

## Глава 5

# Государственная политика в области здравоохранения и гендерный подход

### Возрастающая роль системы охраны общественного здоровья

Уже более десяти лет национальную политику здравоохранения России именуют «переходной». В этих условиях встает вопрос о роли государства в избрании и проведении в жизнь национальных приоритетов здоровья. Как известно, здоровье человека и общества детерминировано экономической, социальной и политической средой обитания человека и должно наряду с равенством и устойчивым развитием рассматриваться в качестве главного приоритета в процессе принятия политических решений на всех уровнях. Политика укрепления здоровья включает в себя различные методы регулирования социальной среды в нужном для этого направлении. Прежде всего она предполагает наличие «сильного» законодательства.

Только за последние восемь лет Государственной думой Федерального собрания Российской Федерации были приняты и вступили в действие 37 федеральных законов, касающихся здоровья. По имеющимся данным на конец 2002 г., в 37 субъектах Российской Федерации были приняты уже 256 законов об охране здоровья. Среди них преобладают правовые акты, направленные на совершенствование структуры органов здравоохранения и улучшение качества медицинской помощи<sup>1</sup>.

Такое многообразие законотворческой деятельности в субъектах Российской Федерации свидетельствует о важности упорядочения законодательной базы и необходимости принятия кодекса законов об охране здоровья населения, работа над проектом которого ведется уже более шести лет. Многие из принятых законов крайне важны. Это, например, Федеральные законы «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (2001 г.), «О качестве и безопасности пищевых продуктов» (2000 г.), «О лекарственных

средствах» (1998 г.), «О наркотических средствах и психотропных веществах» (1998 г.), «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (1998 г.) и др. Но даже в своей совокупности они не представляют единой системы, позволяющей полноценно решать с правовой точки зрения все вопросы здравоохранения, а также состояния и охраны здоровья каждого гражданина страны<sup>2</sup>.

Здравоохранение как междисциплинарная область требует привлечения для решения своих задач усилий и ресурсов других сфер жизни общества. Образование, социальное обслуживание, политика и управление системой здравоохранения, средства массовой информации влияют прямо или косвенно на благополучие и здоровье как отдельного человека, так и общества в целом. Всемирная конференция по вопросам организации первичной медико-санитарной помощи (Алма-Ата, 1978 г.) кардинально изменила парадигму здравоохранения во всем мире и способствовала разработке новой концепции, определяющей границы ответственности государств за здоровье населения. В 1970-е гг. XX века были разработаны и приняты такие программы, как «Здоровье для всех», «Здоровый город» (таблица А.3 приложения А) и другие, определены критерии стандартов в общественном здравоохранении, которые не просто обозначили новые направления деятельности, а показали, что здравоохранение — это самый широкий спектр услуг, включая медицинскую помощь, направленных на охрану, обеспечение и укрепление здоровья нации. Иными словами, охрана общественного здоровья — «это наука и искусство предотвращения болезней, продолжения жизни и обеспечения здоровья с помощью организованных усилий общества»<sup>3</sup>.

Такой подход положен в основу деятельности стратегии европейского здравоохранения, принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1984 г., а также в основу Оттавской хар-

*Здоровье человека и общества должно наряду с равенством и устойчивым развитием рассматриваться в качестве главного приоритета в процессе принятия политических решений на всех уровнях*

тии здравоохранения (1986 г.), в которой выделены пять главных направлений деятельности:

- разработка общественной политики укрепления здоровья;
- создание благоприятной окружающей среды;
- усиление общественной активности;
- развитие личных знаний и умений;
- переориентация служб здравоохранения.

Центральным звеном такого подхода является необходимость межсекторального взаимодействия и междисциплинарного подхода, что особенно ярко выступает при анализе влияния на состояние здоровья таких факторов, как бедность, качество питания, потребление табака и алкоголя. Никакая самая совершенная система медицинской помощи не способна в одиночку исправить негативную ситуацию в социальной среде. В данной главе основное внимание сосредоточено на секторе охраны здоровья матери и ребенка и возможностях гендерного подхода в формировании политики здоровья.

### Состояние здоровья матери и ребенка

Охрана материнства и детства была и остается первейшей заботой служб здравоохранения, поскольку эти группы населения наиболее подвержены рискам различного рода заболеваний. Еще в 1948 г. здоровье детей и женщин было объявлено одним из приоритетов деятельности ВОЗ, став по сути единственным из приоритетов, связанным не с конкретной болезнью, а с выделением демографического контингента риска. И сегодня данный приоритет остается важнейшей задачей национальной стратегии здравоохранения любого государства. Общеизвестно, что между здоровьем матери и здоровьем ребенка существует неразрывная связь, и состояние здоровья женщины рассматривается как одно из главных условий, определяющих здоровье детей и, соответственно, будущее страны.

На протяжении десяти лет реформ происходило ухудшение ряда показате-

лей, характеризующих состояние здоровья матери и ребенка. Прежде всего необходимо отметить:

- высокий уровень материнской и младенческой смертности;
- ухудшение здоровья беременных, рожениц и новорожденных;
- высокий уровень заболеваемости женщин;
- высокий уровень абортот;
- проблемы со здоровьем у детей, включая рост заболеваемости.

Материнская смертность в России находится на достаточно высоком уровне по сравнению с другими развитыми странами (в 2,5 раза выше, чем в среднем по Европе). Вместе с тем надо отметить наметившуюся позитивную тенденцию к ее существенному снижению за последние годы (рисунок 5.1).

Показатель материнской смертности снизился на 27% в 2001 г. по сравнению с 1997 г. Данный показатель в сельской местности в 1,5 раза превышал аналогичный для городов — 46,7 и 32,3 на 100 000 родившихся живыми соответственно. Структура причин материнской смертности по Российской Федерации за последние пять лет практически не изменилась. Три четверти всех потерь по-прежнему определяются тремя ведущими факторами: абортами; кровотечениями при беременности, в родах и послеродовом периоде; токсикозами беременности. Ведущей причиной материнской смертности остаются последствия абортов, доля которых в 2001 г. составила 21,1% (в 2000 г. — 24,3%).

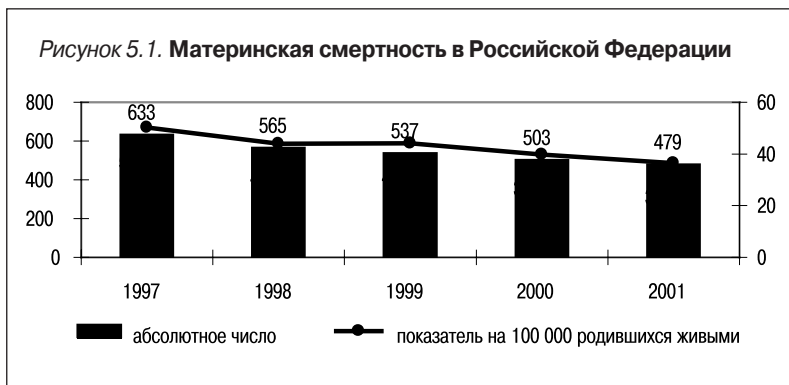
В 2001 г. продолжалась тенденция к снижению младенческой смертности, начавшаяся после всплеска 1993 г. За последние пять лет (1997—2001 гг.) данный показатель уменьшился на 16,1%. Причем снижение младенческой смертности произошло по всем классам причин смерти: болезней органов дыхания — на 34,5%; инфекционных и паразитарных болезней — на 33,9%; врожденных аномалий — на 16,3%; отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде — на 11,1%. Основными в структуре младенческой смертности являются факторы, тесно связанные со здоровьем матери. Три основные груп-

пы причин — перинатальные осложнения, врожденные аномалии и болезни органов дыхания — сохранили свое лидерство, но их «вклад» в младенческую смертность изменился. Современная структура младенческой смертности сложилась в начале 1990-х гг. и с тех пор является практически неизменной: ведущими причинами остаются состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии развития, составляющие в совокупности 68,8%.

Число женщин фертильного возраста в структуре женского населения России составляло на начало 2000 г. 50,4 %, а от всего населения страны — 26,8%. Наблюдается ухудшение состояния здоровья беременных, рожениц и новорожденных. По данным официальной статистики, у 50—60% женщин во время беременности выявляется экстрагенитальная патология, являющаяся фоном для формирования патологии беременности и плода. За период с 1997 г. по 2001 г. заболеваемость беременных анемией выросла на 13%, болезнями системы кровообращения — на 4,2%, мочеполовой системы — на 27,4%, на 23% увеличилось число беременных, страдающих поздним токсикозом. Как положительный можно отметить тот факт, что основные показатели исходов беременности из числа женщин, состоящих на диспансерном учете, за тот же период по стране остаются на одном уровне, что характеризует стабильность работы служб родовспоможения на местах.

Нормальные роды регистрируются лишь у каждой третьей женщины, возрастает число воспалительных послеродовых заболеваний. Из-за недостаточной реабилитации в стационарах и женских консультациях значительная часть этих женщин попадает в разряд гинекологических больных. За последние пять лет отмечается рост показателей гинекологической заболеваемости на 100 000 женского населения: эндометриозом — на 50%, женским бесплодием — на 5,8%<sup>4</sup>.

Участились случаи заболеваний, осложняющих роды. В 1999 г. на 1000 родов пришлось 268,7 случая анемии, 203,1 случая позднего токсикоза, 134,6 случая нарушений родовой деятельности, 96 случаев заболеваний мочеполо-



вой системы, 64,9 случая заболеваний органов кровообращения. Причем число осложнений растет прежде всего за счет анемии, нарушения родовой деятельности, позднего токсикоза. Рост числа больных новорожденных превратился в устойчивую тенденцию. Так, если в 1980 г. родилось больными или заболело (с массой тела 1000 г и более) всего 7,9% из родившихся живыми, то в 1999 г. — уже 38,2%. При этом за этот же период врожденные аномалии увеличились в 2,5 раза и наблюдались у 3% новорожденных. Осложнения, возникающие в перинатальном периоде, затронули 48,4% этих детей. На 100 живых новорожденных в 1999 г. 6,3 имели массу тела ниже 2,5 кг.

В целом происходит ухудшение здоровья женщин, что выражается в росте женской заболеваемости (таблица 5.1). Первые три места в структуре женской заболеваемости занимают болезни системы кровообращения и органов дыхания (по 19 %) и пищеварения (14—17%). Сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из главных причин смертности женского населения в Европе и других развитых странах, но ее нынешний уровень в России в 2—4 раза выше. Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы также достаточно высок, но в России и странах СНГ рак шейки матки, например, обуславливает более высокие показатели смертности, чем в Европе и разрыв в смертности от злокачественных образований между Россией и другими странами увеличивается. Данные таблицы 5.1 свидетельствуют о росте числа злокачественных заболеваний, прежде всего типично женских, таких

*Основными в структуре младенческой смертности являются факторы, тесно связанные со здоровьем матери*

как рак молочной железы, шейки матки и яичников. Они составляют около 40 % всех злокачественных новообразований у женщин, причем их доля в 90-е годы постоянно возрастала.

Происходит рост заболеваемости женщин туберкулезом — болезнью, которая практически была ликвидирована в СССР. Туберкулез остается важной национальной проблемой, так как в течение уже более десяти лет эпидемиологическая ситуация по туберкулезу является напряженной. В 2001 г. показатель заболеваемости туберкулезом среди всего населения достиг 88,5 на 100 тысяч (1991 г. — 34,0). Среди ВИЧ-инфицированных женщины составляют около 20%, из них 90% находятся в детородном возрасте. Это обостряет проблему передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в период беременности и родов. За время регистрации от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 3774 ребенка, только в 2002 г. (на 1 декабря) родилось 1958 таких детей. При этом каждая четвертая из числа родивших не наблюдалась по поводу беременности, а наличие ВИЧ-инфекции выявлено только при поступлении на роды.

В России сохраняется высокий уровень аборт. Вместе с тем их абсолютное число в Российской Федерации снизилось в два раза в 2001 г. по сравнению с 1990 г. (таблица 5.2).

Большую тревогу вызывает состояние здоровья детей (рисунок 5.2). Оно характеризуется следующими тенденциями:

- ростом детской заболеваемости;
- ростом инвалидности среди детей;
- распространением в детской среде наркомании, венерических болезней, СПИДа, алкоголизма;
- снижением показателей физического развития;
- психологическими проблемами, дезадаптивными формами поведения.

Показатели детской заболеваемости продолжают ухудшаться как в целом, так и по основным классам болезней. За 1996—2000 гг. заболеваемость детей до 15 лет увеличилась почти на 22%, а в старшем, подростковом возрасте (от 15 до 18 лет) — почти на 24%. В структуре заболеваемости традиционно ведущее место занимают болезни органов пищеварения, глаз, травмы, отравления, болезни костно-мышечной системы.

Увеличивается заболеваемость детей активным туберкулезом. В 1999 г. впервые выявленный диагноз зафиксирован в среднем у 18 детей на 100 000 против 8 в 1990 г. Таким образом, за десять лет произошел рост заболеваемости туберкулезом более чем в два раза.

**Заболеваемость женщин отдельными болезнями** (зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом на 100 000 женщин)

Таблица 5.1

Годы	1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001
Злокачественные новообразования	228,0	237,2	246,9	262,9	282,5	291,4	295,4	302,4	306,5
в том числе: молочной железы	30,8	36,4	39,6	48,0	52,0	55,0	57,7	58,3	59,1
шейки и тела матки, плаценты	23,6	19,5	30,9	31,8	33,8	34,8	34,8		
яичника	...	...	12,9	13,7	14,3	14,9	14,8	15,3	15,4
Активный туберкулез	...	23,8	...	28,5	32,5	34,8	37,9	40,7	42,1
Алкоголизм и алкогольные психозы	...	64,2	37,1	50,0	40,0	38,8	38,7	48,1	51,9
Эрозия и эктропион шейки матки	...	806,9	711,3	646,3	625,1	634,1	659,5	645,8	633,2
Расстройства менструаций	104,3	72,9	126,1	306,1	390,9	433,3	480,3	520,4	540,1
Бесплодие	...	...	53,2	52,1	59,2	61,1	66,6	64,9	63,0
Беременность, роды и послеродовой период (на 100 000 женщин 15—49 лет)	...	...	3653,4	3792,0	4089,9	4313,9	5503,5	5364,5	5604,3

Прогрессируют болезни, передаваемые половым путем. В 1999 г. на 100 000 детей выявлено около 10 детей, больных сифилисом. Нарастает проблема ВИЧ-инфекции среди детей. К началу 2002 г. в стране зарегистрировано 677 случаев ВИЧ-инфекции у детей в возрасте до 15 лет, в том числе 355 случаев у девочек. Среди подростков и молодежи от 15 до 20 лет — более 38 тыс. случаев; из них более двух тысяч — у девушек в возрасте от 15 до 18 лет. Все эти болезни значительно снижают потенциал молодого поколения.

Вызывает тревогу рост употребления детьми алкоголя. Только в 1999 г. число детей, стоящих на профилактическом учете в связи со злоупотреблением алкоголем, составило 27 на 100 000 детей с впервые установленным диагнозом. Алкоголизм родителей — одна из причин роста этого явления среди детей, а также появления детей-сирот при живых родителях. Почти 600 тысяч детей — это социальные сироты. В 2001 г. показатели злоупотребления алкоголем среди подростков составили 827 на 100 000, что в три раза выше аналогичного показателя для всего населения. Стремительно распространяется наркомания: с 1995 г. ежегодный показатель прироста распространения наркотиков стабильно составляет 30% от уровня предыдущего года. Значительно снизился возраст первой пробы (11–12 лет), а показатели заболеваемости токсикоманией среди подростков за 10 лет возросли в 12,8 раза. Если в ближайшие 5–7 лет темпы развития наркобизнеса сохранятся, то число тяжелых наркоманов достигнет в стране устрашающей цифры — 10 млн, большую часть которых составят подростки и молодежь<sup>5</sup>.

Численность детей-инвалидов в возрасте до 16 лет, получающих социальные пенсии, в 1990-х гг. резко увеличилась: в 1980 г. — 16,5 человек на 10 000 детей, в 1990 г. — 43,1, а в 1999 г. — 203,8. В 2001 г. впервые в общее число детей-инвалидов вошли дети в возрасте до 18 лет. Общая численность детей-инвалидов достигла 617 096 детей (189,3 на 10 тыс. детей), из которых 58,1% составляют мальчики, 41,9% — девочки; 14,3% от общего числа детей-инвалидов составляет возрастная группа 16–18 лет (рисунок 5.3).

*Таблица 5.2*

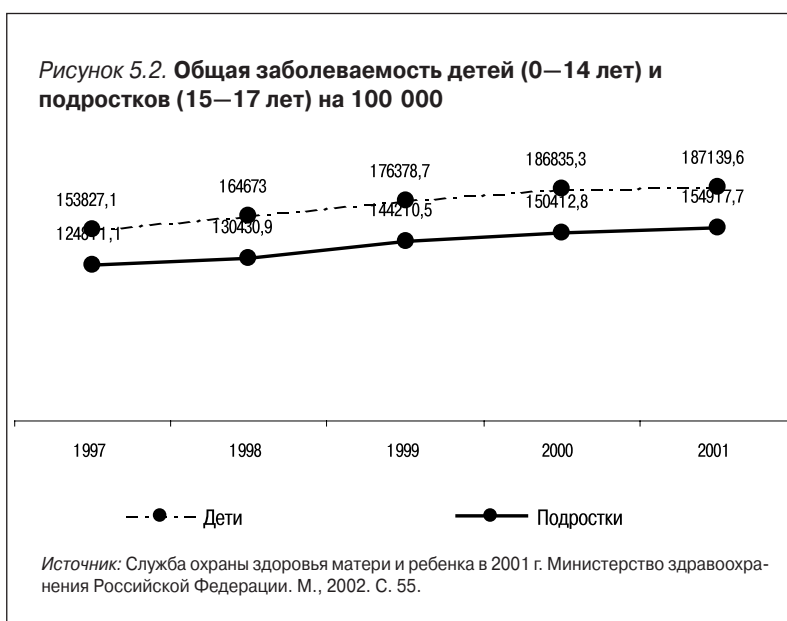
**Прерывание беременности (аборты) в Российской Федерации**

Год	Всего, тыс.	На 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	На 100 родов
1970	4837,7	136,6	253,4
1975	4670,7	126,3	221,0
1980	4506,0	122,9	204,4
1985	4454,4	121,5	187,4
1990	4103,4	114,0	205,9
1993	3244,0	88,4	235,0
1995	2766,4	72,6	202,6
1998	2346,1	60,6	182,6
1999	2181,2	56,2	179,4
2000	2138,8	55,0	168,7
2001	2014,7	51,8	153,6

С апреля 2002 г. в стране была объявлена и проведена Всероссийская диспансеризация детей. По предварительным итогам, из 93% осмотренных детей в Российской Федерации около 60% — это дети с различными отклонениями состояния здоровья.

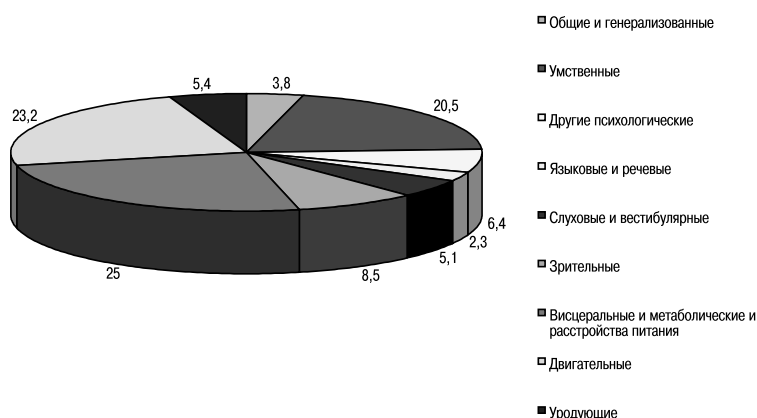
### Гендерные аспекты здоровья

Гендер является важным структурным детерминантом здоровья, который, взаимодействуя с другими детерминантами (возрастом, семейным положением, доходом, уровнем социальной под-





**Рисунок 5.3. Структура детской инвалидности в 2001 г. по главному нарушению, %**



держки и т. д.), влияет на состояние здоровья на всех уровнях — личности, группы, общества. Что касается здоровья, то здесь следует осторожно говорить о равенстве результатов, так как, например, медицинские исследования показывают, что женщины имеют некоторые биологические преимущества перед мужчинами в продолжительности жизни практически во все периоды жизненного цикла. Социальные нормы и практика могут снизить или увеличить преимущества женщин в продолжительности жизни<sup>6</sup> (вставка 5.1).

Достижение гендерного равенства — это не самоцель, а средство обеспечения устойчивого развития общества в целом и здравоохранения, в частности. Применяя гендерный подход, можно влиять на распределение властями ресурсов в здравоохранении.

Гендерное равенство в здравоохранении предполагает:

- равный доступ мужчин и женщин к медицинской помощи, предусматриваемый конкретной системой здравоохранения;

- равное потребление ими медицинских услуг в соответствии с реальными потребностями;
- одинаковое качество медицинских услуг для мужчин и для женщин.

Принципиальными здесь могут быть ожидаемая продолжительность жизни при рождении и уровень заболеваемости — два из немногих показателей здоровья, которые доступны для исследований в большинстве стран, в том числе и в России. Мужские показатели смертности превышают женские практически во всем мире. Но для России эти контрасты, как уже отмечалось в предыдущих докладах о развитии человеческого потенциала, особенно разительны. Нельзя не отметить и огромную разницу в средней продолжительности жизни женщин и мужчин — более 13 лет, что является свидетельством не только демографического, но и социального неблагополучия. При такой тенденции миллионы женщин останутся вдовами, а наши города превратятся в некие сообщества одиноких женщин после 60 лет, что, собственно говоря, уже можно наблюдать в сельской местности, где демографическое старение выражено ярче. По имеющимся оценкам, к 2015 г. число лиц, выходящих из трудоспособного возраста, в 1,7 раза превысит число лиц, входящих в трудоспособный возраст; к 2016 г. численность молодежи в возрасте 17—19 лет уменьшится с 6,7 млн человек до 3,8 млн. В сфере здравоохранения постарение населения приведет к смещению акцента в сторону обеспечения ухода за пожилыми людьми и поддержания здоровья старшего поколения.

Различия в показателях заболеваемости также имеют гендерную окраску. Анализ результатов медицинских обследований учащихся московских школ показывает, что мальчики обследуются значительно чаще, чем девочки. Причина прозаически проста — обязательный призыв в армию. В то же время у 75% девочек по окончании школы имеются хронические заболевания. Возможно, в этом кроется одна из причин того, что в зрелом возрасте у женщин отмечаются более высокие показатели заболеваемости. Женщины ча-

#### **Вставка 5.1**

Гендерные различия в здравоохранении — это различия между мужчинами и женщинами в параметрах, определяющих состояние здоровья, в доступе к медицинским услугам и качестве оказываемой медицинской помощи, в охвате профилактическими мероприятиями, образе жизни и отношении к здоровью, обусловленные социально-экономическими условиями жизни общества и существующими в нем этническими, культурными и историческими традициями.

Источник: Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Гендерный подход в здравоохранении. М., 2001.

ще обращаются за медицинской помощью (в среднем чаще, чем мужчины, на 25% и госпитализируются чаще на 15%). Они же составляют большинство медицинского персонала. У женщин имеются особые медицинские нужды, связанные с репродуктивной функцией. Мужчины больше женщин подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям, раку специфических органов, насилию и травмам, самоубийствам, профессиональным заболеваниям.

Согласно данным официальной статистики число женщин, больных алкоголизмом, возросло за 1990—1999 гг. с 37 до 39 на 100 000 женщин. В 1999 г. их численность достигла 29,8 тыс. В структуре больных алкоголизмом за десять последних лет удельный вес женщин значительно увеличился. Специалисты отмечают, что перспективы лечения алкоголизма у женщин хуже, чем у мужчин. Это связано, в частности, с тем, что отношение общества к женщинам-алкоголичкам значительно жестче и нетерпимее, а потому они стараются скрыть свое состояние, позднее обращаются за помощью, если обращаются вообще. Аналогичные процессы наблюдаются и в связи с увеличивающимся распространением наркомании среди женщин. За 1993—1999 гг. она выросла более чем в пять раз.

В последнее время наблюдается существенный рост потребления пива, реализация которого возросла в России за десять лет в 2,1 раза. Пиво пользуется большой популярностью среди подростков и молодежи, в том числе и среди девочек, во многом благодаря «пивной рекламе», формирующей определенный стиль поведения. В тоже время ни в школьных учебниках, ни в познавательной литературе для детей и подростков не говорится о том, как алкоголь влияет на репродуктивное здоровье. Подростки не слышат об этом и с экранов телевизоров. Положение становится опас-

ным, когда формируется политика потребления слабоалкогольных напитков, без которых человек не будет «ни сильным, ни умным, ни веселым».

Важной задачей здравоохранения во всем мире является исследование причин и последствий насилия. Представления о том, какие действия можно рассматривать как насилие, существенно различаются у гендерных групп. Тем не менее, по результатам социологического исследования, которое проводилось в России в рамках региональной информационной кампании ЮНИФЕМ «Жизнь без насилия», 92% опрошенных признают, что насилие в семье существует, и что среди негативных последствий домашнего насилия наиболее значимым является нанесение вреда здоровью женщины: психическому (87,2%), физическому (74,1%), нарушению репродуктивной функции (34,8%). Причем мужчины чаще женщин считают, что пострадавшая от насилия женщина не сможет родить ребенка (соответственно 47% и 31%).

Гендерные подходы могут оказать большую услугу в понимании задач общественного здравоохранения. Неудовлетворительные характеристики индивидуального здоровья женщин связаны с высокими биологическими (продолжение рода) и социальными (выживание в сложных условиях) нагрузками, а, следовательно, общество должно обратить внимание на помощь женщинам и найти необходимые технологии, которые стимулировали бы женщину относиться к собственному здоровью как к наивысшей ценности. Первые шаги в этом направлении уже сделаны — в 2002 г. был представлен для обсуждения проект «Социальный статус мужчин и женщин в российском обществе — гендерная стратегия Российской Федерации» как документ, который на долгосрочный период должен определять государственную гендерную политику.

\*\*\*

Существует множество подходов к определению здоровья. Традиционно ссылаются на определение, данное ВОЗ, в котором здоровье определяется как позитивная концепция, учитывающая не только физиологические возможности, но и социальные, и личностные ресур-

сы. Тем самым признается сложное соотношение между воздействием биологических и социальных факторов на здоровье и заболеваемость человека. Однако в России, как показывает практика, так называемый медицинский подход к здоровью далеко не преодо-

*Здоровье определяется как позитивная концепция, учитывающая не только физиологические возможности, но и социальные, и личностные ресурсы*

лен, и организационные структуры страны демонстрируют в этом смысле большую инерцию. В то же время состояние здоровья матери и ребенка, равно как и всего населения Российской Федерации, требует междисциплинарного подхода и участия специалистов разных дисциплин и, прежде всего, взаимодействия между социальным и медицинским началом, что в организационно-финансовом плане означает сотрудничество между учреждениями здравоохранения и социальными службами. В реальности этого не происходит. Федеральные целевые программы, в рамках которых реализуются приоритетные задачи служб по улучшению положения здоровья женщин и детей, решают отдельные задачи охраны здоровья, но они пока не в состоянии изменить ситуацию в целом и перевести ее в устойчивый позитив.

<sup>1</sup> Герасименко Н.Ф. Формирование законодательной базы в области охраны здоровья в Российской Федерации // Охрана материнства и детства в России и Великобритании: междисциплинарный подход. М.: «Медицина», 2002. С. 15—21.

<sup>2</sup> Колесников С.И. Время принятия Кодекса законов об охране здоровья скоро придет...// Управление здравоохранением. №1. 2001. С. 8—14.

<sup>3</sup> Acheson E.D. Public Health in England. Report of the Committee of Enquiry into the Future Development and the Public Health Function. L., 1988.

<sup>4</sup> Гаврилова Л.В. Современные проблемы в области охраны репродуктивного здоровья

Механизмы осуществления реформы здравоохранения в России оставили большинству граждан возможность только пассивного участия в происходящих изменениях.

Различное положение мужчин и женщин в обществе, образ их жизни, политика государства и ее роль в поддержке или изменении гендерных ролей показывают необходимость гендерного анализа в области здравоохранения, применение которого пока не является обязательной составляющей исследований здоровья населения Российской Федерации, в то время как «ориентация на гендерные факторы при проведении научно-исследовательских программ и инициатив представляет одно из основных стратегических направлений более целенаправленно и эффективно строить работу по укреплению и охране здоровья»<sup>8</sup>.

женщин в России // Управление здравоохранением. 2002. № 2. С. 7—14.

<sup>5</sup> Наркомания, алкоголизм, СПИД — угроза будущему России. Обзор материалов парламентских слушаний Комитета по охране здоровья и спорту 19 декабря 2002 г. // Управление здравоохранением. 2002. №3. С. 74—88.

<sup>6</sup> Григорьева Н.С. Чубарова Т.В. Гендерный подход в здравоохранении. М.: Альфа-Принт, 2001.

<sup>7</sup> Россия: насилие в семье — насилие в обществе. М., 2002; Насилие и его влияние на здоровье: Доклад о ситуации в мире. ВОЗ. М., 2003.

<sup>8</sup> Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. ВОЗ, Европейская серия № 97. С. 74.



## Образование в России в 2002 г.: итоги эксперимента по введению единого государственного экзамена и государственных именных финансовых обязательств

В предыдущих докладах о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2000 и 2001 гг. были подробно рассмотрены концепция и основные направления государственной реформы образования в стране. В связи с этим в данном докладе вместо отдельной главы представлена специальная вставка по предварительным итогам эксперимента по образовательной реформе.

Для Российской Федерации 2002 г. может быть охарактеризован как период детализации и конкретизации принятых ранее стратегических решений о направлениях реформы системы образования. Министерство образования Российской Федерации приказом от 23.07.2002 г. № 2866 утвердило план действий на 2002—2004 гг. по реализации Концепции модернизации российского образования до 2010 г. Этот документ включает мероприятия, сгруппированные в два раздела:

- I. Обеспечение государственных гарантий доступности качественного образования;
- II. Создание условий для повышения качества общего и профессионального образования.

Основными направлениями обеспечения государственных гарантий доступности качественного образования являются:

- подготовка предложений по разграничению компетенций между органами управления образованием и органами социальной защиты по вопросам адресной социальной поддержки учащихся и студентов из малообеспеченных семей, из числа инвалидов, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в части оплаты проживания, питания, медицинского обслуживания, летнего отдыха и оздоровления, приобретения учебной литературы и др.;
- подготовка предложений об отсрочке призыва в ряды Вооруженных Сил Российской Федерации выпускников учреждений высшего и среднего профессионального образования, получивших педагогическую специальность, на время их работы на штатных должностях с полной учебной нагрузкой педагога, воспитателя, мастера в учреждениях общего образования, детских домах и интернатах, в системе начального профессионального образования, имеющих государственную аккредитацию;
- повышение общедоступности дошкольного образования; создание системы гарантий по оплате образовательных услуг в дошкольных образовательных учреждениях за счет государства, поддержание и развитие их материальной базы за счет средств учредителя, финансирование содержания детей за счет средств родителей при одновременной адресной социальной поддержке малообеспеченных семей;
- создание на базе образовательных учреждений (особенно в сельской местности) культурно-образовательных, учебно-производственных, медико-оздоровительных центров;
- обеспечение специальных условий для обучения детей с ограниченными возможностями здоровья;
- анализ хода и обобщение итогов эксперимента по организации единого государственного экзамена (ЕГЭ); подготовка управленческих решений по развитию эксперимента на основе анализа результатов на каждом этапе проведения, мониторинг общественного мнения; доведение числа субъектов Российской Федерации, участвующих в эксперименте, к 2004 г. до 75 регионов (из 89 субъектов России).

В рамках второго раздела плана мероприятий предполагается, в частности, реализация следующих основных направлений модернизации образования:

- введение профильного обучения в старшей школе; снижение нагрузки на учащегося учреждений общего образования и повышение качества подготовки школьников к обучению в системе профессионального образования; запланированные мероприятия — от разработки концепции профильной школы до разработки учебников для нее;
- обеспечение условий, способствующих укреплению здоровья обучающихся и воспитанников в системе образования; здесь предполагаются разработка и реализация подпрограммы «Физическое воспитание и оздоровление детей, подростков и молодежи в Российской Федерации»;
- обеспечение государственной поддержки образовательных учреждений, ведущих инновационную деятельность, как опорных площадок процесса модернизации образования;
- структурная и институциональная перестройка профессионального образования, оптимизация сети его учреждений, отработка различных моделей интеграции начального и среднего, среднего и высшего профессионального образования, создание университетских комплексов.

В 2002 г. в России был расширен эксперимент по введению Единого государственного экзамена (ЕГЭ). Этот эксперимент охватил в 2002 г. уже 16 регионов России (см. таблицу 5.3).

Как известно, проведение эксперимента по введению ЕГЭ нацелено на:

- повышение доступности профессионального образования;
- формирование системы более объективной оценки подготовки выпускников и обеспечение равных условий при поступлении в высшие и средние специальные учебные заведения;
- обеспечение преемственности между общим и профессиональным образованием;
- создание условий для повышения эквивалентности оценок в государственных документах о получении среднего (полного) общего образования;
- обеспечение государственного контроля качества общего образования на основе независимой, более объективной оценки подготовки выпускников школ.

В целях совершенствования правового регулирования хода эксперимента и в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2002 г. № 222 «Об участии образовательных учреждений среднего профессионального образования в эксперименте по введению единого государственного экзамена» Минобрнауки России утвердило Положение «О проведении единого государственного экзамена» (приказ № 1306 от 09.04.2002 г.).

Положение устанавливает порядок итоговой аттестации выпускников общеобразовательных учреждений, проведения вступительных экзаменов и зачисления в учреждения среднего профессионального и высшего профессионального образования в субъектах Российской Федерации, где проводится эксперимент. ЕГЭ предусматривает совмещение итоговой аттестации выпускников общеобразовательных учреждений и вступительных экзаменов в средние специальные учебные заведения (ссузы) и вузы. Результаты ЕГЭ признаются общеобразовательными учреждениями в качестве результатов итоговой ат-

тестации, а ссузами и вузами — в качестве результатов вступительных экзаменов. Экзаменационные работы в рамках ЕГЭ оцениваются баллами (по стобалльной системе) и отметками (по пятибалльной системе). Выпускникам, сдававшим ЕГЭ, вы-

даются: (1) аттестат о среднем (полном) общем образовании; (2) свидетельство о результатах ЕГЭ, срок действия которого — до 31 декабря текущего года. Если гражданин откладывает поступление в вуз, то ему придется заново сдавать ЕГЭ в год

*Таблица 5.3*  
**Результаты эксперимента по единому государственному экзамену**

Показатели	2001 г.	2002 г.	2003 г. (план)
Количество субъектов Российской Федерации, участвующих в проведении Единого государственного экзамена (ЕГЭ) (ед.):	5	16	49
Количество выпускников, участвующих в ЕГЭ (тыс. чел.)	30	300	715
Доля выпускников, участвующих в ЕГЭ (в % от общей численности выпускников)	2	23	58
Количество вузов, участвующих в эксперименте по ЕГЭ (ед.)	16	117	245
Число школ, участвующих в ЕГЭ (ед.)		7849	18581
Число пунктов приема ЕГЭ (ед.)		2027	3940
Количество пунктов первичной обработки результатов ЕГЭ (ед.)		289	532

*Источник:* По данным Министерства образования Российской Федерации.

своего поступления в вуз. Для проведения ЕГЭ в каждом субъекте Российской Федерации была создана государственная экзаменационная комиссия, состав которой утверждался Минобразованием России.

В истекшем году была начата также и апробация нового механизма финансирования высших учебных заведений. Основными целями введения государственных именных финансовых обязательств (ГИФО) государство объявило:

- (1) усиление гибкости системы государственной поддержки высшего образования и как результат — повышение его доступности для различных контингентов абитуриентов;
- (2) повышение эффективности использования направляемых в систему высшего образования финансовых ресурсов за счет развития конкурентных начал в деятельности вузов, усиление прозрачности финансовых потоков в системе высшего образования.

Правительство России постановлением от 14.01.2002 г. №6 «О проведении в 2002-2003 гг. эксперимента по переходу на финансирование отдельных учреждений высшего профессионального образования с использованием государственных именных финансовых обязательств» утвердило Положение об условиях и порядке проведения этого эксперимента в 2002—2003 гг. Положение определило, что эксперимент по переходу на финансирование вузов с использованием государственных именных финансовых обязательств (ГИФО) осуществляется во взаимосвязи с экспериментом по введению ЕГЭ. Оно определяет ГИФО как «свидетельство о результатах сданного гражданином единого государственного экзамена с соответствующей записью, удостоверяющей категорию финансового обязательства, являющегося основанием для предоставления вузу бюджетных средств на обучение в нем этого гражданина в течение всего срока обучения в соответствии с государственным образовательным стандартом». Для лиц, не сдававших ЕГЭ (выпускники прошлых лет, выпускники образовательных учреждений из субъектов Российской Федерации, не участвующих в эксперименте и т. п.) либо сдавших ЕГЭ, экзамены по непрофильным для данного вуза дисциплинам, государственные экзаменационные комиссии, осуществляющие прием ЕГЭ, организуют испытания в форме и по материалам ЕГЭ.

В состав вузов—участников эксперимента по переходу на ГИФО, утвержденный приказом Министра образования Российской Федерации от 25 марта 2002 г. № 1013, вошли шесть вузов из трех субъектов Российской Федерации, а именно:

Марийский государственный технический университет;  
Марийский государственный педагогический институт им. Н.К. Крупской;  
Марийский государственный университет;  
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова;  
Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева;  
Якутский государственный университет.  
Причем высшие учебные заведения из Республики Марий Эл и Чувашской Республики участвовали ранее в эксперименте по ЕГЭ.

Следует отметить, что в состав отобранных вузов не вошли негосударственные вузы и филиалы государственных вузов, расположенные на территории Республики Марий Эл и Чувашской Республики. Кроме того, ведомственные высшие учебные заведения также не дали своего согласия на включение в эксперимент по ГИФО, что заметно снизило репрезентативность его участников в отобранных территориях.

Вузы, участвующие в эксперименте, не менее чем за три месяца до начала приема документов должны были определить и объявить стоимость обучения по каждой специальности, направлению подготовки и форме обучения. Такой вуз обязан зачислять на первый курс на все специальности, по которым он осуществляет подготовку специалистов, всех студентов только на основе ГИФО. Число студентов, обучение которых осуществляется за счет средств, распределяемых на основе ГИФО, без доплаты со стороны студентов, должно составлять не менее 50% от общего числа студентов, зачисленных в вуз, в том числе не менее 25% от общего числа студентов по каждой специальности. Если гражданин не вошел в число лиц, обучающихся только за счет бюджетных средств, и стоимость обучения превышает размер финансового обеспечения выданного ему ГИФО, он должен заключить с вузом договор на свое обучение и внести разницу между стоимостью обучения и величиной финансового обеспечения ГИФО в порядке, установленном указанным договором.

В Положении подчеркивается, что предоставление средств федерального бюджета вузам, участвующим в эксперименте, производится в соответствии с нормативными правовыми актами в рамках казначейского исполнения федерального бюджета. При этом бюджетное финансирование участвующих в эксперименте вузов, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления, осуществляется соответственно из бюджетов субъектов Российской Федерации и из муниципальных бюджетов. Минобрнауки России и Минфин России издали совместный приказ от 29 апреля 2002 г. № 1597/39н «Об утверждении методики планирования и финансирования расходов федерального бюджета на высшее профессиональное образование на основе государственных именных финансовых обязательств» для участвующих

в эксперименте высших учебных заведений, который утвердил соответствующую методику. Согласно этой методике на период проведения эксперимента вводятся пять категорий государственных именных финансовых обязательств (ГИФО), для которых устанавливается определенное соответствие между категориями ГИФО и приведенной суммой баллов, полученной гражданином по учебным дисциплинам, сданным им по ЕГЭ (таблица 5.4).

За счет средств ГИФО высшие учебные заведения финансируют такие статьи своих расходов, как заработная плата, единый социальный налог, прочие текущие расходы.

Таким образом, ГИФО предоставляет абитуриенту право на получение высшего профессионального образования за счет бюджетных средств, однако размер этого финансирования будет зависеть от результатов, полученных учащимся на

Таблица 5.4

**Соответствие между суммой баллов по ЕГЭ, категорией ГИФО и его стоимостью**

Категория ГИФО	Баллы, полученные на ЕГЭ	Объем бюджетного финансирования ГИФО*, руб.
1-я категория	свыше 80—100	14500
2-я категория	свыше 68—80	7500
3-я категория	свыше 52—68	3900
4-я категория	свыше 43—52	2800
5-я категория	свыше 35—43	1200

\* Утверждено приказом Министра образования Российской Федерации от 25 марта 2002 г. № 1013.

ЕГЭ, и объемов бюджетного финансирования, выделяемых государством на высшее образование в бюджете на каждый год (таблица 5.4).

По итогам приемной кампании 2002/2003 учебного года в шести вузах—участниках эксперимента из 35 тыс. всех абитури-

ентов более 14,3 тыс. человек были приняты на первый курс этих высших учебных заведений, причем на базе ГИФО было зачислено 8,4 тыс. человек или 58% от числа всех абитуриентов.

Распределение первокурсников—участников эксперимента по категориям ГИФО в вузах приведено в таблице 5.5.

Таблица 5.5

**Распределение первокурсников—участников эксперимента по категориям ГИФО в вузах**

Категория ГИФО	Студенты-первокурсники (в %)	Учащиеся, сдававшие ЕГЭ (в%)
1-я категория	2	8
2-я категория	38	9
3-я категория	37	34
4-я категория	11	25
5-я категория	5	17
Без категории	1	13

Проведенный анализ основных направлений деятельности государства в течение 2002 г. в области продвижения реформы образования свидетельствует о стремлении государственных органов управления перейти к практической отработке в режиме экспериментального пилотирования отдельных содержательных и организационно-экономических аспектов реформы общего среднего и профессионального образования. Такой подход, позволяя активнее продвигаться в адаптации образо-

вательной системы к рыночным условиям функционирования, требует, однако, от государственных структур гораздо быстрее реагировать и вносить коррективы и уточнения в тактику продвижения реформы на местах.

Рождественская И.А., д.э.н., проф.,  
ведущий научный сотрудник Института экономики  
переходного периода