

ниями ведет к снижению перфузии тканей кровью [38], уменьшению объемной скорости кровотока и усилению лимфотока в десне при пародонтите.

По мнению многих авторов, заболевания пародонта протекают в виде местного воспаления, которое сопровождается стадией артериальной гипертензии, переходящей в более тяжелую – венозную. Существуют внутри- и внесосудистые факторы перехода артериальной гиперемии в венозную, которая может закончиться стазом крови в сосудах. Внутрисосудистые факторы характеризуются сгущением крови, набуханием форменных элементов и увеличением свертываемости крови, внесосудистые факторы – выходом плазмы крови и форменных элементов. Это создает условия для сдавления стенок вен и лимфатических сосудов, а также затрудняет отток крови из воспаленных тканей.

Нарушение трофической функции при патологии пародонта связано не только с расстройствами функционального характера, но и со склеротическими изменениями. А.А. Скагер (1986) показал, что сосудисто-тканевая патология челюстно-лицевой области в основном заключается в атеросклеротическом поражении бассейна наружной сонной артерии, атрофических, дистрофических и некротических изменениях соответствующих органов. Совокупность этих изменений автор определяет как ишемическую болезнь челюстно-лицевой области.

Работы А.Ф. Киселева (1973), А.И. Варшавского (1973, 1977) выявили некоторые закономерные повреждения структуры кровеносных сосудов

пародонта в динамике развития пародонтита. При легкой степени пародонтита артериолы и прекапилляры фрагментарно сужены. Отмечены незначительные склеротические изменения артерий, выражающиеся в утолщении и гиалинизации средней оболочки, а в некоторых случаях – умеренном склерозе интимы. При средней и тяжелой степени пародонтита внутренний диаметр просвета артериол уменьшается, наружный – увеличивается за счет разрастания субстрата сосудистой стенки, многие артериолы облитерированы. Кроме того, имеют значение развивающийся гиалиноз и нарастающие склеротические процессы.

По мере нарушений функционального, воспалительного и дистрофического характера сосудистой системы околозубных тканей происходит прогрессирование заболеваний пародонта, так как с изменением микроциркуляторного русла возникает циркуляторная и гистотоксическая гипоксия [17].

Реографические исследования показывают, что у лиц с клинически здоровым пародонтом более чем в 50% наблюдений отмечается повышенный тонус сосудов микроциркуляторного русла [17, 33], что можно связывать с мощным контролем вазоконстрикторных волокон шейного отдела симпатического ствола [33] и индивидуальными особенностями иннервации сосудов, кровоснабжающих эту область. Длительная вазоконстрикция может привести к склерозированию сосудистой стенки и к атрофическим нарушениям в тканях пародонта. Причиной повышенного тонуса сосудов может быть также «недогрузка» пародонта жевательным давлением [22]. Учитыв-

вая, что состояние регионального кровообращения характеризует степень адекватности тканей функциональной нагрузке, недостаточность последней вызывает компенсаторную вазоконстрикцию.

Ранним признаком расстройства микроциркуляции в пародонте является локальный спазм артериальных сосудов, застойные явления в веноулярном отделе и снижение интенсивности кровотока в нутритивном звене. Дефицит капиллярного кровотока отражается на механизмах, регулирующих ритмические изменения гемодинамики в капиллярах, изменении гидростатического давления, что отражается на трансапиллярном массопереносе, микроциркуляции и гемореологии [32, 1].

Расстройства капиллярного кровотока, начинающиеся со снижения его интенсивности, а заканчивающиеся развитием капиллярного стаза, можно рассматривать как центральное звено в развитии микроциркуляторных нарушений. Поэтому объективная регистрация состояния гемодинамики важна для прогноза течения патологических состояний и возможного результата лечения.

Таким образом, терапевтические мероприятия при лечении болезней пародонта должны быть направлены не только на устранение микробного фактора и уменьшение вторичной альтерации тканей, но и устранение гипоксических состояний с учетом региональных средовых и биологических факторов.

(Полная библиография к статье находится в редакции журнала).

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.Я. Егоров

ФОРМИРОВАНИЕ СТРАТЕГИИ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В Концепции совершенствования здравоохранения Республики Саха (Якутия) изложены основные принципы развития здравоохранения, направленные на улучшение качества диагностики заболеваний, лечения больных, лекарственного обеспе-

ЕГОРОВ Вячеслав Яковлевич – отличник здравоохранения СССР, РС (Я), организатор здравоохранения высшей категории, главный врач Санатория-профилактория «Сосновый бор».

ния, а главное – определено приоритетное направление профилактики заболеваний в системе национального здравоохранения. Причем необходимо определять многоуровневый подход к организации профилактических мероприятий с учетом как общих потребностей населения республики в целом, так и специфических потребностей жителей городов, улусов, отдельных социальных, профессиональных и возрастных групп.

Президент России В.В. Путин в своем выступлении «Инвестиции в будущее России» (5 сентября 2005 г.) отметил, что положение в здравоохранении неблагополучно и его надо менять коренным образом, уделяя особое внимание развитию первичного медицинского звена, профилактике заболеваний; оснастить муниципальные поликлиники диагностическим оборудова-

нием, особенно на Дальнем Востоке и Сибири.

На наш взгляд, заслуживают внимания высказывания некоторых специалистов – экономистов России, в частности П.В. Олейника, С. Миронова, О. Власовой и других [1-3], о бюджетной системе обязательного медицинского страхования и самооздоровлении работников. П.Олейник пишет, что специалисты Программы развития ООН опубликовали индекс стран по уровню жизни населения, который они рассчитывают на основании таких показателей, как уровень доходов на душу населения, уровень образования, состояние системы здравоохранения и продолжительность жизни [4]. Среди 177 стран, для которых определен этот индекс, Россия занимает 57-е место [1]. При этом для расчетов использованы данные официальной статистики. Россия размещена в рейтинге между Болгарией и Ливией, а первые 3 места заняли Норвегия, Швеция и Австралия; США – на 8-м месте, Великобритания на – 12-м.

Следует отметить, что место России по индексу уровня жизни ниже, чем по такому показателю, как ВВП на душу населения (по паритету покупательной способности в долларах США). По данным статистической службы Европейского союза (Евростат), по этому показателю Россия, имея 7 924 дол. ВВП на душу населения, занимает 36-е место (Норвегия – 3-е, Швеция – 14-е, Австралия – 11-е) [5]. Первое место с 48 763 дол. занимает Люксембург, а США, имея 36 121 дол. ВВП на душу населения, находятся на втором месте.

Следовательно, при организации здравоохранения и других составляющих, определяющих уровень жизни населения, наше государство не в полной мере использовало те возможности, которые предоставляет даже существующая величина ВВП на душу населения.

В США определяют капитализацию реального потока доходов, создаваемых каждым гражданином при проживших на данный период продолжительности жизни, среднестатистических уровнях здоровья, квалификации и заработной платы. Такой вклад каждого гражданина США в национальное богатство составил, по расчетам, в среднем 249 тыс. дол. В результате человеческий капитал составляет 76% национального богатства США, т.е. в три раза больше, чем стоимость природных ресурсов, недвижимости, сооружений, оборудования, транспортных средств, ценных бумаг и банков-

ских вкладов вместе взятых. Аналогичные доли (от 75 до 80% национального богатства) составляет человеческий капитал и в других развитых странах.

С.Миронов отмечает, что гражданин России по сравнению с американцами и европейцами больше болеет, меньше производит и зарабатывает, раньше умирает. Отечественный Росстат не производит расчетов, позволяющих оценить человеческий капитал. По примерным оценкам Мирового банка, доля человеческого капитала в национальном богатстве России составила около 50%, как и в других средне-развитых странах.

По данным Минздрава России, продолжительность жизни в России у мужчин в 2003 г. составила 59 лет (на 15 – 19 меньше, чем в развитых странах), а у женщин – 72 года (на 7,5 – 14 лет меньше, чем в западных государствах). Наименьшие показатели смертности за всю историю России были зарегистрированы в 60-х гг. прошлого века: 7,4 на 1 000 человек. В 2003 г. имел место более чем двукратный рост – 16, 4 на 1 000 населения. Отставание России по ожидаемой продолжительности жизни у мужчин сорок лет назад составляло: от США – 2,3 года, от Франции – 3 года, от Японии – 3, 2 года. Следовательно, ситуация стала значительно хуже, так как средняя продолжительность жизни в России в 2003 г. составила 65,1 года против 79 лет в Германии, 80 – в Испании и Франции, 82 – в Японии.

Таким образом, увеличение продолжительности жизни и рождаемости, снижение смертности, рост производительности труда и заработной платы могут служить ключевыми показателями эффективности деятельности как региональных и муниципальных властей, так и работодателей и профсоюзов, т.е. всех сторон социального партнерства.

В проекте среднесрочной Программы социально-экономического развития РФ (далее – Программа), подготовленной Правительством РФ, здравоохранению как важнейшему инструменту обеспечения конкурентоспособности человека уделено особое внимание. Авторы Программы справедливо отмечают медленные темпы реформирования отечественного здравоохранения, несоответствие между государственными гарантиями медицинской помощи и имеющимися финансовыми ресурсами. Во многом следствием этих проблем является высокий уровень смертности, особенно мужчин в трудоспособном возрас-

те, отсутствие необходимых доступности и качества медицинских услуг.

Кроме того, располагая определенными конкурентными преимуществами в отдельных областях медицины, государство слабо использует эти преимущества в экспорте медицинских услуг, сокращая возможности развития отечественного здравоохранения.

По мнению авторов Программы, абсолютным приоритетом среди условий, обеспечивающих необходимые темпы роста конкурентоспособности страны, являются секторы, связанные с развитием человеческого потенциала, в том числе – здравоохранение. Без решения проблем здравоохранения не может быть обеспечено повышение качества человеческого капитала – основного фактора развития России на современном этапе. При этом, как справедливо отмечено в Программе, по важнейшим вопросам развития человеческого потенциала, в том числе и по здравоохранению, необходимо вырабатывать преимущественно собственные оригинальные подходы к решению стоящих перед страной проблем. Дело в том, что существующие в мире системы инвестиций в человека, прежде всего система здравоохранения, сложились в условиях растущего индустриального общества, т.е. принципиально других социально-экономических условиях. Ни одна страна в мире еще не имеет достаточного опыта функционирования в условиях постиндустриальной экономики. Поэтому ответы на вызовы постиндустриальной эпохи, в том числе и при решении проблем здравоохранения, России следует искать самостоятельно, в условиях, когда кризис социального сектора проявляется в наиболее явной и острой форме.

П.Олейник считает, что больше всех заинтересован в повышении качества человеческого капитала отечественный бизнес, поскольку конкурентоспособность персонала – это обязательное условие конкурентоспособности российских предприятий. Поэтому, добиваясь от государства совершенствования существующих законов и определенных эффективных вложений в развитие человеческого капитала, бизнес должен сам находить формы своего участия в решении проблем здравоохранения и не преувеличивать прогностических возможностей государства. Формирование стратегии укрепления здоровья персонала становится сегодня не только обязательной составляющей социально ответственного поведения отечественного бизне-

са, но и важнейшей частью общей стратегии повышения конкурентоспособности каждого российского предприятия. Существующая в настоящее время система здравоохранения характеризуется как дефицитом финансирования отрасли, так и неэффективностью использования ресурсов, что негативно отражается на доступности и качестве медицинской помощи населению. Каждый работодатель обязан содействовать сохранению и укреплению здоровья работников и членов их семей, повышению удовлетворенности населения города и региона размещением предприятия, качеством медицинских услуг как важнейшему условию создания благоприятной социальной среды для развития бизнеса. Объединения работодателей должны способствовать созданию новых организационно-правовых форм медицинских организаций не только на базе медицинских учреждений, входящих в состав холдингов и крупных компаний, но путем консолидации ресурсов мелких и средних предприятий городов и регионов. Такие медицинские организации должны обладать достаточной самостоятельностью в использовании ресурсов, предоставленных как бизнесом, так и государством, а также в применении эффективных методов оплаты труда медицинских работников.

Одновременно вместе с профсоюзами следует добиваться от государства конкретизации государственных гарантий в области здравоохранения, реорганизации системы оказания медицинской помощи за счет усиления роли первичной медико-санитарной помощи (увеличив ее ресурсы на основе частно-государственного партнерства), модернизации системы обязательного медицинского страхования.

В настоящее время бюджет любого территориального фонда ОМС формируется из налоговой части (отчисления единого социального налога, единого налога, взимаемого при упрощенной системе налогообложения, и единого налога на вмененный доход для отдельных видов деятельности) и средств, поступающих в фонд из местного бюджета в виде страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Последние решения Правительства РФ, в частности Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи [6] должны позволить каждому гражданину понять, какую именно медицинскую помощь и какого качества можно будет получать бесплатно, а за какую придется доплачивать (по от-

ношению к работнику это сможет сделать – полностью или частично – работодатель).

Работодателям и профсоюзам необходимо изучить этот документ и добиваться законодательного и нормативного определения на длительный срок системы дальнейших взаимоотношений с государством по улучшению состояния здоровья работников. Вне зависимости от источников финансирования медицинских учреждений их деятельность должна стать предметом постоянного контроля региональных и территориальных объединений работодателей и профсоюзов, а не только органов государственного надзора. Работодатели, как и профсоюзы, не должны быть равнодушными к проблемам ОМС. Вряд ли отдельный работник сможет предъявить серьезные претензии к страховой компании и добиться того, чтобы его отказ компании в доверии имел реальные последствия. А объединения работодателей и профсоюзы вместе с региональными властями и упомянутыми ранее контролирующими органами в состоянии это сделать. Ведь не случайно в Великобритании, определив, что половина бюджетных средств уходит на содержание страховых компаний, полностью отказались от страховой медицины. «Может быть, и отечественным органам надзора вместе с объединениями работодателей и профсоюзами пора заметить разницу между состоянием офисов страховых компаний и помещениями государственных и муниципальных медицинских учреждений», – пишет П.Олейник.

Далее он справедливо отмечает, что существующая система ОМС и в целом система государственного финансирования медицины не обеспечивают решения задачи повышения конкурентоспособности человеческих ресурсов за счет укрепления здоровья и являются источником высоких рисков для менеджмента как страховых компаний, так и медицинских организаций любых организационно-правовых форм и всех форм собственности. Следовательно, работодатели и профсоюзы должны активнее участвовать в модернизации этой системы.

На коллегии Минздравсоцразвития, состоявшейся в конце ноября 2004 г., были еще раз названы три основные проблемы отечественного здравоохранения: недостаточное текущее финансирование, плохая материальная база, низкая зарплата медицинского персонала. При этом в России больше, чем в других странах, больниц и врачей в расчете на душу населения.

Существующий порядок содержания бюджетных медицинских учреждений по факту их существования, а не по результатам деятельности, стимулирует иждивенчество и ставит негосударственные коммерческие организации, занимающиеся медицинским обслуживанием, в заведомо худшие условия. В настоящее время для государственных медицинских организаций созданы предпосылки использования полуполюгальных и нелегальных соплатежей, т.е. возможность использования как бюджетных средств, так и практически бесконтрольного использования иных финансовых ресурсов. Такое положение снижает уровень конкуренции и не способствует повышению качества услуг в государственных медицинских организациях, так как бюджетные медицинские учреждения находятся в жестких рамках сметного финансирования и казначейского исполнения бюджета. Это не побуждает их рационально использовать даже имеющиеся средства. Необходимо ускорить регламентацию полномочий бюджетных медицинских учреждений по распоряжению внебюджетными доходами, полученными от предоставления платных услуг, поставив все источники в зависимость от результатов и эффективности деятельности. Следует сделать так, чтобы бюджетные средства приходили в медицинское учреждение не по смете на его существование, а только вместе с пациентом. Эти средства медики должны получать по результатам оказанных услуг и лечения, в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, т.е. бюджет должен финансировать не учреждения здравоохранения, а людей. В этом случае медики будут заинтересованы в профилактике заболеваний, а не только в стационарном лечении.

Необходима, например, натурализация льгот при решении проблемы укрепления здоровья персонала путем улучшения медицинского обслуживания. П.Олейник приводит высказывание ведущего исследователя Лондонского университета Скотта Гривера в беседе с корреспондентом журнала «Эксперт» О.Власовой о невероятном росте цен на медицинское обслуживание в США – до 15% в год в отдельных штатах. В этих условиях компании используют разнообразные схемы, чтобы не финансировать систему здравоохранения. Одна из таких схем, например, предусматривает ежемесячную выплату определенной суммы, которую работник может поместить на

счет для оплаты медицинского обслуживания. Однако такой порядок использования указанных средств становится личным правом работника. Поэтому многие этого не делают и не используют выделенных работодателем денег для укрепления своего здоровья. В результате средства работодателей не попадают в медицину.

В отечественных условиях специалисты рекомендуют использовать средства, предназначенные для укрепления здоровья работников, в натуральной форме, т.е. эти средства должны выдаваться работодателем работникам для получения полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), для адресного снижения стоимости платных медицинских услуг, в виде путевки в профилакторий или санаторий, в форме оплаты сложной операции или длительного пребывания в стационарном медицинском учреждении.

Второй принцип – адресность. Этот принцип совпадает с позицией государства, которое ранее пыталось предоставлять те или иные виды льгот двум третям населения.

Работнику, получающему двадцать и более тысяч рублей в месяц, по нашему мнению, не следует индексировать его зарплату на 10% при соответствующем росте цен на товары и услуги, т.е. при росте стоимости потребительской корзины в 4 000 рублей на 400 рублей. Нецелесообразно в тарифных соглашениях и коллективных договорах предусматривать практически равные права всех работников на получение льгот сверх определенных законодательством. Такие льготы следует предусматривать в индивидуальных трудовых договорах работодателя с работником, учитывая при этом доходы в расчете на одного члена семьи работника, обеспеченность жильем, состояние здоровья работника и членов его семьи, потребности в платном обучении членов семьи и другие жизненные проблемы.

Работодатель должен владеть информацией о доходах членов семей работников. На промышленных предприятиях не должно быть семей работников, члены которых могут быть по уровню доходов отнесены к числу бедных. При этом необходимо учитывать результаты труда работника, выполнение им условий трудового договора, степень его влияния на реализацию целей предприятия.

Работодатель должен, с одной стороны, решать задачу повышения конкурентоспособности предприятия и,

следовательно, персонала, а с другой – помогать только действительно нуждающимся в такой помощи семьям работников. Поэтому если речь идет об улучшении медицинского обслуживания работников, то в первую очередь нужно помогать тем работникам, в семьях которых есть дети, так как две трети детей школьного возраста сегодня медики не могут признать полностью здоровыми.

Если каждый работодатель будет компенсировать своим работникам, добросовестно относящимся к интересам предприятия, то неравенство, которое сложилось в настоящее время в доступности качественного медицинского обслуживания, обеспеченности жильем, возможности получения высшего профессионального образования, – это и станет реальным проявлением социальной ответственности бизнеса.

Однако по мнению руководителей ряда предприятий и результатам социологических исследований, существенная часть рабочих сохраняет неудовлетворенность уровнем своей заработной платы даже при весомых дополнительных затратах работодателей на улучшение общественного питания, медицинского обслуживания, занятия физической культурой и спортом, профессиональную подготовку и повышение квалификации и другие составляющие «социального пакета» работников. В результате увеличение реального дохода работника не способствует улучшению отношения к труду в такой степени, как это происходит при установлении жесткой зависимости роста заработной платы от увеличения объемов производства, повышения качества продукции, снижения затрат или роста производительности труда.

Отечественным работодателям необходимо предусматривать социальные инвестиции для укрепления здоровья работников. Как уже было отмечено ранее, это требование обязательно с позиций понимания социальной ответственности бизнеса как основного условия конкурентоспособности любого предприятия. Без здорового работоспособного персонала обеспечить конкурентоспособность продукции невозможно, а здоровье определяют качество питания, условия быта, медицинское обслуживание, экология, условия для занятия физкультурой и спортом, т.е. условия жизни работника, во многом зависящие от позиции работодателя.

Инвестиции работодателей в укрепление здоровья работников, в первую

очередь добровольное медицинское страхование, могут обеспечить снижение затрат на оплату первых двух дней болезни, производимую теперь за счет работодателей. Кроме того, такие инвестиции позволят увеличить число рабочих дней за счет сокращения продолжительности и числа заболеваний работников, что будет способствовать повышению производительности труда.

Работодатели через свои объединения должны добиваться от государства учета интересов бизнеса, которые в данном случае являются и интересами всего общества, так как от конкурентоспособности персонала зависит конкурентоспособность отечественной продукции и, следовательно, будущее государства и общества. В частности, затраты на ДМС и санаторно-курортное лечение работников, по мнению П.Олейника, не должны облагаться налогом на прибыль, т.е. их следует учитывать в себестоимости продукции как затраты на производство. Кроме того, стоимость полиса ДМС работника, оплачиваемого работодателем, должна быть снижена на величину подушевого норматива финансирования, устанавливаемого государством при утверждении бюджета Фонда ОМС на каждый год.

Отмеченный ранее интерес крупных страховых компаний к ОМС объясняется, в частности, информацией о подготовленном Минздравсоцразвития проектом нового закона об ОМС. По этому проекту ОМС переводится на «страховые» рельсы, т.е. государство вводит в ОМС рисковую составляющую. Таким образом, медицинское страхование становится бизнесом, что вызывает интерес крупных страховых компаний. Деньги, перечисляемые страховым компаниям, намечено разделить на две части, одну из которых страховщик будет направлять на финансирование медицинских учреждений, а вторую сможет оставить себе, усилив контроль за расходами и результатами медицинских учреждений. Предприятия, оформляющие ДМС на сотрудников, смогут платить страховщику на 1 500 руб. меньше на одного работника, а страховая компания возместит себе эти суммы из ОМС, куда предприятия отчисляют 3,6% фонда заработной платы.

Вне зависимости от того, как государство решит проблемы ОМС, ясно, что увеличение заработной платы работников, равноценное затратам работодателей на ДМС, не обеспечит целевого использования таких средств для укрепления здоровья работников

и улучшения медицинского обслуживания. Аналогичное положение будет иметь место и при замене социальных инвестиций работодателей в создание материальной базы для занятий физкультурой и спортом увеличением заработной платы работников.

В трудовых договорах целесообразно побуждать работников активнее заботиться о собственном здоровье. Например, по данным Богословского алюминиевого завода, только 5,3% работников используют спортивные сооружения, содержащиеся заводом. Даже медицинскими учреждениями, в развитие материальной базы которых завод вложил немалые средства, пользуются не более 25% работников. Следовательно, нужно побуждать работников вести здоровый образ жизни. Конечно, вряд ли правомерно использовать при этом опыт ряда американских компаний, которые проводят сокращения численности работников, чья медицинская страховка обходится слишком дорого. Приводятся интересные данные из статьи Уайсоки Б. «Болезнь запрещается» (Ведомости. — 2004, 2 ноября) о том, что, например, транспортная компания Union Pacific недавно перестала принимать на работу курильщиков. Действительно, изучение компанией First Health Group расходов по формированию медицинских компенсаций сотрудников показало, что 80% затрат на медицинские выплаты приходится на 11,5% работников с хроническими заболеваниями. По мнению большинства специалистов, полезнее заинтересовать работников в улучшении своего здоровья. Например, американское подразделение французской газовой компании Air Liquide сократило годовые выплаты по медицинским статьям с 1 500 до 1 000 дол. Но оставшиеся 500 дол. каждый работник может получить в случае регулярного прохождения диспансеризации. Применение такого порядка уже позволило выявить на ранней стадии и предотвратить у ряда работников серьезные заболевания. Следует отметить, что далеко не все отечественные страховые компании при оформлении работодателями полисов ДМС обеспечивают обязательную регулярную диспансеризацию работников, хотя в доперестроечный период диспансеризация практиковалась достаточно широко.

Следующий пример: небольшой Bank of Geneva в штате Индиана (США) объявил работникам о возможности увеличения медицинских компенсаций с 500 до 2 500 дол. Реализовать

такую возможность работники смогут при условии улучшения показателей своего здоровья. За улучшение каждого показателя медицинская компенсация для работника может быть увеличена на 500 дол. Следовательно, наибольшую компенсацию получают те, у кого будет нормальное давление, небольшое содержание холестерина в крови, нормальный вес, кто бросил курить или не курит.

Кроме изменения отношения работников к охране своего здоровья, для формирования желания использовать свою заработную плату на улучшение медицинского обслуживания необходимо, как уже было отмечено, развитие страховых принципов обеспечения охраны здоровья и медицинской помощи. При этом будет возможен отказ от существования ЕСН и замена этого источника финансирования здравоохранения страховыми взносами не только работодателей, но и самих работников, а также развитие рынка дополнительного страхования через негосударственные структуры. Такой подход, кстати, полностью соответствует Конституции РФ (п. 2 ст. 41). В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экономическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

По мнению специалистов, при проведении социального аудита к социальным инвестициям следует относить все вложения работодателей, так или иначе связанные с укреплением здоровья работников и населения, улучшением условий труда, снижением производственных рисков. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, вклад деятельности медицинских учреждений в увеличение продолжительности жизни населения страны составляет 15%. Остальные факторы, определяющие данный показатель, — это экология, образ и уровень жизни, условия труда [7].

Интенсивное старение основных фондов, изношенность которых на многих предприятиях уже составляет 60–80%, и крайне низкие темпы их обновления (3–5% в год) представляют в настоящее время один из основных факторов риска и являются серьезным препятствием как для ускорения темпов экономического роста, так и

для увеличения продолжительности жизни населения, особенно его трудоспособной части. Не случайно этот показатель особо выделен как в паспортах безопасности промышленных объектов, предусмотренных законом «О промышленной безопасности», так и в типовых паспортах безопасности субъектов РФ и муниципальных образований, утвержденных приказом МЧС РФ от 25.10.04 г. N 484 [8]. Кстати, этот паспорт, кроме сведений по изношенности производственных фондов, содержит подробные характеристики числа и состояния больничных учреждений, а также социально-демографические характеристики территории.

Сведения этих документов могут быть использованы при проведении социального аудита предприятий и разработке стратегий их развития, а паспорта безопасности территорий и муниципальных образований должны стать предметом внимательного анализа объединений работодателей и профсоюзов. При этом показатели средней продолжительности жизни, рождаемости, смертности и естественного прироста, содержащиеся в паспорте, целесообразно использовать как в стратегии формирования конкурентоспособного персонала предприятий, так и в качестве показателей эффективности тарифных соглашений и коллективных договоров, т.е. в системе социального партнерства.

Поэтому и инвестиции в техническое перевооружение, модернизацию и обновление основных фондов, а также в улучшение экологии, по нашему мнению, следует учитывать как социальные инвестиции. Особое внимание работодатели должны уделять улучшению условий труда. Как свидетельствуют данные выборочных наблюдений Госкомстата России, в 2003г. в промышленности, строительстве, связи, на транспорте число работников, занятых в условиях, не отвечающих требованиям санитарно-гигиенических норм, возросло на 0,7% по сравнению с 2002 г. и составило более 3 млн. человек, или 19,9% списочной численности работников этих отраслей. При этом в 1999 г. этот показатель равнялся 17,5% [9].

Таким образом, на наш взгляд, заслуживают поддержки рекомендации П.Олейника о том, что в России с участием бизнеса может быть создана собственная рациональная система здравоохранения, основанная:

— на системе бюджетного планирования Министерства здравоохранения

и социального развития РФ по четко определенным ожидаемым результатам;

- на узаконенном и заинтересованном участии бизнеса в решении проблем медицинского обслуживания и укреплении здоровья персонала;

- на разработке и осуществлении работодателями мер по усилению заинтересованности работников в здоровом образе жизни и их ответственности за укрепление здоровья.

При такой системе появится возможность добиваться соответствия и качества предоставляемых медицинских услуг путем:

- применения принципов нормативно-подушевого финансирования для медицинских организаций, предоставляющих услуги за бюджетные средства;

- перехода к одноканальному финансированию учреждений здравоохранения через систему ОМС;

- обеспечения количества и качества предоставляемых услуг в зависимости от уплаченных страховых взносов и суммы средств, выделенных работодателями;

- внедрения конкурсного социального заказа, устанавливающего виды и объемы медицинских услуг, контролируемых и оплачиваемых в полном объеме по результатам их оказания.

Именно такую систему рекомендуют учесть при формировании стратегического менеджмента отечественных организаций здравоохранения.

В конечном счете, пора усилия всех сторон, ответственных за медицинское обслуживание и здоровье населения, оценивать, в первую очередь, по увеличению продолжительности жизни людей.

Состояние здоровья населения является одним из основных критериев благополучия общества. Результаты социально-гигиенического мониторинга для определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека дают возможность обоснованно прогнозировать ситуацию (социальную, экологическую) и планировать профилактические программы в России, в том числе в Республике Саха (Якутия).

КОММЕНТАРИЙ ЮРИСТА

Стаж работы, позволяющий получить определенные права и льготы для работника, можно разделить на несколько видов. Используя в обиходе термин «стаж работы», работники не всегда разграничивают понятия «общий трудовой стаж», «страховой стаж», «непрерывный стаж», «стаж научно-педагогической и научной работы». Все они между собой различны и имеют специфические правила исчисления. Ранее по Закону РФ от 20.11.90 № 340-1 «О государственных пенсиях в Российской Федерации» в общий трудовой стаж включались как периоды работы (ст. 89), военной службы (ст. 90) и иные (ст. 92), так и периоды учебы, связанные с подготовкой к профессиональной деятельности, т. е. обучение в училищах, на курсах по подготовке кадров, по повышению квалификации и переквалификации в средних специальных и высших учебных заведениях, а также пребывание в клинической ординатуре, аспирантуре, докторантуре (ст. 91).

КИТАЕВА Никлаида Николаевна – вед. специалист ОК ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я).

Н.Н. Китаева

СТАЖ РАБОТЫ И ПЕРИОДЫ ОБУЧЕНИЯ

С принятием Федерального закона от 17.12.01 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Закон о трудовых пенсиях) изменились не только условия назначения трудовых пенсий, их структура, но и правила исчисления стажа.

Теперь при определении права на трудовую пенсию (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) учитывается стаж, именуемый страховым. Страховой стаж – это учитываемая при определении права на трудовую пенсию суммарная продолжительность периодов работы и (или) иной деятельности, в течение которой уплачивались страховые взносы в Пенсионный фонд РФ, а также иных периодов, засчитываемых в страховой стаж в соответствии с действующим законодательством (ст. 2 Закона о трудовых пенсиях). При этом в ст. 10 этого закона оговаривается, что эти периоды работы и (или) иной деятельности учитываются при условии, что работа выполнялась на территории России и что за эти периоды страховые взносы перечислялись в Пенсионный фонд РФ.

Литература

1. **Власова О.** Рецепт всеобщего благосостояния // Эксперт. – 2004. – №48.
2. **Миронов С.** Социальная сфера всегда незатратна // Экономическая жизнь. – 2004. – №52.
3. **Олейник П.Н.** Участие бизнеса в модернизации бюджетной системы медицинского обслуживания // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. – 2005. – №9.
4. **Промышленные ведомости.** – 2004. – №13-14.
5. **Зыкова Т.** Доллар скатился до 9,5 рубля // Российская газета. – 2004, 21 июля.
6. **О Программе** государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2005 г. Постановление Правительства РФ от 26.11.2004 N 690 // Российская газета 2004 от 1 декабря.
7. **Гонтмахер Е.** Государство ищет союзника // Российская газета. – 2004, 28 мая.
8. **Российская газета.** – 2004, 2 декабря.
9. **Всероссийский мониторинг** социально-трудовой сферы / Минздравсоцразвитие России // Соционимия. – М., 2004. – С. 99.

Наряду с периодами работы или иной деятельности в страховой стаж могут включаться иные нестраховые периоды, перечисленные в ст. 11 Закона о трудовых пенсиях. К ним относятся периоды:

- прохождения военной службы, а также другой приравненной к ней службы;

- получения пособия по государственному социальному страхованию в период временной нетрудоспособности;

- ухода одного из родителей (отца или матери) за каждым ребенком до 1,5 лет, но не более 3 лет в общей сложности;

- получения пособия по безработице;

- участия в оплачиваемых общественных работах и переезда по направлению государственной службы занятости в другую местность для трудоустройства;

- содержания под стражей лиц, необоснованно привлеченных к уголовной ответственности, необоснованно репрессированных и впоследствии реабилитированных, а также отбыва-