства и сравнительного правоведения
при Правительстве РФ

Добрый день!

Спасибо за возможность выступить.

Исходя из того, что было поставлено очень много интересных вопросов, по которым, мне кажется, должна будет развернуться детальная дискуссия, я постараюсь быть краткой и уложиться в десять минут.

Я думаю, что этого времени хватит.

Прежде чем говорить по существу, я хотела бы просто обратить внимание присутствующих здесь специалистов на некоторые юридические тонкости.

Вот этот хорошо звучащий манифест о том, что ни врач, ни пациент не являются субъектами права, – он неверен с юридической точки зрения.

С юридической точки зрения, любое человеческое существо на территории Российской Федерации с 1861 года, с отмены крепостного права, является субъектом права, поскольку объектом права – вещью, подлежащей купле-продаже, – человек быть не может.

В юридической науке принимается только такая дихотомия: либо ты субъект права, правоотношений, либо ты объект.

Так вот, мы все с вами (и врачи, и пациенты, и научные работники) – исключительно субъекты правоотношений и ни в коей мере не объекты: работоторговля у нас тоже запрещена.

Что касается вопроса о том, насколько наш правовой статус соответствует современным тенденциям, чаяниям, ожиданиям и так далее, – это другой вопрос, поскольку правовой статус личности зависит от очень многих факторов, зависит от того, о какой сфере идет речь.

Но в любом случае этот правовой статус включает в себя совокупность прав, свобод, обязанностей и гарантий.

И когда мы говорим о том, что есть какие-то проблемы с медицинскими работниками, с ответственностью врачей, с обязанностями пациентов, мы должны говорить о том, что есть проблемы в этом правовом статусе.

Нечетко закреплены права и обязанности.

Отсутствует право одних лиц, но есть обязанность.

У других наоборот, есть право, но нет обязанности, и так далее.

Это очень сложные юридические перипетии.

Здесь нужно, соответственно, обладать определенными теоретическими знаниями.

Но в любом случае мы должны исходить из того, что и врачи, и пациенты являются субъектами правоотношений, правоотношений разных:

– и трудовых, когда врач находится в трудовом договоре с медицинской организацией,

– и нетрудовых – например, когда врач является частным лицом и заключает договор о приеме пациентов и предоставлении платных услуг.

Мы можем говорить о том, что недостаточно четко закреплены обязанности врача.

Я полагаю, что одной из причин, когда говорят, что врач не выступает субъектом права, является отсутствие индивидуальной лицензии у врача.

Действительно, по нашему законодательству, лицензируется деятельность медицинской организации, а врач чаще всего находится с медицинской организацией в трудовых отношениях.

И здесь происходит юридическое разделение функционала, юридическое разделение прав и обязанностей.

Можно совершенствовать законодательство в этом направлении, можно совершенствовать законодательство в части обязанностей пациента, можно совершенствовать законодательство в части прав пациента.

Вот у нас очень часто любят говорить о том, что пациент не имеет обязанностей, у него лишь права.

Но очень многие права у пациента тоже недостаточно четко закреплены или были утрачены.

Мало, например, сейчас кто помнит, но в период с 1993 по 2004 год (это известный закон «О монетизации льгот», вспомните) у пациента было право на 3 дня в году посещать врачей без предъявления каких-либо медицинских документов, просто уведомив об этом работодателя.

Можно ли считать это право плохим, в условиях того, что сегодня было озвучено, что необходимо заниматься профилактикой, что необходимо заниматься диспансеризацией?

Да, я согласна, негативный момент в тогдашнем правовом регулировании состоял в том, что не было механизма реализации, то есть просто уведомить работодателя, или нужно согласовать с ним?

Нужна ли все-таки справка из медучреждения, или просто достаточно сказать, что вот рецепт от врача, я был там?

Или вообще ничего не нужно?

Вот эти вещи, которые должны были быть прописаны на подзаконном уровне, так сделаны и не были.

В результате в 2004 году мы, пациенты, утратили (я говорю о нас как о пациентах в данном случае) весьма интересное и перспективное с точки зрения профилактической медицины, с точки зрения диспансеризации граждан право.

Стоит возвращаться к такой ситуации или нет? ё

Или следует, например, исходить из другого подхода и предусмотреть такую систему организации медицинской помощи, при которой медицинские организации работали бы 7 дней в неделю и позволили пациентам приходить туда, когда они свободны от работы, но хотели бы заняться профилактикой своего здоровья?

Лишь в последние годы сделаны какие-то подвижки в этом направлении.

Но эти подвижки не всегда являются достаточными.

С учетом негативных тенденций сокращения количества медицинских организаций, снижения доступности медицинской помощи, о чем также говорилось на самом высоком уровне – и вследствие оптимизации, и вследствие сокращения медицинских организаций на селе, – эти проблемы становятся такими же актуальными, как они были, например, в 2004 году.

Также я хотела бы отметить, что в настоящее время политика, в том числе и выражающаяся в различных нормативно-правовых актах государства, исходит из того, что да, есть две проблемы и два важных направления, если говорить о демографических процессах вообще.

Первое направление – это непосредственно само трудоспособное население.

А вторая проблема – это, конечно, население, которое уже вступает в предпенсионный и пенсионный возраст.

Немного не согласна я с высказанной позицией о том, что трудоспособное население – это только средство обеспечения жизни населения, уже нетрудоспособного.

Особенно с учетом тенденции роста количества нетрудоспособных лиц и снижения общей доли трудоспособного населения.

Только синхронизация политики государства в отношении двух этих направлений позволит решить данную задачу, то есть минимизировать те негативные последствия, которые связаны со вступлением в пенсионный возраст, не задействовав при этом в максимально возможной степени ресурсы трудоспособного населения.

Речь идет о различных системах социального обеспечения, которые существуют, об отдаленных перспективах роботизации в этой сфере и так далее.

Но в любом случае решить ситуацию позволит акцент на двух направлениях, а не только на том, как бы увеличить количество трудоспособного населения, с тем

чтобы оно и дальше финансово обеспечивало поколение, которое уже вышло на пенсию.

Я хотела бы также сказать, что очень важно в законодательстве исходить из двух моментов, что есть объективные тенденции.

Может быть, мы потом еще обсудим вопрос катастрофической потери репродуктивного населения?

Известны ли уже, например, медицинской науке причины, почему это произошло?

Это российская исключительно проблема, или это общемировой тренд?

Это проблема, связанная с чем – с образом жизни, с какими-то генетическими изменениями, с какими-то экологическими изменениями?

С чем это связано?

Это очень важный вопрос, потому что ответ на него прямо определяет то, какими средствами право может предложить методы борьбы с этим процессом.

И вопрос в том, стоит ли бороться с тенденцией, если мы признаем ее как таковую, и тем более как общемировую тенденцию.

Или все-таки следует думать о том, что есть некие объективные, не зависящие от нас обстоятельства, и наша задача – минимизировать негативные последствия этой тенденции всеми имеющимися ресурсами и всеми возможными способами?

Например, если мы не запретим Интернет, то проблема с виртуальным сексом все равно останется?!

Что мы можем сделать, если у нас нет достаточного количества притока иностранных специалистов извне?

Мы должны все-таки способствовать развитию вспомогательных технологий, мы должны поощрять суррогатное материнство?

Или же мы все-таки будем исходить из того, что эту глобальную проблему можно решить иным способом, возродив традиционные семейные ценности?

Мне кажется, что здесь нужно думать несколько более масштабно и использовать все дающие нужный эффект инструменты.

Теперь относительно разного рода программных документов.

Они у нас существуют в огромном количестве.

Есть и концепция здоровья и здорового населения, есть и концепция профилактической медицины.

Они приняты на уровне, например, Минздрава.

Эти документы есть.

Как они реализуются, что они дают?

Поставленные в докладе задачи очень глобальны.

Они потребуют не какого-либо документа ведомственного уровня с названием «концепция», «стратегия» или еще что-либо.

Речь идет о глобальных, коренных изменениях законодательства.

То есть ставится под вопрос изменение страхового принципа организации медицинской помощи у нас в стране.

Мы готовы возвратиться к государственной плановой медицине, как это было в советское время?

Если да, то никакая программа, никакие электронные ресурсы, никакая концепция не помогут нам.

Нужно отменять Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» и переделывать Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан» и огромное количество иных основополагающих документов.

Поэтому на самом деле, прежде чем приступать к разработке каких-либо программных документов, нужно определиться с ключевыми позициями.

Есть проблема.

Какие возможны варианты ее решения?

Эти варианты потребуют законодательного отражения и серьезной ломки законодательства или нет?

Эти проблемы касаются только организации медицинской помощи?

Если да, в таком случае возможны точечные изменения в законодательство, и основной объем, основная ответственность ляжет тогда на профильные министерства, на Минздрав прежде всего, которые будут заниматься этими вопросами.

Но в целом я хотела бы поблагодарить докладчика за очень интересный доклад, потому что очень много для себя узнала нового, и интересного, и совершенно неожиданного для человека, не занимающегося собственно здравоохранением, а только правовым его регулированием.

Спасибо.

Тосунян Г.А.: Спасибо, Наталья Васильевна.

Давайте, коллеги, перейдем к обсуждению.

Наталья Васильевна, конечно, Вы очень остроумно отметили, что мы все являемся субъектами права.

Безусловно, когда утрируется проблема и ставится вопрос о том, что трудоспособное население является средством обеспечения нетрудоспособного населения, то это, естественно, юридически необоснованное утверждение.

Это форма речи, используемая для того, чтобы вычлениить и обострить проблему.

Из этого нельзя делать вывод, что говорящий не понимает, что такое правовой статус и соответствующая компетенция.

Но, когда мы не удовлетворены соответствующим правовым статусом и одной и другой стороны, когда мы понимаем, что есть глубокие социально-экономические проблемы, мы можем позволить нашим коллегам-неюристам такую несколько упрощенную, утрированную постановку вопроса.

Конечно, неудивительно, что у юристов как «социальных математиков» такие формулировки вызывают возражения.

Так что, я думаю, Олег Иванович именно ради яркости и ради доступного преподнесения материала делал такие акценты.

Цифры, которые Олег Иванович приводил, ошеломляющие и очень удручающие.

Скорее всего, они соответствуют действительности, хотя Олег Иванович обращал внимание на то, что статистике доверять в полной мере нельзя.

Но, к сожалению, эти цифры могут быть еще хуже, чем по статистическим данным.

Талия Ярулловна, пожалуйста.

ХАБРИЕВА Т.Я.

акад. РАН, д. ю. н., директор Института законодательства
и сравнительного правоведения при Правительстве РФ

Еще раз добрый день, уважаемые коллеги!

Прошу слова в самом начале, пока вы под впечатлением от выступления Натальи Васильевны как нашего главного специалиста.

Надо сказать, что она не только ведущий сотрудник нашего института, Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, но и ведущий эксперт Министерства здравоохранения, возглавляет рабочую группу, которая ведет работу над совершенствованием соответствующего законодательства в Правительстве РФ.

Кроме того, саморегулируемые организации, которых очень много в системе оказания медицинской помощи, в том числе связанные с правами пациентов, и объединения различных специалистов-медиков – все обращаются к Наталье Васильевне, поэтому именно ей я предложила быть содокладчиком.

А к идеям Олега Ивановича – сразу могу сказать, поскольку у нас такая неформальная встреча, – я приобщена очень давно, с учетом того, что многие годы живу рядом с академиком Хабриевым, который является апологетом профилактической медицины.

Олег Иванович, Ваши идеи во многом все-таки идут оттуда.

Академик Хабриев тоже многие годы борется за то, чтобы вернуться к системе, когда профилактика позволяла избегать системы оценки здравоохранения по количеству заболевших.

Должна быть совершенно другая оценка.

Однако это непросто, и получается, что переход к страховой медицине только усугубил ситуацию.

Поставленная задача не была выполнена.

Примерно месяц назад мы с Олегом Ивановичем подробно это обсуждали, договорились о сотрудничестве, потому что тема очень сложная.

Юристы, безусловно, должны быть включены в этот исследовательский процесс.

Тем более, Олег Иванович, Вы обратились по адресу (я знаю, в том числе по рекомендации Гарегина Ашотовича, хотя мы с Олегом Ивановичем много раньше знакомы), потому что у нас в институте исследования вокруг медико-социальных проблем (они не чисто медицинские, как показал доклад) в их правовом измерении ведутся довольно давно.

В более практическом ключе, притом, что основные теоретические подходы реализованы в праве и законодательстве, и Наталья Васильевна очень профессионально это изложила, хотелось бы обратить внимание на следующее: обязанность пациента заботиться о здоровье уже закреплена в Федеральном законе 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Однако принцип личной ответственности за здоровье существует только в медицинском измерении, если можно так говорить.

Иными словами, если застрахованное лицо без уважительных причин нарушает режим нетрудоспособности, например, уезжает в командировку во время больничного,

либо не является на врачебный осмотр для проведения медико-социальной экспертизы (когда присуждают инвалидность) и так далее, то оно подпадает под некие санкции.

Могут ли быть эти подходы (квинтэссенция в этом и состоит, по Вашему предложению, Олег Иванович, так ведь?) закреплены в законодательстве об охране здоровья?

На мой взгляд, могут: в частности, ответственность за непрохождение регулярного медицинского осмотра, отсутствие адекватной реакции на врачебные рекомендации, например, когда человек продолжает сохранять массу тела при наличии прогрессирующего диабета.

Однако, коллеги, тут есть ограничения.

Во-первых, ограничение, связанное даже не с медицинскими возможностями, а вообще с нашим здоровьем.

Что делать, если при выполнении всех рекомендаций человек не излечивается?

На это влияет множество обстоятельств, как справедливо отметила Наталья Васильевна.

Есть и другое, сугубо юридическое ограничение: объем социальных и медицинских гарантий не зависит от того, предпринимает или нет какие-либо усилия человек для сохранения своего здоровья.

Конституция в главе второй нам это гарантирует, и данные положения остались неизменными, несмотря на конституционную реформу.

В связи с этим для того, чтобы попытаться в законодательстве закрепить подобную норму, пусть пока точно, и задать новый тренд, необходимо серьезно задуматься.

По этой причине с 2003 года, права Наталья Васильевна, принимаются всевозможные стратегии, концепции, но в целом эффективность стратегических документов очень невысокая.

Речь здесь не столько об эффективности, сколько о том, что не случайно Минздрав и в целом Правительство России идут по пути введения мягкого регулирования, так как с помощью известных юридических средств – запрещением, обязыванием, дозволением, поощрением – подобные вопросы не решить.

Возможно, в данном случае более результативным будет такой способ, как стимулирование.

Вместе с тем определенные запреты сохраняются.

В нашем законодательстве потребление наркотических средств запрещено, хотя за рубежом уже идет послабление по «мягким» наркотикам, и количество стран, в которых разрешены такие «мягкие» наркотики, все увеличивается.

Профилактика, просветительская деятельность (то, о чем говорил Олег Иванович) важны.

Не случайно был принят резонансный закон, устанавливающий общие требования к осуществлению просветительской деятельности.

Он в том числе, Олег Иванович, связан с проблемой, которую Вы подняли.

Речь не идет о цензуре.

Здесь больше акцент сделан на то, что должна быть некая соразмерность в происходящем и транслируемом от всего общества, от всего государства.

Сложно сказать, сработает ли этот закон.

В нем больше прослеживается попытка законодателя если не навести порядок, то попытаться изменить существующие тренды.

Хотя, наверное, правильнее было бы продолжать двигаться в системе государственного управления в области охраны здоровья через известные экономико-правовые методы, например, введение налога на сладкие напитки, как в Мексике, где удалось таким образом добиться ощутимого позитивного эффекта.

Наталья Васильевна мне подсказывает, что в Финляндии в 2003 году снизили налог на алкоголь и смертность выросла на 16 процентов у мужчин и на 33 процента у женщин.

Это яркий пример того, какие методы больше срабатывают.

Я думаю, что сильно уповать на юридические средства не стоит, но проработать их необходимо.

И пусть наш разговор будет началом серьезной исследовательской деятельности, потому что здесь требуется объединить силы специалистов в разных отраслях права, не ограничиваясь только формальными юридическими установками.

Они должны совпадать с разделяемыми большинством населения культурными и иными ценностями.

Только это позволит найти баланс между публичной ответственностью за общественное здоровье и индивидуальной ответственностью, которую можно зафиксировать в законе об охране здоровья.

Сейчас идет подготовка довольно серьезных изменений в этот закон, они будут касаться и обязанностей пациента, и правового статуса медицинских организаций, то есть произойдет конкретизация зон ответственности.

Олег Иванович, мне кажется, надо в первую очередь попытаться переломить эти тренды, не упустить текущие процессы, чтобы реализовать Ваш экспертный потенциал и найти адекватные правовые формулы.

Для этого ситуация очень хорошая.

Напомню, что наш институт в силу того, что я была сопредседателем рабочей группы по **подготовке поправок в Конституцию, отстоял (кстати, не все были за это новое положение) введение конституционной нормы об общественном здоровье.**

Произошла конституционализация данного понятия.

И все новации, которые сейчас обсуждаются, можно было бы осуществить под флагом общественного здоровья, что, мне кажется, было бы очень удачно.

В настоящее время предполагается конкретизация соответствующего законодательства.

Здесь можно, полагаю, найти те регуляторные модели, которые способствовали бы решению социально-медицинских проблем, но, главное, при соблюдении должного баланса, сохранении объема конституционных гарантий, с одной стороны, и разделении зон ответственности – с другой.

Отвечая – если будем продолжать дискуссию в этом направлении – на предложение Натальи Васильевны об отмене действующей системы страхования, не соглашусь.

Вот идеи Олега Ивановича не требуют этого.

И специалисты в области социального страхования, в том числе медицинского, подтверждают, что действующая система предусматривает включение некоторых обстоятельств, о которых говорит Олег Иванович, как позволяющих вносить коррекцию во взаимоотношения страхователя и страховщика.

Постепенно в этом направлении можно двигаться, тем более что существует много зарубежных аналогов.

Главное, уже безотносительно к теме страхования, чтобы эта идея не была воспринята гипертрофированно, и мы не впали в крайность, которая сейчас наблюдается в Китае.

Там, напомню, начинали с индекса честности, сейчас это индекс социальной эффективности, в который хотят включить в том числе вопрос отношения к своему здоровью, чтобы дополнительно не нагружать государство (хотя там и так бесплатного медицинского обслуживания практически нет).

Мы не сможем позволить себе подобного и нарушить всю нашу традицию.

Таким образом, главное – найти необходимый баланс, что, повторю, будет непросто.

Но пусть сегодняшний разговор станет началом этого серьезного пути, а в практико-прикладном ключе, Олег Иванович, предлагаю вместе выйти с инициативой в Минздрав, где хотя бы на первых подступах можно учесть Ваши предложения в связи с грядущими изменениями.

При этом конституционализация общественного здоровья – хорошая почва, хорошее обоснование для начала такой работы.

Более того, в настоящее время Госсовет в силу закона и Конституции наделен полномочиями по координации всех вопросов, связанных с народонаселением, а возглавляет его президент России.

акад. Хабриева Т.Я.

Возможно, Ваши предложения будут в сфере компетенции именно этого конституционного органа.

Полагаю, мы могли бы от имени Отделения общественных наук с такой инициативой обратиться.

Благодарю за внимание.

Тосунян Г.А.: Спасибо, Талия Ярулловна.

УГРЮМОВ М.В.

акад. РАН, д. б. н., заведующий лабораторией Института биологии развития им. Н.К. Кольцова РАН, профессор Высшей школы экономики

Мне кажется, это важнейший вопрос, который поставлен, и он является интегральным показателем развития нашей страны – я имею в виду, демографические проблемы.

И, как видите, показатели не самые благоприятные.

Я помню, на одном из общих собраний (это было, наверное, уже 10 лет назад, может быть, больше) академик Воробьев, покойный уже, вышел и предложил поставить этот вопрос – как глобальную национальную проблему, национальную идею, поскольку она очень комплексная и не ограничивается только медицинскими вопросами, вопросами законодательства.

Вот что меня удивило в том разговоре, который здесь был?

Что наши законодатели, наши организаторы здравоохранения считают, что все можно урегулировать, решая организационные вопросы: изменить законодательство, изменить то-се.

И значительная доля, острие этой деятельности должно быть направлено на предотвращение тех трендов, которые идут из других стран.

Имеются в виду Западная Европа и, наверное, в первую очередь Америка.

И вот здесь, мне кажется, что очень важно?

Важно быть уверенными, что те посылы, из которых исходят организаторы здравоохранения, законодатели, – они адекватные, они действительно имеют место быть.

Но что я вам могу сказать?

Здесь было сказано, что молодые люди сейчас не стремятся создавать семьи, не стремятся заводить детей, потому что из чисто эгоистических соображений они хотят удовлетворить свои интересы, свое любопытство и так далее, и это тренд, который идет с Запада.

Действительно, такой тренд есть.

Но давайте опустимся к человеку: с уровня, скажем, Думы – к уровню человека.

Я каждый день работаю с молодежью: в университетской среде, в академических институтах – с конкретными совершенно людьми, и здесь, и на Западе.

Так вот, на Западе стипендия аспиранта – 1500 евро, стипендия постдока – 2500 евро.

Я могу себе представить, что у людей может возникнуть идея на эти деньги попутешествовать и так далее, а потом уже обрести семью.

У нашего аспиранта гарантированная стипендия – 8500 рублей, у кандидата наук или постдока – 25000 рублей.

Я очень сомневаюсь, что у этих людей есть желание из чисто эгоистических соображений не образовывать семью.

Здесь обычное элементарное правило, которым и мы в молодости руководствовались: заводить детей можно только тогда, когда есть гарантии, что мы сможем их «поставить на ноги» и дать им хорошее образование.

К сожалению, сегодня я слышал много псевдодоказательств того, что катастрофическая ситуация с демографией в нашей стране обусловлена распространением негативных западных тенденций.

Например, что западный мир совершенно аморален: там и трансгендеры, и гомосексуалисты, и много чего еще.

Тогда объясните, почему мы «чемпионы» по одному из последствий гомосексуализма – по заболеваемости СПИДом?

Дальше.

Вот такая мысль прозвучала.

Что мы организационно можем решить те проблемы, которые за рубежом, в Штатах, не могут решить за большие деньги, – в частности, то, что связано с профилактической медициной.

Профилактическая медицина – это огромный бермудский треугольник, она требует вложения колоссальных денег, и колоссальных денег государства.

Я, выступая на международных конференциях, всегда говорю, что только Советский Союз мог себе позволить это сделать.

Ни одна страна, самая богатая, не способна этого сделать, имея колоссальные деньги, особенно в тех условиях, когда у нас платная медицина превращается из обязанности государства обеспечивать людей медицинским обслуживанием в услуги, когда за все нужно платить.

И поэтому что мне кажется?

Что перед тем, как законодателям, организаторам здравоохранения решать эти организационные вопросы, а потом очередной раз удивляться через 5–10 лет, почему у нас демографические проблемы только усугубляются,

надо все-таки попробовать адекватно оценить тот опыт, который есть в развитых странах.

Дело в том, что то, что я сегодня слышал, очень похоже на ток-шоу, которые проходят на разных площадках, – и Соловьев, и все другие.

Основная идея ток-шоу такая: «Ребята, да, у нас есть проблемы, но у них там и трансгендеры, и однополые браки, поэтому, в общем-то, ничего, нам еще повезло».

Но это же все-таки серьезная академическая аудитория.

Давайте исходить из того, что мы будем с вами как-то использовать адекватную первичную информацию, без этого ничего хорошего не будет.

И последнее, что я хочу сказать.

Здесь не прозвучали такие слова (но, когда я буду делать доклад, я обязательно их озвучу), что все социальные проблемы, которые решаются успешно в развитых демократических странах, – они решаются в основном на деньги прогрессивного налога.

Ни один человек сегодня не сказал, что никакая медицина, никакая наука, никакое образование без прогрессивного налога не могут развиваться нормально.

Вот мне очень странно это обсуждение, которое здесь было.

Но тем не менее оно мне было очень интересно.

Спасибо большое.

Тосунян Г.А.: Спасибо.

Пожалуйста, сейчас Сергей Вячеславович Калашников.

Потом Павел Алексеевич, потом Арутюн Ишханович, потом... кто еще поднимал руку? Еще много рук.

Аганбегян А.Г.: Мне тоже дайте слово, коллеги.

Тосунян Г.А.: Да, и Абел Гезевич, конечно.

Нигматулин Р.И.: Я тоже хочу сделать некоторые комментарии.

Тосунян Г.А.: Хорошо, Роберт Искандерович. Пожалуйста, Сергей Вячеславович, Ваше слово.

КАЛАШНИКОВ С.В.

д. э. н., профессор, заведующий кафедрой труда и социальной политики Института государственной службы и управления РАНХиГС при Президенте РФ

Здравствуйте!

Очень рад вас всех видеть, хотя и онлайн.

Я хотел бы просто высказать несколько реплик, которые, мне кажется, очень важны для дальнейшего обсуждения.

Первое: я считаю, что та площадка, которая сейчас предложена для обсуждения этих проблем, – эти проблемы обсуждаются очень давно – она является, наверное, очень важным шагом вперед по продвижению решения того комплекса проблем, которые обозначил Олег Иванович, и вообще проблем здравоохранения, по той простой причине, что только комплексное решение (и Талия Ярулловна об этом говорила) может реально подвинуть эту проблему.

А теперь несколько содержательных реплик.

Первое. Коллеги, я думаю, вы все прекрасно понимаете, что дело не в демографии и доклад Олега Ивановича Аполихина был о модели здравоохранения.

На самом деле, и он уже об этом сказал, есть две модели: модель территориальной предварительной медицины (модель Семашко) и модель услуг.

Так вот, мы на сегодняшний день пошли по той модели, которая, безусловно, никак не соответствует ни нашему историческому опыту, ни нашим бывшим успехам в медицине.

Но здесь есть одно «но».

«Но» заключается в следующем, и это требует обсуждения.

Мир не стоит на месте, и возникает огромное количество проблем, которых вчера не было.

Я остановлюсь на той модели, которая у нас сейчас и которую я, соглашаясь с Олегом Ивановичем, считаю абсолютно негодной.

Дело в том, что на сегодняшний день медицинские услуги высветили важную для экономистов проблему – проблему появления совершенно нового вида товара, который не имеет заданного результата, а значит, он не имеет определенной стоимости.

Разбивка медицинской помощи на простые и сложные услуги не решает проблему, вылечили человека, как результат обращения пациента к врачу, или не вылечили.

Целостного результата, к сожалению, нет – нет заданного качества.

Нет заданного качества – естественно, нельзя оценить услугу.

Это первое.

Второе.

Та модель, которая у нас была и от которой мы успешно отказались, – условно назовем ее «модель Семашко» – она не так-то проста, как кажется на первый взгляд, хотя, кстати, я напомню, что она закреплена в 41-й статье Конституции, по которой медицинская помощь является в Российской Федерации бесплатной.

Скажите, как может быть гарантия конституционная, если не определен объем той медицинской помощи, которая предоставляется человеку в соответствии с Конституцией?

Вот те многочисленные объявления – «скинемся на помощь очередному больному ребенку» – это вписывается в 41-ю статью Конституции или нет?

Второй момент, и очень важный.

Мы ведь с Олегом Ивановичем давно этим занимаемся – я имею в виду, не мы занимаемся, а я знаком с Олегом Ивановичем и разделяю его взгляды.

Мы с ним специально ездили с официальной делегацией на Кубу, которая в полной мере реализовала ту нашу модель (сейчас она, скорее можно сказать, английская модель, хотя это модель Семашко).

Мы столкнулись со следующим, и это специфика нашей страны.

То, что можно реализовать на Кубе, где компактное проживание людей, очень трудно реализовать на территории Российской Федерации – например, территориальный принцип охвата профилактической медицины – просто в силу наших географических характеристик.

Возможно, решить вопрос позволит цифровизация, однако до этого, во-первых, далеко, а во-вторых, никакого законодательного обеспечения здесь нет.

Но я хочу все-таки сказать о другом.

Я хочу сказать о том, что решение этих проблем не может быть ни в рамках закона № 323 «Об основе охраны здоровья граждан», ни закона «Об обязательном медицинском страховании».

Талия Ярулловна, при всем глубочайшем к Вам уважении и даже любви, никак не могу согласиться, что страховая модель жизненная на сегодняшний день в Российской Федерации.

Она прямо противоречит тому, что говорил Олег Иванович.

Ну не заинтересована частная страховая компания в профилактической медицине!

Чем больше пройдет через нее денег, то есть пациентов, которые эти деньги сопровождают, тем ей выгоднее.

Почему у нас не развивается профилактическая медицина как на государственном, так и на страховом уровне?

Да потому что она невыгодна!

Она не вписывается в сложившуюся модель.

И последнее, что я хотел бы сказать: понятно, что Олег Иванович говорил не о демографии.

Кстати, вопрос о том, какая нам демография нужна, – это серьезный вопрос Отделению общественных наук РАН по той простой причине, что лозунг «Давайте увеличивать количество людей» никак не связан с тем, а сколько людей нам вообще в стране нужно и сколько будет нужно через 15–20 лет.

Это первый момент.

Второй момент – что это связано вообще с проблемой здоровья.

То есть мы не можем себе позволить, чтобы люди умирали от болезней, а мы не могли оказать им помощь.

Значит, государство должно взять на себя определенные обязательства.

И эти обязательства должны быть обеспечены эффективным управлением.

Вопрос: существует ли экономическая основа на сегодняшний день для того, чтобы государство взяло на себя эти обязательства?

Я могу сказать однозначно: к сожалению, нет.

Мы не можем выделить от своего ВВП на наше здравоохранение даже те деньги, которые выделяют, скажем, страны Прибалтики.

В заключение хочу сказать, что этот прекрасный доклад – это повод для того, чтобы действительно комплексно решить проблему человека в современном мире.

Согласитесь, что уповать на сознательность людей, наверное, не приходится никогда.

Речь идет о том, что государство должно взять на себя определенные формы организации, стимулирования определенного поведения людей.

Спасибо.

акад. ХАБРИЕВА Т.Я. – проф. КАЛАШНИКОВ С.В.

ХАБРИЕВА Т.Я.

акад. РАН

Хабриева Т.Я.: Когда я говорю о страховых компаниях, я имею в виду, во-первых, необходимость реформирования, если мы действительно хотим сделать настоящую страховую медицину.

Приспособить существующие механизмы тоже возможно: например, тарифицировать профилактические мероприятия.

Во-вторых, необходимость преодоления незаинтересованности страховых компаний, поскольку сейчас они отвечают не столько своими деньгами, сколько деньгами ФФОМСа.

Спасибо, что Вы поняли мою основную идею о том, что нельзя уповать только на юридические средства.

Вместе с тем подчеркну, что можно было бы сделать какие-то первичные шаги, чтобы сдвинуть этот негативный тренд, то есть лучше мало, чем вообще ничего.

Благодарю за внимание.

Калашников С.В.: Талия Ярулловна, а зачем создавать проблемы, чтобы потом искать способы их решения?

Может быть, просто не надо создавать специально проблемы?

Вы же прекрасно знаете историю возникновения нашей страховой медицины.

Никакого отношения к эффективности лечения она не имела!

Просто нужно было окрасить бюджетные деньги, иначе они растворились бы. 92-й год.

Тосунян Г.А.: Спасибо.
Давайте дадим слово коллегам.
Павел Алексеевич Медведев, пожалуйста.

МЕДВЕДЕВ П.А.

д. э. н., проф.

Спасибо большое.

Михаил Вениаминович Угрюмов затронул те проблемы, о которых я сейчас хотел сказать.

Я ему очень благодарен.

И позволю себе задать вопрос.

Олег Иванович, скажите, пожалуйста, как, с Вашей точки зрения, девиантно влияющий на нас Запад сам компенсирует свое девиантное поведение?

Вы сказали, что у нас со СПИДом ситуация хуже, чем на этом самом Западе, а я, готовясь к Вашему выступлению, посмотрел статистику.

В Соединенных Штатах Америки прямо сейчас, сегодня в среднем в день умирает 7,5 тысяч человек.

А рождается в 1,5 с лишним раза больше – 11479.

Каким образом на этом самом Западе, где искажено представление о нормальном половом поведении, это получается?

Во Франции, я слышал, уже запрещены браки между мужчинами и женщинами.

Тем не менее в 2020 году там родилось 805 897 человек, а умерло только 580 298. 225 599 человек прирост.

Как им удастся свое безобразное поведение компенсировать?

Спасибо.

Тосунян Г.А.: Давайте мы выслушаем еще коллег. Академик Аветисян – директор Института системного программирования.

Пожалуйста, Арутюн Ишханович.

АВETИCЯН А.И.

акад. РАН, д. ф.-м. н., директор Института системного программирования им. В.П. Иванникова

Спасибо, Гарегин Ашотович.

В первую очередь хочу поблагодарить докладчика.

Мы уже несколько лет занимаемся цифровизацией медицины, и я впервые слышу, чтобы в таком виде врачи поставили вопрос.

Что же я услышал, как человек, который занимается цифровизацией?

Что нет достоверной информации (это вроде как нам было очевидно), что статистика врет по разным причинам, и создание еще одной информационной системы, какой бы она ни была тотальной, ситуации не поможет.

Как айтишник хочу сказать, что решение проблемы, которую мы сейчас обсуждаем (тут я согласен с Михаилом Вениаминовичем), не находится только в организационно-юридической плоскости.

Нам нужно построить инфраструктуру, которая обеспечивает постоянный мониторинг населения, причем не только с точки зрения деторождения и вот этой проблемы конкретной, а просто состояния здоровья.

Уже сейчас носимые девайсы позволяют выявлять и упреждать различные проблемы со здоровьем.

А в будущем дешевые методы скрининга будут развиваться с очень большой скоростью.

Нужно правильным образом подключать к этой истории наши фитнес-центры, другие организации.

И обязательно учитывать, что в основе всего этого лежат правильные информационные технологии, социология, психология, и это очень дорогая долгосрочная история, но при этом в глобальном масштабе на порядки снижающая расходы и на порядки ускоряющая время принятия решений.

Грубо говоря, если вы какой-то новый законодательный акт примете, буквально через некоторое время поймете его реальную обратную связь, причем не на основе формальных цифр, а на основе повышения доверия к той информации, которая у вас есть.

Например, речь о сборе данных из социальных сетей, их интеграции с закрытыми данными (необязательно медицинскими, есть «Госуслуги», где собрана различная информация про граждан) с целью решения конкретной задачи.

В данной ситуации это может быть задача, связанная с демографией.

Но, в принципе, можно решать и другие задачи.

И мировой опыт сейчас показывает, что все мы идем в сторону персональной медицины, профилактики заболеваний.

С этой точки зрения и надо обсуждать такой проект.

Если говорить про Академию наук, это должна быть какая-то если не госпрограмма, то, по крайней мере, программа в рамках какого-то такого большого проекта с участием социологов, психологов, врачей.

Для примера могу сказать, что мы посмотрели Московскую область по распространению наркомании в школах, и выяснилось, что с помощью инструментов анализа данных можно получить достаточно много информации и выстроить систему.

Но оказалось, что это не всегда всем интересно.

Здесь можно долго говорить, не хочу занимать время.

Хочу только сказать, что решение этой проблемы в современных условиях, в которых мы находимся, не лежит в области «зарегулировать и все вернуть обратно в советское время».

У нас на это уже времени нет, потому что мы уже разрушили ту систему.

Решение лежит в области современных информационных технологий с постепенным точечным, а иногда, может быть, и системным, но только постепенным изменением законодательства с учетом современных тенденций.

Потому что сейчас и в медицине прорывы, скоро с помощью диагностики по капле крови можно будет определять очень много чего, о чем сегодня мы даже не знаем.

Мы переходим в новый технологический уклад, и нужно это учитывать в этой дискуссии.

Спасибо.

Тосунян Г.А.: Спасибо. Абел Гезевич, пожалуйста.

ДОКЛАД 3

АГАНБЕГЯН А.Г.

акад. РАН, д. э. н.

Я хочу выступить по демографической ситуации в России и высказать ряд предложений по улучшению здоровья населения.

Начну с особенностей демографического развития новой России как суверенного государства за 30-летний период.

30 лет назад, в 1990 году, демографическая ситуация в России была на среднем уровне среди стран мира.

Обобщающий результативный показатель здесь – ожидаемая продолжительность жизни, которая тогда составляла у нас 69,19 лет, в то время как в развитых странах она была на 8–10 лет больше.

Показатель 69 лет в то время близок к ожидаемой продолжительности жизни в целом по странам мира.

В прошлом, в советское время, в России были намного лучшие времена.

В 1964–1965 годах ожидаемая продолжительность жизни в России повысилась до 70 лет и была на уровне развитых стран, уступая лучшим из них 2–3 года, но опережая значительную часть развитых стран, в том числе в Европе.

Это было результатом ускоренного послевоенного развития оздоровительной системы в России.

В то время Россия практически не отставала от развитых стран по уровню хирургии, производству и использованию антибиотиков, но опережала другие страны по

первичной медицинской помощи и общей системе оздоровления населения – наличию профилакториев, санаториев, детских лагерей, большого числа врачей и другого медицинского персонала в расчете на 1000 человек населения.

В отличие от многих других стран в России оказывалась эффективная медицинская помощь больным на дому.

Хорошо была развита скорая помощь.

Забота о здоровье населения была приоритетной задачей государства.

И все это было в условиях, когда уровень питания населения, жилищные условия, реальные доходы населения в России существенно уступали показателям развитых стран.

Но зато в России был более длительный отпуск, доступная оздоровительная сеть, наличие врачей на крупных предприятиях, в школах, детсадах и так далее.

К сожалению, в последующие годы нам не удалось удержать достигнутый уровень, финансирование здравоохранения ухудшилось.

Несмотря на продолжающийся рост реальных доходов, ожидаемая продолжительность жизни колебалась от 67 до 69 лет.

И только в 1987 году, как результат значительного сокращения смертности, прежде всего мужчин, из-за проведенной жесткой антиалкогольной кампании в 1985–1987 годах, показатель ожидаемой продолжительности жизни опять достиг 70 лет.

В последующие годы он, к сожалению, снизился.

В целом в послевоенный период в советской России рождаемость поддерживалась на достаточно высоком уровне – выше, чем в Европе.

И, несмотря на более высокую смертность по сравнению с развитыми странами и нарастающее здесь отставание от западноевропейских показателей, сохранялся довольно высокий прирост населения за счет превышения рождаемости над смертностью.

В 1990 году при населении 147,7 млн человек (на 1 января) родилось 1989 тыс. человек, а умерло 1656 тыс. с естественным приростом 334 тыс. человек.

Как видно, коэффициент рождаемости в расчете на 1000 человек населения составил 13,4, а смертности, соответственно, 11,2.

К тому же имел место прирост мигрантов, переезжающих в Россию из других союзных республик в размере 456 тыс. человек в 1990 году, что увеличивало, естественно, прирост населения.

Как известно, в первый период новой России был глубокий 10-летний трансформационный кризис.

При снижении валового внутреннего продукта в 1,8 раза, промышленности – в 2,2 раза, сельского хозяйства – в 1,9 раза, инвестиций – в 4,8 раза и реальных доходов – в 1,9 раза.

Этот период завершился финансовым и социальным кризисом: в 1998 году была достигнута нижняя точка экономики, в 1999 году – самое сильное падение социальных показателей.

Этот небывало глубокий и длительный трансформационный кризис вызвал крайне отрицательные демографические последствия.

Рождаемость населения сократилась с 1989 тыс. человек в 1990 году до минимума – 1215 тыс. в 1999 году.

А смертность, напротив, намного выросла: с 1656 тыс. человек в 1990 году до 2366 тыс. в 2005 году.

Соответственно, коэффициент рождаемости сократился с 13,4 до 8,3, а смертности, напротив, вырос с 11,2 до 16,4.

В результате в России впервые за многие годы смертность превысила рождаемость, и размер этой депопуляции достиг максимума в 959 тыс. в 2000 году (6,6 на 1000 человек населения).

Столь высокой депопуляции не было ни в одной стране мира.

В связи с этим ожидаемая продолжительность жизни в России сократилась с 69,19 в 1990 году до 64,86, в том числе мужчин – до 58,56 лет, а женщин – до 71,86 лет, с рекордной разницей более 13 лет.

При этом все эти годы в Россию шел положительный миграционный поток, который варьировался от 878 тыс. человек в 1994 году до 41 тыс. человек в 2004 году.

А в целом за период депопуляции, которая завершилась только в 2013 году, а началась в 1992 году, размер депопуляции составил 12,0 млн человек.

При этом положительное сальдо миграции в эти годы составило 5,8 млн человек, так что население России сократилось на 6,2 млн человек.

Заметим, что в этот сложный период, несмотря на начавшийся довольно бурный подъем экономики с 1999 года и социальных показателей с 2000 года, острый демографический кризис продолжался еще 5–6 лет, поскольку государство не принимало в этот период серьезных мер по улучшению демографических показателей.

И только в 2005 году были приняты две национальные президентские программы – «Демография» и «Здоровье народа» с крупным дополнительным финансированием, которые осуществлялись с 2006 до 2014 года.

Они привели к крупнейшим сдвигам в демографических показателях России, невиданным ранее в странах мира.

Эти показатели подробно представлены в таблице на Рисунке 1.

Рождаемость, как видно, увеличилась почти на 490 тыс. человек за этот период, а смертность сократилась на 390 тыс. человек, и депопуляция (превышение смертности над рождаемостью) сменилась естественным приростом в размере 33 тыс. человек.

Смертность сократилась главным образом по линии сердечно-сосудистой патологии на 345 тыс. человек.

Самое большое сокращение смертности наблюдалось в трудоспособном возрасте – на 270 тыс. чел.

Почти вдвое сократилась смертность от внешних причин (травм, убийств, самоубийств, утоплений и др.) – на 140 тыс. человек.

Ожидаемая продолжительность жизни при этом с 65,37 лет в 2005 году небывало повысилась до 70,53 в 2014 году – на 5,5 лет.

Затем в течение трех лет, в 2013–2015 годах, рождаемость превышала смертность, и в России наблюдался небольшой естественный прирост населения, составивший за эти три года 84 тыс. человек.

**Демографические показатели реализации
национальных программ «Демография» и «Здоровье»
(2006–2014 г.), тыс. человек**

ПОКАЗАТЕЛИ	2005 г.	2014 г.	Измене- ния
Рождаемость	1457	1947	+ 490
Смертность	2304	1914	- 390
Депопуляция	- 847	+ 33	
Смертность в трудоспособном возрасте	740	470	- 270
Смертность от сердечно-сосу- дистых заболеваний	1299	954	- 345
Стандартизованная смерт- ность от новообразований (с учетом возраста)	369	408	- 39
Смертность от внешних причин	316	176	- 140
Нетто-коэффициент воспроиз- водства населения	0,611	0,832	0,236
Ожидаемая продолжительность жизни населения (число лет)	65,37	70,93	+ 5,56
В том числе:			
Мужчины	58,92	65,29	+ 6,37
Женщины	72,47	76,47	+4,0

Рис. 1

Улучшение демографических показателей было свя-
зано не только со специальными мерами по линии здраво-
охранения, но во многом произошло за счет огромного со-
циально-экономического 10-летнего роста новой России в
1999–2008 годах, когда ВВП увеличился в 1,9 раза и пре-
взошел немного уровень 1990 года, промышленность уве-
личилась в 1,8 раза, сельское хозяйство – в 1,5 раза, инве-
стиции – в 2,8 раза.

Так что эти три последних показателя остались несколько ниже уровня 1990 года.

Но зато реальные доходы выросли в период подъема в 2,3 раза, существенно опередив размеры экономического роста.

Во многом они выросли за счет увеличения доли фонда конечного потребления домашних хозяйств в ВВП из-за значительного сокращения доли валовых накоплений и вооружений в составе валового внутреннего продукта.

В то же время нельзя не отметить, что при росте реальных доходов населения – на одну треть в сравнении с 1990 годом – в новой России сохранилось значительное число крайне бедного населения, чей душевой доход был ниже прожиточного минимума.

В 1992 году численность абсолютно бедных, к которым эта категория относится, составляла 49,7 млн человек (33,5% населения страны).

В 1999 году численность абсолютно бедных осталась высокой – 41,2 млн человек (28,3% населения).

С того времени она сократилась более чем вдвое к 2008 году – до 18,9 млн человек (13,4% населения).

Значительный прирост реальных доходов населения произошел за счет формирования богатой 20-процентной прослойки населения, чьи доходы выросли в разы.

В результате разница в среднедушевом доходе 10% населения с высшими доходами по сравнению с 10% населения с самыми низкими доходами увеличилась до 15–16 раз, в то время как в 1980-е годы она составляла 3 раза, а

в 1990 году в результате увеличения спекулятивного капитала в условиях всеобщего дефицита она составила 4,5 раза.

В развитых странах Европы, а также в постсоциалистических странах Запада эта разница составила в среднем 10 раз, в том числе в Германии – меньше 7, а в социал-демократических странах Северной Европы – 6.

После 10-летнего мощного социально-экономического подъема внимание к демографическим показателям и развитию здравоохранения в России сократилось, в то время как другие страны, в том числе развитые страны и Китай, повышали долю расходов на здравоохранение в ВВП, намного опередив здесь Россию, где этот показатель был предельно низок, особенно по государственной линии: 5% – все расходы на здравоохранение, включая частные, и только 3,5% – государственные расходы.

В Европейском союзе суммарные расходы на здравоохранение превысили 10%, а в США даже 17%, в том числе государственные расходы составили, соответственно, 7,5 и 10,8%.

Поэтому в третьем периоде развития новой России – периоде стагнаций и кризисов (с кризиса 2009 года до настоящего времени) – вновь возник демографический кризис: с 2015 года резко, до 100 тыс. человек в год, стала сокращаться рождаемость, в то время как смертность снижалась ежегодно по 30 тыс. человек.

В результате смертность превысила рождаемость, и с 2018 года вновь возродилась депопуляция.

Положительное сальдо миграции в России не смогло превысить размер депопуляции, и численность населения страны стала опять уменьшаться.

В 2020–2022 годах Россию накрыла коронавирусная пандемия.

Семь волн этой пандемии представлены на Рисунке 2 – на графике, характеризующем динамику месячной зараженности населения коронавирусом.

Динамика месячной зараженности населения коронавирусом

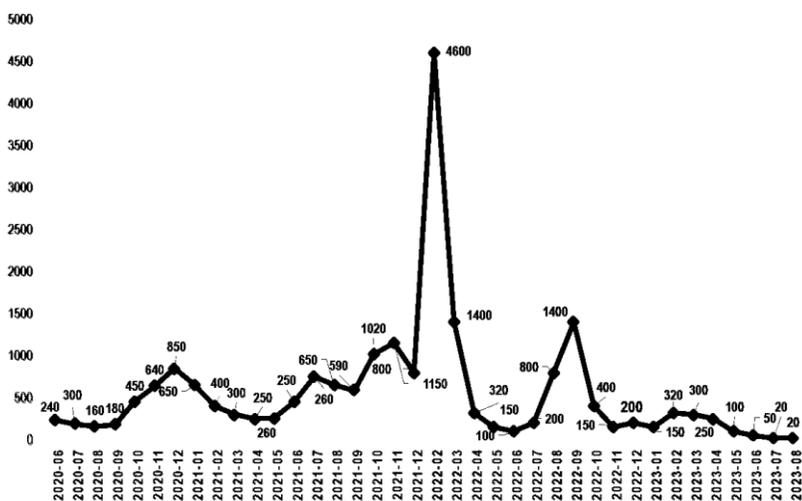


Рис. 2

Во второй половине 2022 года и первой половине 2023 года, как видно на графике, коронавирусная пандемия сходит на нет.

Эта пандемия привела к росту смертности в России на 345 тыс. человек в 2020 году и на 645 тыс. в 2021 году по сравнению с исходным 2019 годом.

В результате демографический кризис перерос в демографическую катастрофу с небывалым увеличением смертности за два года на 35%.

Соответствующие демографические показатели последнего периода представлены в таблице на Рисунке 3.

**Показатели движения населения
в России 2016-2021 гг.**

Показатели	Годы / тыс. человек					
	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Родившихся	1889	1690	1599	1485	1436	1403
Умерших	1891	1824	1818	1801	2125	2446
Депопуляция (превышение числа умерших над родившимися)	- 2	- 134	- 219	- 316	- 689	- 1043
Сальдо миграции	262	212	125	286	106	430
Население России: прирост (+), убыль (-)	260	78	- 94	- 30	- 583	- 613

Рис. 3

Из таблицы видно, что естественный прирост населения в прошлом сменился высокой депопуляцией, превысившей впервые в послевоенной России 1 млн человек в 2021 году.

Это мировой рекорд среди всех стран мира в мирное время.

В результате – огромное сокращение населения: на 1,3 млн человек за 2018–2021 годы.

Дополнительная смертность в России в период коронавирусной пандемии стала самой высокой среди крупных стран мира по отношению к численности населения, а также к числу зараженных коронавирусом.

Более высокая смертность в этот период была в США.

Она превысила 1 млн человек. Но в США проживает 332 млн, а в России – 146 млн.

И поэтому в расчете на миллион человек смертность в России оказалась в полтора раза выше, чем в США.

Этот показатель по отношению к численности населения в 2–3 раза выше по сравнению с Великобританией, Францией, Италией и Испанией – наиболее крупными странами Европы, где зараженность коронавирусом была выше, чем в России.

Еще больше, в 4 раза, удельная смертность в России оказалась более высокой, чем в Германии, при близких цифрах зараженности населения.

Высокая смертность от коронавирусной пандемии, близкая к показателям России, наблюдается в Бразилии.

Но население Бразилии – 214 млн человек против 146 млн в России. Так что смертность в Бразилии на миллион человек в 1,4 раза ниже, чем у нас.

Почему в России столь высока смертность в период коронавирусной пандемии?

На мой взгляд, есть несколько причин.

Первая причина.

Значительная часть населения России в зрелом и престарелом возрасте, наиболее подверженная заболеванию коронавирусом, имела подорванное здоровье из-за условий трансформационного кризиса, который она пережила.

Потеряв работу, оказавшись без дохода, ведя нищенский образ жизни, продавая свои вещи, многие находились в депрессии и стрессе, который негативно сказался на их здоровье.

Об этом можно судить по цифрам, которые дают картину доли этих людей, доживших до 50-, 60- или 70-летнего возраста.

Так, до 65-летнего возраста в России в 2019 году доживает 61% мужчин и 84% женщин, в то время как в странах ЕС – 85–90%.

Поэтому естественно, что люди с подорванным здоровьем больше умирали от пандемии, чем те, здоровье которых было лучше.

Второй причиной высокой смертности от коронавирусной пандемии в России является замедленная вакцинация населения.

В период самой высокой смертности от самого опасного штамма коронавируса «дельта» в августе–октябре 2021 года, когда дополнительная смертность за три месяца поднялась до 143 тыс. человек, в России было вакцинировано 20–30% населения в сравнении с 60–70% в США, европейских и передовых развивающихся странах.

Третья причина.

Рост смертности от сердечно-сосудистых, легочных и других заболеваний прежде всего в 2020 году, когда внимание к этим больным было резко ослаблено, поскольку ресурсы были переориентированы на лечение коронавируса.

Кардиологические отделения, отделения по легочным заболеваниям, лечению диабета, нервных болезней использовались для лечения коронавирусных больных.

В таблице на Рисунке 4 содержатся данные о росте смертности с указанием ее причин в острый период коронавирусной пандемии.

Причины дополнительной смертности населения в 2020 г. по сравнению с 2019 г.

Показатели	Тыс. человек	Прирост, %
Общая дополнительная смертность	340,3	18,9
В том числе по причинам от:		
– коронавируса, где он является главной причиной	104	–
– сердечно-сосудистых заболеваний	97,3	11,7
– пневмонии	34,4	в 2,4 раза
– болезней нервной системы	21,1	20,9
– эндокринных заболеваний	10,4	25
– старости	17,2	20,1

Рис. 4

Как видно, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, которая в предыдущие годы сокращалась, увеличилась почти на столько же, на сколько возросла смертность от коронавирусной пандемии.

Больше всего пострадали легочные больные, поскольку все оборудование и медперсонал соответствующих отделений были переориентированы не на лечение воспаления легких, как раньше, а на борьбу с коронавирусом.

В 2021 году были приняты серьезные меры по исправлению этой ситуации, и для этой цели значительно увеличены финансовые ресурсы.

В результате с середины 2021 года мы наблюдаем заметное сокращение смертности от других патологий, кроме коронавирусной пандемии.

Это видно из показателей, приведенных в таблице на Рисунке 5.

Этот процесс сокращения смертности продолжался до апреля 2023 года.

А начиная с мая 2023 года смертность перестала снижаться, а стала даже немного увеличиваться, поскольку коронавирусная пандемия серьезно подорвала здоровье прежде всего престарелых граждан, которые стали чаще умирать в сравнении с предшествующим периодом.

Четвертая причина связана с недостатками нашего здравоохранения, которое в 2–3 раза хуже финансируется и имеет в среднем существенно более низкий уровень персонала – и врачей, и медсестер – в сравнении с многими другими странами, где предъявляются более высокие требования к врачам и медсестрам, где они лучше обучаются,

выше оплачиваются, несут более высокую ответственность.

**Смертность населения России в 2019–2022 гг.,
в том числе от коронавируса (тыс. человек)**

Год	2019	2020	2021	2022	Прирост в 2022 г. по сравнению с 2019 г.	Прирост (убыль) в I полугодии 2023 г. по сравнению с I полугодием 2022 г.
Показатели						
Смертность	1801	2124	2445	1906	105	- 130
Прирост и убыль смертности к предыдущему году	- 17	323	321	- 539	105	- 130
В том числе: от коронавируса	–	162	518	80	760	–
от других причин	–	161	- 197	- 619	- 655	- 130

Рис. 5

Отметим, что незадолго до коронавирусной пандемии в России была проведена так называемая оптимизация здравоохранения, в ходе которой было сокращено

150 тыс. больничных коек, в значительной части для инфекционных больных, которых в тот период было не так много.

На 50 тыс. сократилось число врачей, на 150 тыс. уменьшилась численность среднего медперсонала.

Было закрыто несколько тысяч межрайонных и районных больниц, особенно в малых городах, ликвидированы тысячи фельдшерских пунктов на селе, сокращены ресурсы скорой помощи.

Так что наше здравоохранение встретило пандемию в урезанном виде.

В период коронавирусной пандемии в связи с ростом смертности сократилась ожидаемая продолжительность жизни.

Самый низкий ее уровень наблюдался в 2021 году, когда она снизилась до 68,7 с 73,4 в 2019 году.

Но уже в 2022 году, когда смертность сократилась более чем на 500 тыс. человек, ожидаемая продолжительность жизни увеличилась до 72,5, а в 2023 году, по всей вероятности, показатель смертности повысится до уровня докризисных показателей – 73,4 лет.

Особо надо сказать о самом успешном деле в развитии российского здравоохранения – о радикальном сокращении младенческой смертности.

Младенческая смертность в России за 30 лет сократилась в 4 раза – больше, чем в других странах.

Ее уровень в 1990 году составил 17,4 на 1000 родившихся живыми, в 2000 году – 14,3, в 2005 году – 10,2, в 2014 году – 7,4, в 2019 году – 5,1.

В указе Президента РФ от 7 мая 2018 года была поставлена задача сократить младенческую смертность до 4,4 в 2024 году.

Этот показатель был достигнут досрочно в 2020 году.

А в первой половине 2023 года он снизился до 4,1.

Из десятков показателей, намеченных этим указом, младенческая смертность – единственный показатель, который выполнен, притом досрочно.

В США младенческая смертность намного выше – 5,4, в Канаде – 4,3, в Люксембурге – 4,5, в Китае – 5,7, в Турции – 7,7.

Ниже, чем в России, этот показатель во Франции и Великобритании – 3,6 и в Германии – 3,1.

При этом в России насчитывается 13 регионов, где этот показатель составляет от 3 до 3,5, и 14 регионов, где он ниже 3, то есть существенно ниже, чем по странам Европейского союза, не говоря уже о постсоциалистических странах Европы и развивающихся странах.

Перечень этих регионов представлен на Рисунке 6.

Что касается рождаемости, то в последние годы она сокращается не столь сильно, как в предшествующие.

Из-за этого у нас сохраняется повышенный размер депопуляции населения.

Докризисный ее уровень в 350 тыс. пока недостижим.

В лучшем случае депопуляция составит 400–500 тыс. человек не только в 2023 году, но и в последующие несколько лет.

**Коэффициенты младенческой смертности
по субъектам РФ (на 1000 родившихся)**

Смертность ниже 3,0		Смертность от 3,0 до 3,5	
Субъекты РФ	Младенческая смертность	Субъекты РФ	Младенческая смертность
Ивановская обл.	2,9	Липецкая обл.	3,5
Костромская обл.	2,6	Московская обл.	3,2
Республика Карелия	2,7	Тамбовская обл.	3,4
Новгородская обл.	2,8	г. Москва	3,3
Республика Адыгея	1,9	Архангельская обл.	3,4
г. Севастополь	2,6	Ленинградская обл.	3,4
Удмуртская Республика	2,7	Волгоградская обл.	3,5
Чувашская Республика	1,2	Республика Татарстан	3,1
Кировская обл.	2,2	Тюменская обл. (без округов)	3,1
Саратовская обл.	2,6	Ханты-Мансийский округ	3,0
Ханты-Мансийский округ	2,5	Кемеровская обл.	3,2
Томская обл.	2,1	Якутия	3,2
Камчатский край	2,7		
Магаданская обл.	1,7		

Рис. 6

Это связано с продолжающимся трендом по сокращению рождаемости из-за меньшего числа женщин, вступающих в фертильный возраст.

Этому негативному тренду по сокращению рождаемости можно противостоять, если повысить суммарный коэффициент рождаемости, характеризующий число рожденных детей на 1000 фертильных женщин.

Максимум этого показателя в России был достигнут в 2015 году – 1,777.

Затем он уменьшился до 1,5, а в последние два года – до 1,45.

Если его поднять в ближайшие несколько лет до 1,6, например, то рождаемость прекратит сокращаться.

И за счет возврата к ежегодному снижению смертности удастся постепенно сократить размер депопуляции.

Для коренного улучшения дела целесообразно в ближайшее время принять новую программу улучшения демографии и здравоохранения, как это было осуществлено в 2005 году.

В этом случае уже к 2025–2026 годам можно было бы выйти на уровень смертности в 1,7 млн человек – на 100 тыс. меньше, чем в докризисном 2019 году.

Рождаемость можно задержать на уровне 1,2 млн человек.

В последующие годы можно перейти к небольшому росту рождаемости, повышая суммарный коэффициент до 1,8–1,9 – по примеру того, как это сделали в свое время Великобритания, Франция и Швеция, достигшие таких показателей.

Для этого надо интенсифицировать принятый в России по инициативе президента В.В. Путина курс на оказа-

ние помощи многодетным семьям, перенеся крен на выделение дополнительных средств при рождении и воспитании второго и третьего ребенка.

В настоящее время сумма пособий на детей, включая материнский капитал, составляет 1,5–2% ВВП, а в упомянутых странах с высоким суммарным коэффициентом рождаемости выделено 3,5–4,5% ВВП, к чему и мы должны стремиться.

Крайне важно не только выделение денежного пособия, но и предоставление льгот по улучшению жилищных условий многодетным семьям.

Надо также сократить расходы относительно бедных семей по содержанию детей в детских садах и школах.

Ключевое значение во всем этом будет иметь увеличение расходов на здравоохранение, а более широко – на оздоровление населения, в том числе за счет предприятий и организаций, с 5% ВВП до 7% к 2026 году и до 11% – к 2030 году.

Для радикального сокращения смертности и массового оздоровления населения России наиболее эффективной и массовой мерой может быть возрождение советского опыта – создание крупной сети лечебных санаториев, домов отдыха, детских лагерей и профилакториев, прежде всего при крупном бизнесе и государственных организациях.

В этих санаториях, детских лагерях и профилакториях должна быть организована на современном уровне эффективная диспансеризация отдыхающих граждан и при необходимости обеспечено их лечение с уведомлением об этом тех лечебных учреждений и врачей, прежде

всего семейных врачей, у которых наблюдаются эти граждане.

Это сразу резко сократит сердечно-сосудистые патологии у значительной части населения, поскольку главной первопричиной этих патологий является гипертония, которая при выявлении на начальной стадии легко излечивается.

Посещение этих профилакториев для работников соответствующих предприятий и организаций, а также их диспансеризация и лечение, на наш взгляд, должны быть полубесплатными – за счет средств самой организации.

Чтобы стимулировать организации к созданию таких профилакториев, государство должно не просто быть требовательным к этим организациям, но и предоставлять им определенные льготы, например, по налогам или заемным средствам по созданию этих профилакториев.

Что касается посещения санаториев, домов отдыха, детских лагерей, в том числе в благоприятных по климатическим условиям регионах, следовало бы предоставлять за счет средств предприятий скидки с цены проезда при льготных ценах и бесплатной диспансеризации и лечении, как это было в советское время.

Существенным является оснащение санаториев, профилакториев, детских лагерей современным оборудованием при наличии полубесплатных эффективных лекарств.

Все это потребует серьезного увеличения расходов на здравоохранение и оздоровление, что наполовину может быть осуществлено за счет собственных финансов

предприятий и организаций, использование которых будет стимулироваться государством, а наполовину – за счет госрасходов.

Так что значительная часть дополнительного финансирования здравоохранения и по государственной линии, и по линии бизнеса при повышении доли расходов на эти цели в ВВП будет эффективно использована.

В целом финансирование здравоохранения по примеру передовых стран целесообразно перевести на нормальную страховую систему, где страховые компании не только ответственны, но и стимулированы заботиться о здоровье граждан и контролировать его, имея рычаги воздействия.

Важно, на наш взгляд, чтобы наполовину это страхование осуществлялось за счет средств из зарплаты и доходов населения.

Если человек курит, злоупотребляет алкоголем или, не дай Бог, употребляет наркотики, не заботится о своем здоровье или здоровье своих детей, что видно по их обследованиям в детском саду или школе, то эта страховка должна быть повышена.

Чтобы использование средств граждан на здравоохранение не снизило их реальную зарплату и доход, следовало бы провести соответствующую их индексацию.

Для продления продолжительность жизни престарелых в Японии, США, а также во многих других странах применяется специальная система страхования здоровья, в основном за государственный счет.

Это важно, поскольку пожилые люди нуждаются в дополнительной медицинской помощи, увеличивающей затраты, как показывает зарубежный опыт, в 2–3 раза.

Что касается укрепления детского здоровья в детских учреждениях и школах, то расходы на эти цели следовало бы осуществлять в основном за государственный счет.

Ключевое значение для оздоровления населения имеет диспансеризация.

Это должна быть серьезная, а не формальная диспансеризация, с оценкой 200–300 медицинских показателей здоровья.

По желанию граждан за дополнительную плату можно будет осуществлять дополнительную диспансеризацию, например, с анализом гормонального состава.

Такая диспансеризация должна быть совершенно разной в зависимости от пола и возраста пациентов и нацелена не только на выявление относительно простых патологий, но и на раннее обнаружение разных видов онкологии.

Такая диспансеризация должна быть всеобщей и проводиться не только в детсадах, школах, профилакториях, санаториях, но также при нахождении пациентов в больницах и по предписанию лечащего врача – не реже чем раз в год.

Все граждане страны посемейно должны иметь лечащего врача, находящегося неподалеку от их места жительства, который годами наблюдает и оценивает здоровье подотчетной ему семьи.

Таких врачей-терапевтов называют семейными врачами, и это принятая практика во многих странах.

Ее нужно в течение ближайших лет, до 2030 года, повсеместно внедрить и в нашей стране.

В течение ряда лет я работал консультантом в частной клинике Института кибернетической медицины в городе Москве.

Это было уникальное лечебное учреждение, в которое обращались граждане с теми или иными симптомами болезни, а также для того, чтобы пройти диспансеризацию и убедиться, здоровы ли они.

В клинике было разработано несколько стандартов диспансеризации.

Основным был так называемый «золотой стандарт» на прохождение обследования.

В этом случае требовалось 2–2,5 часа.

Проводилось 24 медицинских теста, в том числе несколько анализов крови, обследований УЗИ, уникальные измерения функционирования различных органов на основе выделяемых ими частот энергии, с их расшифровкой.

К сожалению, среди этих тестов не было обследований по выявлению онкологических болезней, которыми этот стандарт целесообразно было бы дополнить.

Этот недостаток связан с тем, что в клинике не было соответствующего оборудования, прежде всего КТ и МРТ, не говоря уже о системе ПЭТ.

Идеология этого учреждения была необычной.

С какой бы просьбой вы туда ни обратились, чтобы дать вам ответ, обязательно нужно провести как минимум «золотой стандарт» диспансеризации, что обходилось в тысячу долларов.

Например, приходил пациент, который жаловался на то, что стал хуже видеть, но его отправляли не к офтальмологу, а вначале проводили общую диспансеризацию.

Потому что довольно часто зрение ухудшается из-за изменения состава крови, которой трудно пройти мелкие

кровенные сосуды глаза и доставить туда необходимые компоненты.

Это может быть из-за сахарного диабета, например.

Если вас мучают головные боли, то осмотр невролога часто не вскроет их причину, поскольку она коренится не в нарушениях работы мозга, а в патологиях отдельных систем и органов.

За 20-летнюю историю существования этого института были проведены десятки тысяч диспансеризаций, данные которых, естественно, хранились в специальной базе на сервере.

И эти данные подвергались анализу и исследованию.

Главной задачей этой клиники было выявление не симптомов, а причин той или иной патологии.

При этом оказалось, что одной-единственной патологии не бывает.

Все системы и органы человека взаимосвязаны, и та или иная выявленная патология, например, в сердечно-сосудистой системе, связана с недостатками в работе печени, почек или поджелудочной железы, с наличием патологических бактерий в легких и так далее.

Всегда при анализе диагностики врачи обнаруживали в среднем 3–6 разных патологий, среди которых можно выявить основную и взаимосвязанные с ней другие патологии.

И настоящее лечение должно быть нацелено не на устранение одной патологии, а на лечение всех обнаруженных патологий.

Что касается обычного распространенного лечения, то оно чаще всего направлено не на устранение причин, порождающих патологию, а на облегчение симптомов.

Если у вас повышается давление, вы пьете таблетки, которые его снижают, но не устраняют.

Потом оно повышается, вы опять пьете таблетки.

И, как ни странно, это не улучшает, а ухудшает ситуацию, усугубляет патологию и подчас быстрее приводит пациента к инсульту или инфаркту.

Потому что лучше повышенное давление, чем непрерывное его понижение и повышение, от чего развиваются гораздо худшие последствия.

Самое важное – пусть медленное, но устранение причины патологии и связанных с ней факторов.

При консервативном лечении это лучше всего делать через систему капельниц.

Для этого все время появляются все новые и новые более эффективные лекарства.

И в Институте клинической медицины был создан крупный отдел, который не просто отслеживал появление новых лекарств в разных странах, но и старался их приобрести, проверить и использовать.

Сказанное относилось также к методам лечения в разных странах и к созданию нового медицинского оборудования для этого лечения.

Борьба с симптомами заболевания, а не с его внутренней причиной подчас вредит здоровью, углубляет патологию, хотя временно и облегчает состояние пациента.

Отрицательным фактором является то, что лекарства, которые снижают давление, находятся в свободной продаже и люди их принимают бесконтрольно, без назначения врача, пожиная потом негативные последствия.

Во многом поэтому, по мнению ряда ведущих медиков, в России в разы больше инсультов и инфарктов, чем в других странах.

В большинстве других стран лекарства, которые нацелены на облегчение симптомов, но вредят здоровью, продаются только по рецепту врача.

Дело осложняется еще и тем, что часто средства, нацеленные на искоренение причины патологии, бывают достаточно дешевыми, поскольку в основе их лежат вещества, полученные из лекарственных трав либо из отходов при забое животных.

И из-за дешевизны они невыгодны аптекам и отдельным врачам, которые берут с пациентов деньги, предоставляя им имеющиеся у них от фирм-производителей относительно дорогие лекарства.

Здоровье населения находится в прямой зависимости от квалификации и ответственности медицинских работников, прежде всего врачей и сестер.

Чтобы стать врачом, в России надо проучиться 6 лет.

Минимальный срок в США – 9 лет, в среднем – 11 лет, а для отдельных специальностей – 15–16 лет, особенно в хирургии.

Поэтому квалификация нашего врача близка к квалификации старшей медицинской сестры в США, которая

обычно встречает, обследует пациента и решает, насколько серьезна его патология и надо ли привлекать для обследования данного пациента такого высококвалифицированного специалиста, как врач.

В связи с коронавирусной пандемией в России заметно подняли зарплату врачей, которая в первом квартале 2023 года составила 100,9 тыс. руб. в месяц.

Это на одну треть выше средней зарплаты по стране.

В западных странах зарплата врачей в 2–3 раза выше средней и является среди всех профессий наряду с профессией юриста самой высокой среди всех специальностей.

Ведь чтобы стать врачом в США, надо вначале получить образование бакалавра по биологии, физиологии и другим дисциплинам, необходимым для последующего медицинского образования, а это 4 года.

Затем бакалавр поступает в 4-летнюю медицинскую школу, окончив которую начинает работать помощником своего наставника – опытного врача.

Два года, обучаясь, он набирается новых знаний и опыта и сдает серьезный экзамен на получение звания доктора.

Получив это звание, он продолжает быть ассистентом врача еще два года или более, после чего сообщество врачей его специальности, перед которыми он демонстрирует свои знания и умения, допускает его в свой состав, и он получает самостоятельную врачебную должность.

При этом каждый год работающий врач должен получать так называемые кредиты, что-то новое осваивать, расширять свои знания, которые проверяются раз в пять лет.

Врач в западных странах несет высокую ответственность перед пациентами за результаты лечения.

Пациент может оспорить эти результаты, например, в случае обострения болезни, если оно произошло после лечения.

И есть специальные организации, поддерживаемые страховыми компаниями по здравоохранению, которые проводят эти расследования.

Поэтому врачи в западных странах имеют для таких случаев собственную страховку, оплачивая ее из своих доходов.

Высокая ответственность заставляет врачей строго соблюдать все рекомендуемые нормативы лечения.

Все это нам следовало бы перенять.

Особенно важно изменить понятие врача.

Это должен быть человек с намного лучшими знаниями и умениями в сравнении с существующим положением у нас.

Естественно, зарплата у него должна быть в районе 200 тыс., а не 100 тыс. руб.

Для начала можно было бы выделить, например, 20–25% лучших наших врачей, назвав их, скажем, старшими врачами.

И именно они должны иметь право ставить окончательный диагноз и назначать процедуру лечения, поручая осуществить это обычному врачу, который после дополнительного обучения и приобретения опыта, сданных экзаменов сможет тоже стать старшим врачом.

Постепенно надо преобразовывать нашу отсталую медицину.

Пора до конца осознать, что с позиции международного рейтинга результаты нашего здравоохранения являются худшими среди всех экономических и социальных показателей страны.

Если Россия по уровню душевого дохода по ППС занимает 40-е место в мире, по реальным доходам – 50-е, то по ожидаемой продолжительности жизни в 2021 году, в год коронавирусной пандемии, когда был составлен самый подробный рейтинг Организации Объединенных Наций по 232 странам, Россия заняла 165-е место рядом с Пакистаном.

Распределение стран по показателям ожидаемой продолжительности жизни представлено в таблице на Рисунке 7.

Распределение стран мира по ожидаемой продолжительности жизни в 2021 г.

Ожидаемая продолжительность жизни (число лет)	Число стран мира
свыше 80	44
75–80	44
70–75	73
65–70	30
60–65	28
до 60	16
Средняя ожидаемая продолжительность жизни в мире – 71 год	

Рис. 7

Что касается качества здоровья россиян, то по международному рейтингу ВОЗ 2019 года Россия – на 119-м месте.

При этом для составления рейтинга по качеству здоровья использовались десятки показателей.

Поэтому нужны коренные кардинальные меры, чтобы вывести здравоохранение нашей страны, а главное, жизненно важные результаты этого здравоохранения, как минимум на 50-е место в мире – в конце списка развитых стран.

Нужен конкретный план, чтобы это совершить в 2030–2035 годах.

Рассмотрим перспективы демографической ситуации в России.

Если принять предлагаемые меры по реорганизации нашей системы здравоохранения и удвоения его финансирования до уровня развитых стран, то мы сможем к 2030 году застопорить сокращение населения России на уровне 143 млн человек и после этого начать его увеличивать, а к 2035 году преодолеть депопуляцию и добиться естественного прироста населения, продолжая привлекать мигрантов, в основном квалифицированных, до 200 тыс. человек в год, восстанавливая утраченную численность населения.

Чтобы добиться такого результата, нам нужно прежде всего начать сокращать смертность ежегодно по 40–50 тыс. человек, с тем чтобы к 2030 году она составила 1450 тыс., а к 2035 году – 1250 тыс., на среднем уровне развитых стран.

При этом суммарный коэффициент рождаемости, как говорилось, нам нужно поднять к 2030 году до 1,8–1,9 и начать повышать рождаемость, доведя ее к 2035 году до 1,3 млн человек.

Более подробные данные об этой перспективе представлены в таблице на Рисунке 8.

Восстановление сохранности народа России (2019–2035 гг.)

Показатели	2019	2020	2021	2022	2025 Про- гноз	2030 Про- гноз	2035 Про- гноз
Народонаселение (тыс. человек)							
Рождаемость	1485	1436	1403	1306	1200	1250	1300
Смертность	1801	2125	2446	1906	1700	1450	1250
Депопуляция (-), Естественный прирост (+)	-316	-689	-1043	-600	-500	-200	+50
Сальдо миграции	286	106	430	45	200	200	200
Прирост населения РФ	-30	-583	-613	-555	-300	0	250
Численность насе- ления РФ на 1 января (млн чел.)	146,8	146,7	146,2	146,4	144	143	144
Коэффициенты							
Рождаемость (на 1000 чел.)	10,1	9,8	9,6	9,0	8,3	8,7	9,0
Смертность (на 1000 чел.)	12,3	14,5	16,8	13,1	11,8	10,1	8,7
Суммарный коэффи- циент рождаемости	1,5	1,5	1,5	1,45	1,6	1,7	1,8
Показатели							
Ожидаемой продолжи- тельности жизни (лет)	73,4	71,1	70,6	72,4	74	79	81
в том числе здоровой жизни	64,4	62	61	65	65	70	72
Международный рей- тинг по продолжитель- ности жизни (место среди стран мира)	97	115	120	105	95	60	40
Уровень здоровья (международный рей- тинг – место среди стран мира)	119	130	135	120	105	70	45

Рис. 8

При этом ожидаемая продолжительность жизни к 2030 году должна вырасти до 78–79 лет, а к 2035 году – до 81–82 лет, что также на среднем уровне развитых стран с учетом их прогнозных показателей.

Самое трудное – добиться ежегодного сокращения смертности по 40–50 тыс. человек.

Этот показатель взят не «с потолка», он определен комиссией ВОЗ, которая работала в России в 2018 году, с целью радикально сократить смертность в период до 2035 года.

Члены этой комиссии имеют опыт такой работы по 29 странам, где они намечали перспективную стратегию, которая успешно выполняется.

Они анализировали смертность от болезней, не затрагивая ее внешней причины (убийства, самоубийства, аварии на дорогах, пожары, утопления и т.п.), и этот показатель в России вдвое выше по сравнению с развитыми странами и тоже может быть существенно снижен.

Мы добавили к их разработкам и это сокращение смертности.

Крайне сложной является задача коренного улучшения лекарственного обеспечения нашего здравоохранения все в большей мере за счет собственного производства.

В настоящее время Россия удовлетворяет свои лекарственные потребности за счет собственного производства в основном дженериков на 44,5%, а в остальном – 55,5% за счет импорта лекарств.

Собственное производство оригинальных, созданных в России лекарств составляет 39,6%, а 60,4% приходится на долю дженериков.

К тому же 85% контрактов на сырье для лекарств приобретается за рубежом на валюту, хотя мы могли бы произвести подавляющую их часть в своей стране.

Необходимо по потребности финансировать фармацевтическую отрасль, построить новые заводы, создать производство первичных субстанций для лекарств, создать новые крупные биомедицинские организации.

На душу населения в России приобретается лекарств (по их сопоставимой ценности) в 5–10 раз меньше, чем в Европейском союзе и США, в то время как по объему производства в целом мы отстаем от этих стран на душу населения только на 30% от стран ЕС и в 1,8 раза – от США.

Это отставание нам предстоит преодолеть также в период до 2035 года.

Чтобы поднять наше здравоохранение до уровня развитых стран и тем самым радикально повысить жизненный уровень населения страны, следовало бы составить всестороннюю поэтапную программу, обеспеченную всеми ресурсами.

Тосунян Г.А.: Спасибо.

Это фактически содоклад был, коллеги.

Роберт Искандерович, прошу Вас.

НИГМАТУЛИН Р.И.

акад. РАН., д. ф.-м. н., научный руководитель
Института океанологии им. П.П. Ширшова РАН

Нигматулин Р.И.: Я помню времена, когда у нас везде говорили, и я еще школьником говорил – «как сказал товарищ Сталин», потом «как сказал Никита Сергеевич», потом стало «как сказал Леонид Ильич», потом перерыв.

И сейчас опять – «как сказал президент».

Я считаю, что интеллигенция не должна следовать такому стилю.

Все-таки интеллигенция должна быть критически настроена к власти.

Не для того, чтобы ее свергнуть, а для того, чтобы ее укреплять.

Мы должны способствовать повышению эффективности власти в своей стране, власти руководителей.

Ни в коем случае не создавать риска ее разрушения.

Потому что это будет ужасно.

Теперь по поводу нашего здравоохранения. Я согласен с Михаилом Вениаминовичем.

Мы пережили пандемийные 2020 и 2021 годы хуже европейских стран.

Но есть еще одно очень важное общее обстоятельство.

Вы знаете, у нас в статье 7 Конституции написано, что мы социальное государство.

Но наша социальность должна характеризоваться какими-то цифрами.

Например, какая доля ВВП тратится на развитие человека – на здравоохранение, образование, науку и культуру?

У нас в стране – 9%, а в Европе – 20% и выше.

Поэтому мы в зачатке социального государства.

И пока мы будем в зачатке, у нас будет депопуляция и прочее.

Конечно, за последние 30 лет, в том числе после 2000-х годов (особенно после 2003 года, когда у нас сверхсмертность была – 16,5 на 1000 человек), смертность упала до нынешних 12,3, но в Европе – 9,5.

А в 1991 году смертность в РСФСР примерно была, как во всей Европе – где-то в районе 10–11.

Европа снизила до 9,5, где ЛГБТ, браки какие-то такие однополые, масса проблем и прочее, а у нас она поднялась до 16,5 и вот сейчас снизилась до 12,4.

Новые страны Европы, в том числе и Прибалтика, сохранили 11.

А мы вот так.

Поэтому восхвалять как-то власть нет никаких оснований, нужно ее правильно ориентировать.

И, к сожалению, наше научное сообщество эту функцию правильной ориентации не выполняет.

Совершенно правильно Абел Гезевич сказал, что у нас фертильность, показатели рождения на одну женщину, в 2000-е годы до 2015 года росли, и благосостояние росло параллельно с рождаемостью.

А вот после 2015 года рождаемость упала.

Совершенно верно Михаил Вениаминович сказал: это связано с нищетой основной массы населения.

У нас профессор бедный, а чтобы стать профессором, нужно сколько всего пройти!

Поэтому, во-первых, мы должны поставить под критику социальную политику нашего государства и экономическую политику.

Оно не создает никаких условий для экономического роста.

Экономического роста при нынешней социальной стратегии никакого не будет!

В частности, это связано с малой долей ВВП, идущей на инвестиции.

Но самое печальное, что эти инвестиции в полтора раза менее эффективны по сравнению с Европой.

Потому что управляют экономикой, предприятиями, заводами люди в массе своей неэффективные.

В этом послековидном году у нас естественная убыль населения (число умерших минус число родившихся) составит около 680 тыс. человек.

Тосунян Г.А.: Спасибо.

Тимофей Александрович, потом Алла Иванова, потом Яков Миркин, и будем завершать эту тему.

Потом, конечно, заключительное слово Олегу Ивановичу. Вы обобщите все вопросы.

НЕСТИК Т.А.

д. п. н., профессор РАН, заведующий лабораторией социальной и экономической психологии Института психологии РАН

Спасибо большое Олегу Ивановичу и Наталье Васильевне за замечательные доклады!

Я хотел бы прокомментировать затронутые в них проблемы с психологической точки зрения.

Все мы знаем, что здоровье на протяжении десятилетий стабильно занимает в нашей стране высшие позиции в иерархии ценностей россиян.

Но это никак не сказывается на здоровье наших сограждан, поэтому переход к превентивной медицине требует учета целого ряда психологических факторов.

Во-первых, забота о своем здоровье тесно связана с оценкой рисков и оценкой полезности рекомендуемых профилактических мер.

Конечно, просветительская работа может влиять на поведение, но ее эффекты ограничены образом мира, социальными представлениями людей о здоровье, например, о том, в какой степени оно является даром природы, а в какой степени – результатом усилий самого человека.

Влияет на людей и уровень их социального оптимизма.

Того самого оптимизма, о котором говорили и Михаил Вениаминович, и Абел Гезевич, и Роберт Искандерович.

С социально-психологической точки зрения рождаемость сдерживается не просто негативными ожиданиями в отношении будущего, а неверием в то, что наше общество способно к солидаризации, что мы можем вместе преодолеть стоящие перед нами проблемы.

В конечном счете это проблема доверия.

Во-вторых, забота человека о своем здоровье связана с воспринимаемыми социальными нормами, с представлением о том, как ведет себя большинство.

В том числе с самой престижностью здорового образа жизни, которая, кстати, в молодежных группах стала расти.

Современные информационные кампании здесь могут внести определенный вклад, особенно с опорой на социальные сети.

В-третьих, очень важна субъективно воспринимаемая доступность здоровьесберегающего поведения, субъективная оценка трудоемкости диагностики и обращения за медицинской помощью.

Тут как раз можно ожидать позитивного эффекта от цифровых технологий, о которых говорил Арутюн Ишханович.

Я имею в виду и медицинский Интернет вещей, и различные формы телемедицины, в том числе с использованием систем искусственного интеллекта.

По-видимому, дальнейшее развитие в этом направлении будет включать формы так называемого наджинга, формирование цифровой структуры выбора, если пользоваться формулировкой Ричарда Талера и Касса Санстейна.

Скажем, формирование здоровых привычек будет подкрепляться не только отсутствием сахара или соли на столах в кафе, но и алгоритмами, которые все больше влияют на то, с кем мы себя сравниваем, какие продукты и услуги покупаем.

В-четвертых, очень важно понимать, что забота о своем здоровье связана с воспринимаемым контролем над ситуацией.

С тем, что психологи иногда называют самоэффективностью – верой в свою способность изменить положение дел.

Не секрет, что многие люди вообще не хотят знать о состоянии своего здоровья.

Причем, обратите внимание, это тогда, когда диагностика стала значительно доступнее, когда почти у каждой станции метро в Москве есть офис «Инвитро».

И происходит это не только потому, что люди боятся узнать худшее, но и потому, что, зная о болезни, не уверены, что смогут это изменить.

Потому что не доверяют российской медицине, считают, что она дорогая, отсталая, как мы уже говорили, что она не оснащена нужным оборудованием.

И вообще, это тема, которой следовало бы посвятить отдельное заседание нашего Совета: отказ от информированности как стратегия поведения становится для нашего общества все более серьезной проблемой с далеко идущими последствиями.

Резюмируя свои комментарии, я хотел бы еще подчеркнуть, что само по себе повышение правовой ответственности людей за свое здоровье без учета психологических факторов может привести к обратному эффекту.

Без комплекса других мер это может закрепить новые формы социального неравенства и еще больше снизить доверие к социальным институтам.

Но, безусловно, такие юридические и финансовые стимулы крайне необходимы, и Институт психологии РАН может помочь в повышении их эффективности.

Спасибо, коллеги.

Тосунян Г.А.: Пожалуйста, коллега Иванова.

ИВАНОВА А.Е.

д. э. н., профессор, главный научный сотрудник Института демографических исследований ФНИСЦ РАН

Добрый день, уважаемые коллеги!

Спасибо за возможность выступить.

Вместе с профессором Тамарой Керимовной Ростовской мы представляем Институт демографических исследований ФНИСЦ РАН, который активно занимается изучением поведения населения в отношении здоровья (самоохранительного поведения) и его влияния на продолжительность жизни и демографическую ситуацию.

Сергей Васильевич Рязанцев приносит извинения за то, что не смог принять участие в этой интереснейшей дискуссии, поскольку у него занятия в МГИМО.

В уже состоявшейся дискуссии и в докладе Олега Ивановича Аполихина подняты чрезвычайно важные вопросы мотивации самосохранительного поведения.

Действительно, многие исследования, проведенные различными авторами, в том числе большое исследование, которое было проведено нашим институтом в прошлом году совместно с десятью регионами России по различным аспектам демографического поведения, в том числе самосохранительному поведению населения, неизменно фиксируют, что информированность населения в вопросах здоровья оказывается в среднем достаточно высока.

Она различается по возрастным, социальным, образовательным группам, но в среднем она достаточно высока.

Возникает вопрос, почему люди не предпринимают усилий по изменению нездорового образа жизни при условии, что они информированы и об основных факторах

риска, и о том, какой вред здоровью наносят злоупотребление алкоголем, курение, неправильное питание и так далее.

И фундаментом, как нам представляется, этой проблемы является то, что у людей нет потребности в долголети.

На вопрос: «Какое количество лет Вы хотели бы прожить при наличии всех необходимых для этого условий?» – люди дают достаточно скромные оценки.

В соответствии с результатами проведенного нами исследования, о котором я уже говорила, средняя величина желаемой продолжительности жизни оказалась немногим более 87 лет.

Понятно, что имеет место дифференциация этой оценки по основным социально-демографическим стратам, но даже наиболее высокие оценки, характерные для лиц с более высоким уровнем образования и доходов, существенно отличаются от уже достигнутых фактических уровней продолжительности жизни в наиболее развитых странах мира (Японии, Норвегии, Сингапуре).

Фактически это означает, что население в большинстве своем не имеет потребности в долголети.

А если люди не заинтересованы в том, чтобы жить действительно долго, они не предпринимают никаких серьезных усилий для того, чтобы вести более здоровый образ жизни, потому что нет мотивации к этому.

Попытка выяснить, почему население не заинтересовано в долголети, привела нас к довольно удручающему выводу.

Одним из важных факторов является негативный образ старости.

Люди не хотят жить долго, потому что старость ассоциируется с болезнями, одиночеством и бедностью.

Это такая триада.

И во многом это представление оправданно, потому что объективные статистические данные (в том числе оценки продолжительности жизни в состоянии болезни и инвалидности) и результаты социологических исследований свидетельствуют о том, что старость в целом именно так и выглядит в нашей стране.

К сожалению, надо понимать, что те проблемы, о которых мы говорим, связанные с доступностью здравоохранения (территориальной и финансовой) и качеством медицинской помощи, они не играют ключевой роли в увеличении продолжительности жизни, потому что люди могут просто не обращаться за медицинской помощью, даже когда такая возможность у них существует.

Поэтому те вопросы, о которых говорили коллеги: вопросы психологии, вопросы мотивации, вопросы ценности здоровья в структуре других значимых ценностей – это очень важные вопросы для формирования эффективной политики.

Существуют ли какие-то решения поставленных вопросов?

Если проанализировать социальную дифференциацию желаемой и ожидаемой продолжительности жизни, то обнаруживаются очевидные зависимости с уровнем образования, доходов и профессиональным статусом.

Выше я об этом говорила.

Население, относящееся к низким социальным стратам, в наименьшей степени заинтересовано в долголетию и не рассчитывает прожить длинную жизнь в фактически сложившихся условиях.

Объяснение этому факту дают, в частности, исследования, которые были проведены Институтом медицины труда.

Они показали, что люди готовы работать во вредных, опасных и тяжелых условиях труда в ситуациях, когда эта работа оплачивается более высоко или когда она является единственной работой в регионе.

Фактически здоровье является той единственной ценностью, которая есть у человека для того, чтобы он мог достичь более значимых для него ценностей, а именно более высокого уровня жизни, квартиры, возможности обеспечить свою семью и так далее.

И это объясняет парадокс, о котором было сказано.

Исследования свидетельствуют о том, что люди оценивают здоровье как одну из наиболее значимых для себя ценностей, фактически занимаясь саморазрушением.

Это означает, что ценность здоровья не имеет фундаментального характера, она, скорее, является инструментальной и воспринимается как ресурс, эксплуатируя который человек способен достичь важных для него целей и ценностей.

Противоречие между фундаментальной природой ценности здоровья и его инструментальным характером в реальной жизни людей, конечно, очень

сложный феномен, в основе которого лежат те факторы, о которых говорил Абел Гезевич.

Это, конечно, бедность – очень высокий уровень бедности и очень дифференцированное распространение этой бедности, в том числе и в семьях с детьми.

Многие меры, которые направлены на преодоление бедности, на самом деле лишь снижают ее, но не устраняют полностью.

И мы хотели бы поддержать многие темы и предложения по повышению продолжительности жизни российского населения, которые сегодня уже прозвучали именно в таком более широком, комплексном аспекте – не только как вопросы, обращенные к системе здравоохранения, но и как вопросы, обращенные к экономической стратегии и к деятельности социальных институтов.

Потому что, пока многие вопросы социально-экономического развития остаются нерешенными, невозможно предложить обоснованные и эффективные меры для того, чтобы люди вели более здоровый образ жизни и более самосохранительное поведение.

Спасибо.

Аганбегян А.Г.: Можно одну фразу сказать Бориса Акунина: **«Россия – богатая страна бедных людей».**

Лучше не скажешь.

Тосунян Г.А.: Да, коллега Иванова подняла философскую составляющую, что очень важно.

Вот почему нам важно участие наших коллег из Института философии, а также социологов и психологов.

Пожалуйста, Яков Моисеевич, Вам слово, и будем подводить итоги.

МИРКИН Я.М.

д. э. н., проф.

Спасибо большое.
Несколько пунктов.

Первое.

Я много лет наблюдаю за континентальной моделью страховой медицины в Германии, Чехии, Словакии, а также за страховой защитой в Израиле.

С точки зрения платежей это очень умеренные системы, рассчитанные на массовый средний класс, очень эффективные, в которых очень сильна функция превенции.

В том числе обязательных чек-аутов, проверок и так далее.

Эти системы прекрасно работают, и я был бы счастлив, если бы мы в России обладали обширным состоятельным средним классом, который позволил бы создавать подобные системы страховой защиты и гораздо большей продолжительности жизни.

Здесь я присоединяюсь к коллегам.

До тех пор, пока модель экономики России основана на модели умеренной бедности: вроде бы нет голода, тепло, все более-менее, как-нибудь доживем – пока модель экономики основана именно на этом, мы не решим задачи ни демографии, ни высокой продолжительности жизни.

Пункт второй, это уже наблюдение.

Прошлой осенью мы посчитали «цену ребенка».

Сколько стоит завести ребенка для Москвы и для региона.

Сколько стоит, если семья попыталась найти «золотую середину» между государственными услугами в этой сфере и частным образованием, частной медициной для ребенка и так далее.

У нас получилось, что даже умеренная модель для более или менее состоятельных семей среднего класса в Москве – это 20 миллионов рублей.

«Цена ребенка», чтобы довести его до 20 лет, – 20 миллионов рублей.

Если вы не хотите уйти от государства, если вы не хотите уйти полностью в частные школы и так далее, вы все равно в любом случае, желая получить на выходе образованного деятельного человека, суммой меньше 8–9 миллионов рублей для Москвы не обойдетесь.

Это были очень подробные расчеты, полная смета с большими опросами родителей и так далее.

Для регионов, может быть, чуть дешевле, на 20–30%.

Давайте мы теперь, рассуждая о рождаемости, демографии, естественной убыли, спросим, какова экономическая цена для молодой семьи того решения, которое они должны в здравом уме и полной памяти принять для того, чтобы завести ребенка.

И могут ли их доходы им это позволить?

И последнее, вы знаете, отдельная тема – это разумность решения на макроуровне.

Вот вроде бы, действительно, на словах наша цель – это больше продолжительность жизни, больше детей и так далее.

Возьмем жилищную политику.

Когда население жилищной политикой загоняется в крупнейшие города, когда основа жилищного строительства – многоэтажки с малыми квартирами (есть квартиры-«норы» по 18–20 квадратных метров), когда это жилье становится преобладающим в крупнейших городах, происходит все большая концентрация населения в крупнейших городах, – что, в этих квартирах можно заводить ребенка?!

Они рассчитаны на совершенно другой образ жизни: на то, что человек проводит время где-то на стороне, он возвращается в свою «нору», может быть, возвращается не один, а с так называемой партнершей, но ни в коем случае не заводит детей.

Между прочим, это огромная часть нашей экономики.

И в этой части экономики существует то, что называется жилищной политикой.

Именно здесь проблема разумной, реальной политики, основанной на целях человеческой экономики, продолжительности жизни и роста демографии на деле, а не на словах.

Именно здесь проблема того, какова идеология в головах тех, кто принимает решения.

Здесь у нас огромный разрыв между тем, чего мы желаем, и тем, что существует в жизни, на практике.

Благодарю за внимание.

Тосунян Г.А.: Яков Моисеевич, когда Вы говорили о том, сколько «стоит» ребенок – 20 миллионов за

20 лет, – я вспомнил советскую формулу, что любящий и уважающий себя родитель должен довести своего ребенка до персональной пенсии.

Так что и подороже получится!

Миркин Я.М.: Нет, 20 лет.

Тосунян Г.А.: Хорошо.

Коллеги, если не возражаете, мы тогда Олегу Ивановичу дадим заключительное слово, тем более что вопросы были.

д. и. н., проф. МАЛАШЕНКО А.В.

Малашенко А.В.: Два очень коротких вопроса.
Первый – риторический: а что, наша власть не умеет или не хочет выходить из всего того, о чем говорилось?
Это первое.

А второе – есть ли данные по регионам, которые касаются этого коэффициента рождаемости 1,5?
Например, по Северному Кавказу.
Спасибо.

Нигматулин Р.И.: У меня есть ответ на первый.
Наша власть хочет, но не очень.

АПОЛИХИН О.И.

чл.-корр.

Спасибо вам большое за то, что вы организовали такую интересную дискуссию.

Я благодарен коллегам за то, что они дали мне новый, такой оригинальный взгляд на все эти проблемы.

И конечно, мой доклад никоим образом не претендовал на абсолютно законченные сентенции, скажем так, или константы, а скорее, действительно, ставил вопросы.

И вы абсолютно правы, что многие вещи искусственно аггравированы, чтобы показать их остроту.

Отвечая на вопросы, отмечу, что они отражали несколько принципиальных главных вещей.

И, начиная свой ответ, я бы попросил обратить внимание на рисунок:



Сразу отвечу на последний вопрос.

И это же будет ответом на ключевой вопрос, который был задан.

Был задан вопрос: что в республиках Северного Кавказа?

Смотрите, в республиках Северного Кавказа суммарный коэффициент рождаемости 2,9, то есть выше при той же экономической ситуации.

При этом там смертность младенческая, материнская выше, но суммарный коэффициент соответствует тому, о чем мы должны были бы мечтать.

И как это достигается?

Ведь мы затрачивали на этот инструментальный показатель снижения материнской, младенческой смертности, вкладывая туда весь наш ресурс.

600 миллиардов было вложено туда за последние 25 лет, на технологическое обеспечение снижения этих показателей – перинатальные центры, введение ЭКО и ИКСИ.

И мы, казалось бы, действительно снизили – здесь самый низкий уровень младенческой и материнской смертности.

Но оказалось, что не столько репродуктивные потери, сколько репродуктивное поведение и репродуктивное здоровье являются ключевыми.

Здесь, естественно, вопрос: репродуктивным здоровьем в нашей куративной модели медицины мы практически не занимались.

У нас на это затрачивается менее чем 10%, а по некоторым данным, менее 1%, если говорить о репродуктивном здоровье.

Посмотрите, какая сейчас существует мера обеспечения репродуктивного потенциала в этом смысле?

Только третичная профилактика, инструментальное обеспечение ЭКО и ИКСИ.

А где первичная?

Где стратификация групп риска, формирование зонтичной системы диспансеризации?

Ее нет вообще!

И понятно, мы не можем определить репродуктивный потенциал региона.

Так вот, смотрите, как же так?

Почему там, хотя там такие же экономические условия, даже я бы сказал, если брать в расчете на ребенка, могут быть и хуже, но рождаемость растет?

Коллеги, дело в том, что доминантными в данном случае являются традиции формирования так называемой ценности семьи и главной в этой системе координат категории – деторождения.

Это первое.

Второе – экономические условия, конечно, их никто не отменял.

И последние исследования показывают, что экономические условия и их рост влияют, несомненно, на рождение второго ребенка.

Первого и второго.

Но, как показывают исследования, на рождение третьего ребенка влияет наличие именно полной семьи, т.е., если женщина не одна.

У нас сейчас 71% разводов в течение первых пяти лет.

Обратите на это внимание.

А четвертого, как показывают демографы, «заказывает» мужчина.

Вот если мужчина есть в семье, будет четвертый ребенок.

Может быть, его и не будет с точки зрения современной тенденции, но если женщина одна, то не будет точно!

И если она уже развелась, то не будет точно.

Естественно, если она не вышла второй раз замуж.

И это ответ на этот вопрос.

В республиках Северного Кавказа суммарный коэффициент при тех же экономических составляющих 2,9, и он там растет.

То есть традиции и ценности этого самого репродуктивного поведения, а не столько репродуктивные потери и их обеспечение являются доминантными или ключевыми.

Отсюда и ответ на то, о чем говорил Сергей Вячеславович, и многие коллеги обращали на это внимание.

Если мы посмотрим на современную модель здравоохранения (это относится не только к нашей стране, но и

к тем странам, которые обеспечивают так называемую куративную систему здравоохранения), то она работает в области третичной профилактики.

Это наиболее затратная часть, и она характеризуется с точки зрения самого процесса максимальным проявлением болезни.

Но если мы говорим о том, что мы хотели бы, чтобы было изменение этой парадигмы, смещение в сторону «не дать заболеть», то мы должны работать в области вторичной профилактики, когда есть еще только ранние признаки болезни.

А лучше всего работать вот здесь, уважаемые коллеги.

Это данные по Флетчеру, это evidence based in healthcare.

То есть первичная профилактика.

Когда имеются факторы риска развития болезни и мы управляем рисками.

То есть мы работаем, не просто борясь с ранним проявлением состояний метаболического обмена или диабета, или повышенного уровня образования холестерина в популяции.

А именно смотрим на молодых людей в возрасте до 25 лет, к примеру, страдающих ожирением, которые, естественно, если у них эта парадигма будет развиваться, будут страдать и повышенным уровнем образования холестерина.

Также, если у них уже будут ранние явления вторичного, так называемого мужского гипогонадизма, а отсюда

и то, что нарушает качество жизни, раннее состояние мужского нездоровья или импотенция, и ранние сердечно-сосудистые заболевания.

И это ответ на третий вопрос.

Мы слушали уважаемого академика, которого я очень люблю за его глубочайшие мысли и высказывания,

Я хотел бы дополнить к тому, что он сказал, что у нас не просто смертность высокая, но если мы ее дефинитивно разложим, то это смертность мужчин трудоспособного возраста.

А именно смертность мужчин в возрасте 40–64 лет.

52% именно мужчин, и они тянут всю остальную смертность.

Не доживают до пенсионного возраста 65 лет.

52%! Не 5%, как в Японии, не 11%, как в Германии, а 52% мужчин трудоспособного возраста.

Теперь смотрите: а где не умирают?

И как они лечатся?

Они лечатся так же, как лечатся женщины.

И умирают, если они попадают в систему здравоохранения, примерно одинаково.

А те, которые не обращаются за медицинской помощью и умирают на рабочем месте, они не попадают туда, то есть система их не видит.

Да, правы коллеги: нет системного подхода в плане уже сформированного понятия о ценности своего здоровья, нет системы, которая бы воспитала, проинформировала, но главное, промотивировала.

И здесь цифровые технологии и то, что сейчас развивается система гаджетов, которые могут мониторить риски, действительно, нам в этом помогут.

Но нет системы, которая была бы конвергентно связана этим состоянием образования, информации, мотивации со стороны самого человека и со стороны государства. Она разорвана.

Еще раз повторяю: данная куративная модель заинтересована в больных, платят за болезнь.

И врач – это не потому, что он плохой, но – в данной системе он продавец, а пациент – покупатель.

Поэтому нужна система именно изменений мотивационных соотношений.

Цель системы здравоохранения должна быть «не дать заболеть», а не просто обеспечивать услуги, чтобы лечить запущенные последствия.

Вот и все, что я хотел бы сказать, и еще раз благодарю коллег за то, что меня выслушали.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

ТОСУНЯН Г.А.
акад. РАН

Спасибо, коллеги.

Следуя нашей традиции, не смогли уложиться в более короткое время, потому что столько информации, эмоций, существенных аргументов.

Я должен сказать, что было высказано очень много соображений, и, безусловно, социально-экономическая составляющая здесь является одной из ключевых.

Олег Иванович совершенно справедливо обращал внимание на просветительскую часть.

Представляете, как было бы здорово, если бы по телевизору, по радио, ежедневно транслировалось бы больше передач, рассказывающих о культуре здорового поведения, о том, как важно заниматься собой, заботиться о своем здоровье, как важно соблюдать чистоту, в том числе и в своих помыслах, потому что это тоже отражается на здоровье...

Но, когда эта тема где-то на третьем месте, тут понимаешь, что ценности у нас расставлены не там.

Если бы наша пропаганда была больше направлена в эту сторону, наверное, и в вопросах здравоохранения мы достигли бы лучших результатов.

Думаю, что с моей точкой зрения согласятся и Михаил Вениаминович, и Роберт Искандерович.

Я хочу еще раз поблагодарить всех за активное обсуждение доклада.

Но это, видимо, только начало обсуждения, которое нам надо будет продолжить, потому что даже на уровне постановки вопроса мы не дошли до того, чтобы выстроить приоритеты, «дорожную карту», в которой мы должны двигаться для решения этой фундаментальной задачи.

Абел Гезевич обратил внимание, и с этим согласились коллеги, что тут много проблем.

На первом месте – проблема высокой смертности,

На втором месте – проблема низкой рождаемости.

Оба эти фактора влекут катастрофическое сокращение населения.

Стоит посмотреть на это под углом зрения социально-экономических проблем, без сомнения, оказывающих огромное влияние на сложившуюся демографическую ситуацию.

В частности, среди первоочередных задач необходимо решать те, которые связаны с жильем.

Академик Аганбегян приводит ошеломительные цифры: 20% с лишним нашего населения в XXI веке живут в домах без канализации.

Действительно, в таких условиях рожать детей решаются далеко не все.

В чате многие написали, что чем беднее страна, тем выше рождаемость, но мы все-таки не на том уровне развития, чтобы ориентироваться на эти бедные страны.

Поэтому тут огромный комплекс проблем, и спасибо Олегу Ивановичу – видно, что тема им выстрадана.

Спасибо Талии Ярулловне за очень серьезный подход к этому вопросу.

И Наталье Васильевне, которая, правда, иронизировала по поводу субъекта права, но мы обозначили, что утрирование позволено в нашем формате обсуждения.

Академическая среда позволяет нам слышать друг друга, даже когда это противоречит нашей точке зрения.

Мы доверяем друг другу, и поэтому говорим правду.

Мы не политики, мы ученые, мы представители бизнеса, мы люди, которые в академической аудитории умеют говорить то, что думают, а не только то, что красиво звучит.

И в этом ценность нашего общения.

Думаю, что Олег Иванович воспринял наши пожелания и замечания правильным образом.

Еще раз спасибо.

Список литературы, опубликованной по итогам заседаний НКС ООН РАН и НИИ ДДиП

1. Анализируя сегодня, говорим и думаем о будущем (18.04.2020) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2022. – 175 с.
2. Конкурентоспособность российской науки: проблемы и решения (03.04.2021, 17.04.2021, 15.05.2021) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2022. – 333 с.
3. О проекте «Стратегия развития финансового рынка до 2030 года» (09.10.2021) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2021. – 155 с.
4. О развитии конкуренции в сфере науки (30.10.2021) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2022. – 130 с.
5. Социально-профессиональные проблемы прекаризации труда (18.12.2021) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2023. – 131 с.
6. Инвалидность и жизнь (12.02.2022) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2023. – 106 с.

7. Новая экономическая реальность: региональный разрез. Российский рынок драгоценных металлов (21.04.2022, 15.10.2022) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2023. – 161 с.
8. 1. Санкции. 2. Перспективы экспорта российских нефти и газа в условиях санкционного давления. 3. Интернет-торговля: текущая ситуация и перспективы (11.06.2022, 25.06.2022) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2022. – 242 с.
9. Общее образование: проблемы и решения (29.10.2022) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2023. – 148 с.
10. Китай: вчера, сегодня, завтра (19.11.2022) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2023. – 189 с.
11. Одаренные дети. «Гадкие лебеди» братьев Стругацких как антиутопия кризиса образования: межпоколенческий дефолт (17.12.2022) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2022. – 163 с.
12. Закат общества конкуренции и коллаборативное преимущество (21.01.2023) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2022. – 128 с.
13. 1. Мировой океан: ресурсы и влияние на климат. 2. Безусловный базовый доход: шанс для России? (04.02.2023) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2023. – 148 с.

14. Психологическое состояние российского общества (18.03.2023) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2023. – 192 с.
15. О мозге (01.04.2023) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2023. – 187 с.
16. Индия: вчера, сегодня, завтра. Взаимодействие России и Индии в условиях глубокой структурной трансформации российской экономики» (29.04.2023) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2023. – 152 с.
17. Социальное неравенство (10.06.2023) / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2023. – 145 с.
18. Национальная сила: оценка и практическое применение. Гипотеза общественного прогресса: аргументы «за» и «против» / под общ. ред. академика РАН Г.А. Тосуняна. – М.: ООО «Новые печатные технологии», 2023. – 179 с.

Электронные версии сборников
можно скачать по ссылке

<https://rannks.ru>

**ВЛИЯНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ
И ВРАЧЕЙ НА УРОВЕНЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В РОССИИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЖИЗНИ ГРАЖДАН.
ПРОБЛЕМА РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Материалы совместного заседания
НКС ООН РАН и НИИ ДДиП 3 апреля 2021 года

Выпуск № 13

Электронную версию сборника и презентации
докладчиков можно скачать по ссылке

<https://rannks.ru>

Подписано в печать 24.01.2024

Формат 60x90/16

Цифровая печать

Тираж 700 экз. Заказ № 11

Отпечатано в ООО «НОВЫЕ ПЕЧАТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ»
117525, г. Москва, ул. Днепропетровская, д. 3, корп. 5, пом. III

Научно-консультативный совет Отделения общественных наук РАН был создан в 2012 году как Совет по правовым, экономическим, социально-политическим и психологическим аспектам финансово-кредитной системы. В феврале 2020 года члены НКС приняли решение расширить компетенцию Совета, перейдя от рассмотрения вопросов развития финансового рынка к более широкому кругу проблем развития общества, поставив во главу угла своих исследований и дискуссий вопросы: в каком обществе мы живем? Какое общество мы хотели бы оставить своим потомкам в наследство?

Сопредседатели Совета: академики РАН А.А. Гусейнов, А.А. Кокошин и Г.А. Тосунян.

Ассоциация российских банков учреждена в марте 1991 года. Миссия Ассоциации российских банков – реализация программы банкизации страны, создание условий для эффективного функционирования, развития банковской системы России и обеспечения ее стабильности, защиты прав, интересов банков и условий для справедливой рыночной конкуренции; участие в построении национальной финансовой экосистемы, основанной на принципах соблюдения прав и реализации комплекса мер по повышению финансовой грамотности потребителей.

Национальный исследовательский институт Доверия, Достоинства и Права учрежден в конце 2019 года.

Цель института - многогранное изучение вопросов человеческой жизнедеятельности и общественных процессов, которые наибольшим образом влияют на развитие доверия в обществе, повышение чувства собственного достоинства у граждан страны и на формирование уважения друг к другу.

Институт приступил к работе в начале 2020 года в формате научных заседаний с коллегами, интересующимися проблемами доверия, достоинства, их правового обеспечения и стимулирования.