

Т.Л. Лепихина, Ю.В. Карпович

Пермский государственный технический университет

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИНВЕСТИРОВАНИЯ В ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Инвестиции в человеческий капитал подразумевают вложения в образование и здравоохранение. По показателям качества образования Россия не отстает от других развитых стран, однако по показателям здоровья, в том числе по ожидаемой продолжительности жизни, Россия проигрывает абсолютно всем странам с 1-й по 70-ю позицию, а также многим нижестоящим. Кризисное состояние экономики может ухудшать и без того плохое здоровье населения. В связи с этим интересно рассмотреть опыт инвестирования зарубежных компаний в здравоохранение. Анализ зарубежного опыта позволил с учетом специфических особенностей страны предложить мероприятия по укреплению здоровья населения через социальный капитал.

Здравоохранение, здоровье, продолжительность жизни, человеческий капитал, социальный капитал, эффективность инвестиций.

Основной характеристикой «новой экономики» является прогрессивный рост доли нематериальных активов и нематериального капитала в экономической стоимости производства, а также в кругообороте воспроизводства базовых экономических и социальных ресурсов.

В США текущая стоимость нематериального капитала превысила аналогичную стоимость материального капитала еще в конце 60-х годов XX века [4].

Основная часть нематериального капитала, относящегося к человеческому капиталу и динамике знаний (производству, воспроизводству и передаче знаний), существует в виде вложений в образование и здравоохранение.

Для качественной оценки эффективности инвестиций в человеческий капитал в Европе, США и Японии разработаны специальные композитные (совокупные) показатели, учитывающие фактор человеческого развития и вложения в человеческий капитал. В частности ООН отслеживает такой показатель, как индекс развития человеческого капитала (табл. 1, 2).

Названные таблицы свидетельствуют о том, что в РФ существуют большие проблемы в сфере здравоохранения. Если по индексу образования мы практически не отстаём от вышестоящих по рейтингу стран, то по ожидаемой продолжительности жизни мы проигрываем абсолютно всем странам с 1-й по 70-ю позицию, а также многим нижестоящим.

Таблица 1

Тенденции индекса развития человеческого потенциала

Рейтинг	Страна	Среднесрочное изменение рейтинга 1990–2007 гг.
1	Норвегия	0,29
8	Франция	0,32
10	Япония	0,26
13	США	0,21
22	Германия	0,33
71	Российская Федерация	-0,03

Таблица 2

Индекс развития человеческого потенциала в 2007 г. и некоторые его компоненты

Рейтинг	Страна	Значение индекса развития человеческого потенциала	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	Общий показатель обучающихся в учебных заведениях (%)	Индекс уровня образования
1	Норвегия	0,971	80,5	98,6	0,989
71	РФ	0,817	66,2	81,9	0,933

Смертность взрослого населения обычно снижается по мере роста благосостояния страны, поэтому для сравнения уместно выбирать страны с одинаковым уровнем экономического развития. В то время как продолжительность жизни мужчин в большинстве стран СНГ ниже, чем в других странах со сходным уровнем экономического развития, продолжительность жизни женщин остается почти на среднем уровне. Однако недавние исследования показали, что такая оптимистичная картина не отражает истинного состояния здоровья женщин, по крайней мере по двум причинам.

Во-первых, хотя потрясения последних десятилетий сказались на продолжительности жизни женщин меньше, чем на продолжительности жизни мужчин, увеличения этого показателя – отмеченного за этот же период во всех странах Западной и Северной Европы – не произошло. Во-вторых, что более важно, смертность – это только один из показателей здоровья населения, и во многих странах СНГ он плохо отражает состояние здоровья женщин. Здоровье населения необходимо оценивать не только по показателю продолжительности жизни, но и по продолжительности здоровой жизни.

Продолжительность здоровой жизни – это совокупный показатель заболеваемости и смертности. Он подсчитывается на основании данных о заболеваемости, полученных со слов людей, и может трактоваться как период

жизни с полностью сохранным здоровьем. Табл. 3 демонстрирует впечатляющую картину: продолжительность здоровой жизни у мужчин и женщин практически одинакова; огромный разрыв, характерный для средней продолжительности жизни, здесь отсутствует. Заболеваемость среди женщин по сравнению с мужчинами непропорционально высока – если рассматривать средние показатели по восьми странам, она почти вдвое выше, чем у мужчин, что сводит на нет разницу в средней продолжительности жизни.

Таблица 3

Средняя продолжительность жизни и продолжительность здоровой жизни (в годах) в восьми странах СНГ, 2007 г.

Страна	Мужчины			Женщины		
	Средняя продолжительность жизни	Продолжительность здоровой жизни	Годы нездоровья	Средняя продолжительность жизни	Продолжительность здоровой жизни	Годы нездоровья
	(1)	(2)	(1)–(2)	(3)	(4)	(3)–(4)
Армения	64,6	46,4	18,2	71,5	47,4	24,1
Беларусь	62,2	49,4	12,8	74,4	55,1	19,2
Грузия	66	56,6	9,4	72,2	51,1	21,1
Казахстан	58,2	48,3	9,9	68,3	47,9	20,4
Кыргызстан	60,2	54,1	6,2	69	53,3	15,7
Республика Молдова	63,3	45,2	18,1	70,8	45,3	25,5
Российская Федерация	59,6	47,8	11,7	72,4	48	24,4
Украина	62,8	46,4	16,4	73,7	43	30,7
Средний показатель	62,1	49,3	12,8	71,5	48,9	22,6

Примечание. Авторские расчеты произведены на основании данных исследования «Условия жизни, образ жизни и здоровье».

Большое число лет нездоровья у женщин (да и у мужчин тоже) дает еще меньше оснований надеяться, что эти последствия будут незначительными в немалой степени потому, что существенная доля активных лет жизни приходится на нездоровье.

Поэтому с точки зрения социальной справедливости важнейшее значение имеет структура затрат на здравоохранение. Данные по разным странам показывают, что существующие модели финансирования порождают социальное неравенство, особенно в некоторых странах ЦВЕ и СНГ.

При сравнении структуры расходов на здравоохранение наиболее важны предоплата во всех ее формах и прямые платежи населения непосредственно при оказании медицинских услуг, так как эти статьи расходов сопря-

жены с финансовым риском. Небольшие прямые платежи не приносят ущерба никому, кроме самых бедных. Значительные же траты должны покрываться предварительными платежами, в противном случае возможны обнищание или отказ от необходимой медицинской помощи. Поскольку у бедных порог катастрофических расходов ниже, доля прямых платежей населения в бедных странах должна быть меньше. Однако в действительности происходит обратное: в странах с низким доходом общий объем прямых платежей населения высокий, хотя и колеблется в широких пределах. Средняя доля прямых платежей в ЦВЕ и СНГ составляет 42,4 %, колеблясь от 79,2 % в Таджикистане до 15,5 % в Бывшей Югославской Республике Македонии. Во многих странах ЦВЕ и СНГ доля прямых платежей выше, чем в других странах со сходным доходом на душу населения. Из-за этого многие семьи, находящиеся на грани бедности, подвержены риску разорительных трат на лечение. В большинстве стран СНГ прямые платежи населения составляют относительно высокую долю общих расходов на здравоохранение. Это означает, что государство покрывает из своих источников относительно небольшую часть расходов на здравоохранение, вопреки своей прямой обязанности обеспечивать равный доступ к медицинской помощи. По мере повышения благосостояния страны растет как доля ВВП, расходуемая на здравоохранение, так и доля государства в этих расходах.

В настоящее время в РФ предпринимаются меры по улучшению здоровья населения: в частности, с 1 января 2006 года стартовал национальный проект «Здоровье». В рамках реализации национального проекта «Здоровье» можно выделить три основных направления:

- 1) повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи;
- 2) усиление профилактической направленности здравоохранения;
- 3) расширение доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Основное внимание уделяется укреплению первичного медицинского звена (муниципальные поликлиники, участковые больницы) – увеличению зарплаты участковым врачам и медсестрам, оснащению этих медучреждений необходимым оборудованием, переобучению врачей общей практики, введению родовых сертификатов [6].

Однако пока сложно говорить об эффективности проекта «Здоровье». Благодаря этому проекту мы можем добиться увеличения рождаемости и улучшения качества медицинского обслуживания, однако увеличит ли это ожидаемую продолжительность жизни населения? Ответ на этот вопрос может быть неоднозначным, так как деньги, затрачиваемые на здравоохранение, – лишь один из показателей политики государства в отношении здоровья населения, или, скорее, в отношении системы здравоохранения. При увеличении расходов на здравоохранение в регионе может создаться такая ситуация, когда

деньги, вкладываемые в систему здравоохранения или функционирование самой системы, в действительности приносят вред, не сокращая, а увеличивая неравенство в доступе к медицинской помощи и показателях здоровья.

Одна из причин того, что бедное население лишено медицинского обслуживания, состоит в неспособности довести государственные средства до служб, которыми это население пользуется. Так называемый анализ распределения благ предлагает методику количественной оценки пользы, которую государственные расходы приносят малообеспеченным. При этом данные об использовании услуг государственного сектора в разных квинтилях доходов сравнивают со средними затратами на эти службы из государственного бюджета. Так, можно определить, какие квинтили получают больший выигрыш от роста государственных затрат. Уже заранее можно сказать, что во многих странах СНГ государственные средства достигают малоимущих слоев, так как основная часть этих средств уходит на стационарное лечение, чаще используемое богатыми.

Высокая стоимость медицинской помощи усугубляется распространенной практикой неофициальных платежей. Этот механизм финансирования здравоохранения ставит бедных в еще более неблагоприятное положение. Неофициальные платежи, под которыми понимают плату медицинским работникам – наличными или подарками – минуя официальные каналы, существовали в регионе и в советское время, отчасти потому, что заработная плата врачей была относительно низкой. Прямые платежи за оказанные услуги можно до некоторой степени контролировать, однако они угрожают социальной справедливости, поскольку представляют собой самую регрессивную форму финансирования здравоохранения.

Неофициальные платежи ставят доступ к медицинской помощи в зависимость от платежеспособности. Поскольку такие платежи не идут по официальным каналам и нигде формально не учитываются, защитить малоимущих путем субсидий на оплату реальных расходов невозможно. В результате бедные обращаются за необходимой медицинской помощью реже. Неофициальные платежи распространены во всем регионе, включая благополучные страны, и во многих странах составляют существенную часть затрат на здравоохранение.

Уже давно доказано, что крепкое здоровье – следствие хорошего состояния экономики, что справедливо и для отдельного человека, и для страны в целом. Плохое состояние экономики может ухудшать и без того плохое здоровье населения. У тех, кто беден (будь это отдельные люди или целые страны), не хватает материальных ресурсов, чтобы оплачивать медицинские услуги или приобретать качественные продукты питания в достаточном количестве. Бедные чаще недоедают, имеют ослабленную иммун-

ную систему, а значит, более подвержены инфекционным заболеваниям, что ухудшает их здоровье. Многочисленные исследования в США свидетельствуют об отрицательном влиянии плохого здоровья на производительность труда и предложение труда. Исследования нетрудоспособности и занятости показали, что при артрите у мужчин заработная плата была на 27,7 % меньше, а у женщин – на 42 %. Кроме того, количество отработанных часов снижалось на 42,1 и 36,7 % соответственно [6]. Снижение трудоспособности вследствие болезни приводит к тому, что примерно на 13 % возрастает вероятность оказаться вне рынка труда.

Исходя из этого, интересно рассмотреть опыт инвестирования зарубежных компаний в здравоохранение.

Человеческий капитал дополняет физический; при низком уровне человеческого капитала отсутствует стимул вкладывать средства в физический капитал. Компании неохотно делают инвестиции в страны, где трудоспособное население отличается плохим здоровьем. Тем не менее здоровье в развитых странах ценится высоко – выше, чем большинство рыночных или нерыночных товаров. Оно не учитывается при расчете ВВП, поскольку, будучи нерыночным товаром, не имеет рыночной стоимости. В то же время здоровье, безусловно, имеет цену. При опросах общественного мнения люди заявляют, что готовы достаточно дорого заплатить за то, чтобы улучшить свое здоровье и прожить дольше, то есть они присваивают здоровью некую неявно выраженную стоимость. Эта стоимость велика, но не бесконечна, поскольку пожертвовать всем в обмен на улучшение здоровья люди не готовы.

Чтобы более наглядно продемонстрировать высокую стоимость, которая присваивается здоровью, можно оценить, в какой степени люди готовы пожертвовать здоровьем в обмен на определенные товары и услуги, имеющие рыночную цену. Для этого проводят так называемое исследование готовности заплатить. В качестве критерия оценки можно использовать величину надбавок за риск на рынке труда: деятельность, которая сопряжена с риском для здоровья (например, работа в шахте), оплачивается выше за счет надбавки за риск. Посвященные этой теме многочисленные исследования позволяют рассчитать стоимость статистической жизни. С помощью этого показателя, в свою очередь, оценивают изменение показателей смертности. Стоимость снижения смертности впервые была учтена при расчете национального дохода в работе Ашера (1973) [4]. Автор определил прирост полного дохода (богатства) с учетом изменений в продолжительности жизни, включенных в оценку экономического благосостояния.

Изменение полного дохода определяют, суммируя стоимость изменений годичной смертности (рассчитанную с использованием стоимости статистической жизни) с изменениями величины ВВП на душу населения

за год. И хотя в данном случае оценивается полный доход, полученные оценки являются консервативными, поскольку включают только стоимость изменений уровня смертности, не принимая во внимание стоимость изменений заболеваемости.

Помимо вопросов оценки состояния здоровья в данной области за рубежом большое внимание уделяют социальному капиталу. Учеными выделяются три уровня социального капитала: индивидуальный, или микроуровень; межгрупповой, или мезоуровень (где существуют как вертикальные, так и горизонтальные отношения между группами), и макроуровень в виде организационной и политической среды, которая служит фоном для всей экономической и социальной деятельности и определяет качество проводимых государством мероприятий. Между этими тремя уровнями могут существовать отношения, дополняющие или замещающие друг друга: например, общенациональные структуры могут создавать условия для развития местных объединений. В то же время местные формы социального капитала могут возникать в ответ не только на положительные, но и на отрицательные действия правительства. Развал государственной системы в Российской Федерации в первые годы переходного периода стимулировал появление неформальных сетей на местном уровне. С другой стороны, чрезмерная этническая идентификация в местных объединениях может стать помехой плодотворной политике на общенациональном уровне и иногда приводит к насилию.

Связь между социальным капиталом и здоровьем впервые документально зафиксирована в 1901 г., когда Эмиль Дюркгейм выявил зависимость между частотой самоубийств и степенью социальной интеграции. С тех пор проводилось много эмпирических исследований, которые позволили выделить следующие показатели социального капитала [2].

Доверие к окружающим. Степень доверия отчасти зависит от правовой системы, но также и от некоторых социально-экономических характеристик, таких как степень равенства доходов и социальная сплоченность (общий язык, нормы поведения, интересы и т. д.).

Участие в организациях – религиозные общины, спортивные клубы, художественные и музыкальные кружки, домовые и уличные комитеты, молодежные, женские, благотворительные организации и любые другие добровольные общественные объединения. В большой степени данный показатель коррелирует с первым, так как отношения в такого рода организациях строятся на доверии и взаимном уважении. Также принадлежность к какой-либо организации позволяет избежать стресса социальной изоляции, который негативно сказывается на психическом и физическом здоровье.

Перспективы финансовой поддержки. Этот показатель отражает уверенность человека, что в случае материальных затруднений он найдет помощь у знакомых.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в РФ уровень здоровья среди тех, кто доверяет окружающим, на 8 % выше, чем среди тех, кто такого доверия не испытывает.

Итак, социальный капитал непосредственно влияет на количество причин, способных привести человека к стрессу.

Стресс оказывает влияние практически на все системы нашего организма, порождая длинный перечень проблем со здоровьем. Статистика сердечно-сосудистых заболеваний явно указывает на эпидемию стрессов [3].

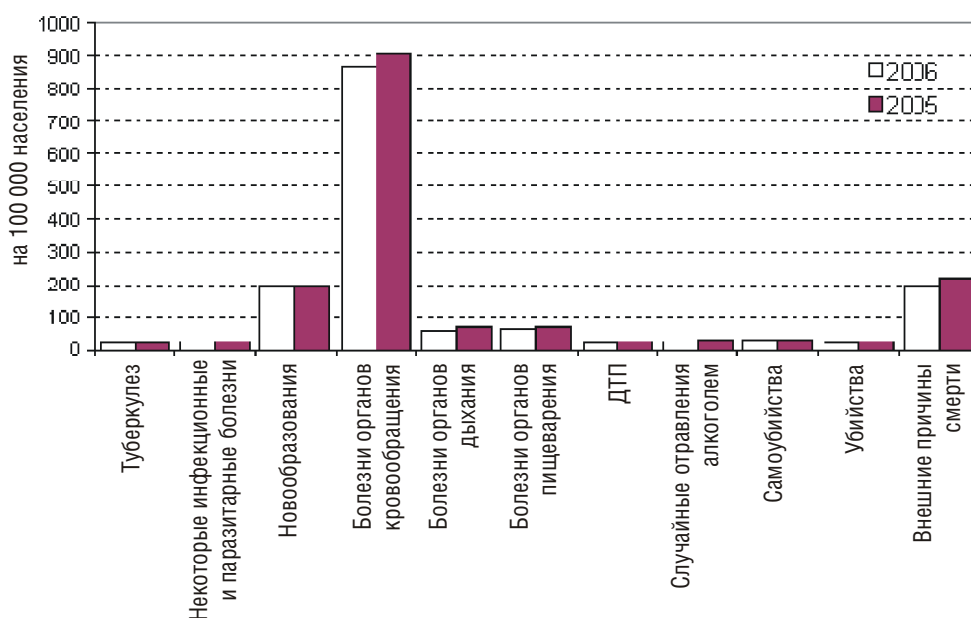


Рис. 1. Смертность по причинам смерти [5]

Учитывая высокую смертность в РФ от заболеваний системы кровообращения (рис. 1), сильное влияние стрессов на состояние системы кровообращения человека, а также высокую степень корреляции стрессов и социального капитала, можно предложить некоторые мероприятия по развитию социального капитала в России:

- увеличить количество мероприятий, способствующих социальной сплочённости населения;
- способствовать развитию разного рода неформальных организаций, клубов по интересам и т.п.;

– инвестировать в научные исследования связанные с социальным капиталом;

– перенимать опыт зарубежных стран в области развития социального капитала.

Однако, прежде чем определять необходимые размеры и направления инвестирования, нужно найти ответ на вопрос, кто должен делать инвестиции. Тех, кто потенциально может (и должен) внести существенный вклад в улучшение здоровья населения, довольно много. Главный интерес представляют три субъекта: общественные организации, частный сектор и государство. Каждому из них отводится своя роль в улучшении здоровья населения и укреплении развивающейся экономики региона.

Роль общественных организаций на Западе в улучшении здоровья заключается в основном в работе с уязвимыми группами населения – заключенными, работниками коммерческого сектора, потребителями инъекционных наркотиков, больными с психическими расстройствами, воспитанниками детских домов и интернатов. Уязвимые группы труднее всего охватить санитарным просвещением, а государство часто не способно решать их проблемы. Во многих районах по-настоящему эффективные меры – обмен игл и шприцев, заместительная терапия метадонем, раздача презервативов – осуществляют лишь неправительственные организации в рамках программ по снижению вреда. Важно, чтобы государство сотрудничало с самыми разными организациями и использовало их опыт.

Экономическая эффективность государственных мер по борьбе с неинфекционными болезнями и улучшению здоровья населения в целом далеко не очевидна и требует обоснования. Среди экономистов принято считать, что рыночные механизмы – наилучший способ оптимального для общества распределения ресурсов, и уж во всяком случае рынок превосходит в этом отношении государственное регулирование. Либеральное общество придерживается позиции, что государство не должно вмешиваться в то, что, по крайней мере на первый взгляд, относится к сфере частной жизни, где люди сами решают, как им жить: это называется «свободой выбора». Бывают, однако, ситуации, когда рынок, будучи предоставлен сам себе, терпит неудачу, оказываясь не в состоянии обеспечить оптимальный результат. В этом случае рекомендуется прибегнуть к мерам, направленным на компенсацию этой неудачи.

Экономическая обоснованность вмешательства государства в сферу здравоохранения должна исходить из принципов эффективности и справедливости. Другими словами, вмешательство государства оправданно, если су-

ществуящее распределение доходов и ресурсов вряд ли позволит обеспечить равную доступность и результативность медицинского обслуживания. В этом случае за основу взят принцип эффективности, поскольку он вызывает меньше разногласий, чем принцип справедливости, особенно в регионе ЦВЕ–СНГ, где справедливость подчас неверно толкуют как возврат к политике советского периода. Это, однако, не означает, что принцип справедливости не имеет отношения к проблеме неинфекционных заболеваний. Учитывая приведенные ранее данные о негативных экономических последствиях таких заболеваний и непомерно высокое их бремя среди малоимущих, нельзя отрицать, что принципу справедливости принадлежит не менее важная роль в обосновании мер по улучшению ситуации.

Теоретический фундамент для вмешательства государства в сферу здравоохранения заложен в работе Эрроу (1963). На сегодняшний день концепция этого автора получила широкое признание. В своей работе он выделяет в сфере здравоохранения два сектора – медицинское обслуживание и медицинское страхование. И в том и в другом секторе рыночный механизм может давать серьезные сбои. Представленные здесь аргументы непосредственно применимы к лечению хронических заболеваний и страхованию, а также к другим аспектам здравоохранения. Во многих странах с низким и средним уровнем доходов государственное медицинское обслуживание людей с хроническими заболеваниями в лучшем случае сводится к минимуму, а медицинское страхование в странах ЦВЕ и СНГ развито слабо.

Главная проблема в секторе медицинского обслуживания – отсутствие достаточной информации у покупателей медицинских услуг для того, чтобы знать, какая именно услуга им требуется, и оценить ее качество. Если бы медицинские услуги продавались на свободном рынке, потребители были бы вынуждены полностью довериться поставщикам (врачам или больницам), чьи интересы (в частности, получение максимальной прибыли) вряд ли полностью совпадают с интересами больных.

В подобных обстоятельствах оставить медицинское обслуживание целиком во власти рынка без какого-либо вмешательства государства значит обречь его на неэффективность. Для решения проблемы нужно создать такие условия, чтобы потребители могли принимать обоснованное решение по поводу приобретения той или иной услуги.

Еще одна причина краха рыночных механизмов в секторе медицинского обслуживания – существование положительных экстерналий, связанных с потреблением медицинских услуг. В случае инфекционных заболеваний ситуация вполне ясна: медицинское обслуживание создает положительные экстерналии, останавливая распространение инфекции, например, лечение

больного туберкулезом позволяет защитить здоровье тех, кто мог бы заразиться от этого больного. Будучи предоставлены самим себе, люди принимают в расчет только собственные издержки и выгоды, поэтому один лишь рынок не обеспечит достаточный уровень потребления услуг. Таким образом, для стимулирования потребления необходимо вмешательство государства (например, путем субсидирования) в виде кампаний по иммунизации, создания сети медицинских служб для нуждающихся и других мер.

Проблемы медицинского страхования обусловлены в основном асимметричностью информации, которой располагают страховщики и страхователи. Страховые компании стремятся оградить себя от рисков, связанных с поведением страхователя. Здесь возникает проблема так называемого морального риска, которая выражается в том, что перераспределение рисков влияет на поведение человека. Считается, что у людей, имеющих страховку, меньше стимулов заботиться о своем здоровье, так как потеря дохода в случае болезни будет им компенсирована. В связи с этим такие люди склонны вести себя менее осмотрительно, чем те, у кого страховка отсутствует.

Другая актуальная проблема, обусловленная асимметричной информацией, – неблагоприятный отбор, возникающий из-за того, что договоры медицинского страхования чаще заключают люди со слабым здоровьем, зная, в отличие от страховой компании, что их потребности в медицинских услугах выше среднего уровня. Полагают, что в отсутствие государственного вмешательства неблагоприятный отбор приведет к краху страхового рынка. Среди клиентов страховых компаний окажется слишком мало здоровых людей, а это повлечет за собой увеличение затрат на обслуживание страхователей. Чтобы компенсировать затраты, страховые компании будут повышать ставки, что еще больше оттолкнет тех, кто обладает хорошим здоровьем. В конечном счете подавляющее большинство здоровых людей покинет рынок страхования, а за ними, из-за отсутствия прибыли, последуют страховые компании, и рынок опустеет.

Государство может урегулировать ситуацию, финансируя всеобщее медицинское страхование за счет налогов либо введя обязательное медицинское страхование и заставив страховые компании обслуживать всех. Разумеется, при этом государство должно быть способно к принятию эффективных мер.

Поэтому неотъемлемой частью начального этапа разработки любой стратегии инвестиций должна стать тщательная оценка ситуации. Для улучшения здоровья эффективные меры тоже должны приниматься на разных уровнях с учетом влияния верхних уровней на нижние. Начнем с верхнего уровня – общих социально-экономических, культурных и экологических условий. Очевидно, что на этом уровне учреждения здравоохранения,

включая министерства, имеют весьма ограниченные возможности напрямую влиять на ситуацию.

Однако, обладая некоторыми полномочиями, министерства здравоохранения могут добиваться принятия определенных мер. Первый шаг в этом направлении – обосновать необходимость систематической оценки воздействия политики, проводимой в других областях, на состояние здоровья населения. В западных странах такая оценка широко практикуется, а кое-где стала законным требованием к любому крупному проекту. За последнее десятилетие подобная практика появилась и в странах ЦВЕ, отчасти благодаря условиям вступления в ЕС. Это позволяет министерству здравоохранения получить информацию о последствиях политики, проводимой в таких областях, как налогообложение (например, в какой мере налоги потворствуют или, наоборот, препятствуют курению, способствуют ли они повышению или снижению уровня бедности), торговля и региональное развитие. Кроме того, анализ и оценка ситуации напоминают руководителям здравоохранения о необходимости в полной мере учитывать социально-экономические, культурные и экологические условия, в которых формируется здоровье населения. Если строить политику без учета особенностей страны, возможностей и существующих ограничений, вряд ли удастся достичь желаемых результатов.

Следующий уровень – условия жизни и труда – открывает больше простора для вмешательства системы здравоохранения. Успешное решение сложных проблем здравоохранения в Российской Федерации возможно лишь при межсекторном взаимодействии. Целенаправленная политика и действия со стороны сектора здравоохранения должны быть увязаны с политикой и действиями в других секторах, таких как образование, транспорт, жилищное строительство и т.д., от которых зависит здоровье населения.

Для того чтобы эффективно действовать на этих уровнях, субъекты системы здравоохранения должны овладеть необходимыми знаниями и умениями и иметь полномочия, которые позволят им всесторонне укреплять здоровье населения: обеспечить равнодоступное и эффективное медицинское обслуживание, создать благоприятные условия на рабочих местах и внедрить меры по охране здоровья сотрудников, например, организовать программы для желающих бросить курить, открыть тренажерные залы и т. д. Чтобы получить соответствующие полномочия, необходимо провести реформы.

Все более важную роль в укреплении здоровья играют социальные сети. Там, где местные общественные организации сформировались, они часто участвуют в деятельности по укреплению здоровья населения. Для формирования здорового образа жизни нужно разработать соответствующую политику, учитывающую, однако, препятствия, мешающие людям сделать разумный

выбор. Успеха можно достичь лишь в том случае, если государство возьмет на себя ведущую роль, расширив возможности выбора здорового образа жизни как для отдельных людей, так и для общества в целом. Это означает улучшение условий жизни и труда, а также общих социально-экономических, культурных и экологических условий. В осуществлении такой политики должны участвовать органы государственного управления на всех уровнях. Ухудшение здоровья населения в регионе отражается на всех отраслях, и если эту проблему не решить, она будет препятствовать дальнейшему экономическому развитию, а ее успешное решение принесет пользу всем. Каждое министерство призвано внести свой вклад, будь то изменения в сельскохозяйственной политике с целью повышения доступности и качества пищевых продуктов, изменения в транспортной политике с целью снижения травматизма и смертности в результате ДТП или изменения в финансовой политике – например, повышение налогов на сигареты.

Роль министерства здравоохранения состоит в том, чтобы определить масштабы и характер проблем, связанных со здоровьем населения, и предложить меры по улучшению этого показателя.

Чтобы определить, стоит ли полученный результат денег, затраченных на его достижение, пользуются разными методами. Чаще всего применяют анализ экономической эффективности (анализ эффективность-затраты), хотя важную информацию дают и другие методы, в частности анализ выгоды затрат, особенно при сравнении вмешательств, дающих разные результаты. При анализе экономической эффективности оценивают, во сколько обходится улучшение здоровья на определенную величину. При анализе затрат и выгод, наоборот, выгоду для здоровья переводят в денежные единицы. В анализе экономической эффективности здоровье обычно измеряют числом лет жизни с учетом нетрудоспособности или числом сохраненных лет жизни. Экономическая эффективность определяется как затраты на единицу выгод, получаемых от конкретного вмешательства. Следовательно, чем ниже соотношение затраты/эффективность, тем более заметно улучшение здоровья и можно получить заданную стоимость. Одна из ключевых задач организаторов здравоохранения – добиться максимально возможного улучшения здоровья в рамках имеющегося бюджета, хотя это и не единственный критерий.

В этом случае основная концепция поэтапных действий государства в данном направлении предполагает:

- 1) выявление потребностей населения в сфере здоровья;
- 2) разработку эффективных государственных программ;
- 3) внедрение этих программ и контроль за их реализацией.

К основным мерам, которые следует принять в первую очередь, относится борьба с основными факторами риска неинфекционных заболеваний (злоупотреблением алкоголем, курением и неправильным питанием) и причинами высокой распространенности этих факторов.

Список литературы

1. Условия жизни, образ жизни и здоровье: международное сравнительное исследование (Армения, Белоруссия, Грузия, Казахстан, Киргизия, Россия, Украина) / Центр статистической информации. – М., 2008. – 196 с.
2. Преодоление барьеров: человеческая мобильность и развитие: докл. о развитии человека. – URL: <http://www.un.org/ru/development/hdr/2009/>
3. Человеческие ресурсы России. – URL: <http://www.rhr.ru>
4. Trofimov Nikolay Research Fellow, Centre for Science Development Studies of the Russian Academy of Sciences (CSDS RAS) // journal “Innovatsii” [Innovations], No. 10 (97), November. 2006. P. 97–102.
5. URL: http://www.gks.ru/free_doc/2007/demo/smert.htm
6. URL: <http://zdorovie.perm.ru>

Получено 10.02.2010