

СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

УДК 314.154(470)

© Римашевская Н.М.

Социальная политика сбережения народа: радикальное изменение негативного тренда здоровья российского населения

Для современной России характерны снижение численности населения и ухудшение его здоровья. Автор утверждает, что этот негативный тренд и сокращение человеческого капитала возможно остановить лишь путём снижения бедности и преодоления неравенства населения в доходах и оплате труда.

Демографический кризис, здоровье населения, факторы и причины нездоровья, бедность, неравенство населения в доходах.



**Наталья Михайловна
РИМАШЕВСКАЯ**

доктор экономических наук, член-корреспондент РАН, Советник РАН,
почётный директор Института социально-экономических проблем
народонаселения РАН

Последнее десятилетие XX века характерно для России, кроме всего прочего, разразившимся демографическим кризисом, начало которого условно можно отнести к 1992 г., когда динамика населения преодолела «точку невозврата» и оно оказалось в зоне естественной убыли, где и пребывает по сию пору. Это отчётливо видно на графике (рис. 1).

Вместе с тем 2008 – 2009 годы отмечены позитивными тенденциями, которые обусловлены воздействием принятых в 2007 г. правительственных решений в области демографической политики, но их эффективность будет существенным обра-

зом зависеть от продолжительности влияния на демографические процессы. Подобного рода «атака», как показывает жизнь, и не только в России, действует в течение 2-3 лет, а затем, после адаптации населения к новым условиям, все возвращается на круги своя. Кроме того, существенную роль здесь сыграло замещение естественной убыли населения миграционным приростом, который значительно возрос за эти два года (рис. 2).

Естественная убыль населения в январе – октябре 2009 г. уменьшилась по сравнению с соответствующим периодом 2008 г. на 116,4 тыс. человек, а увеличившийся

Рисунок 1. Естественное движение населения

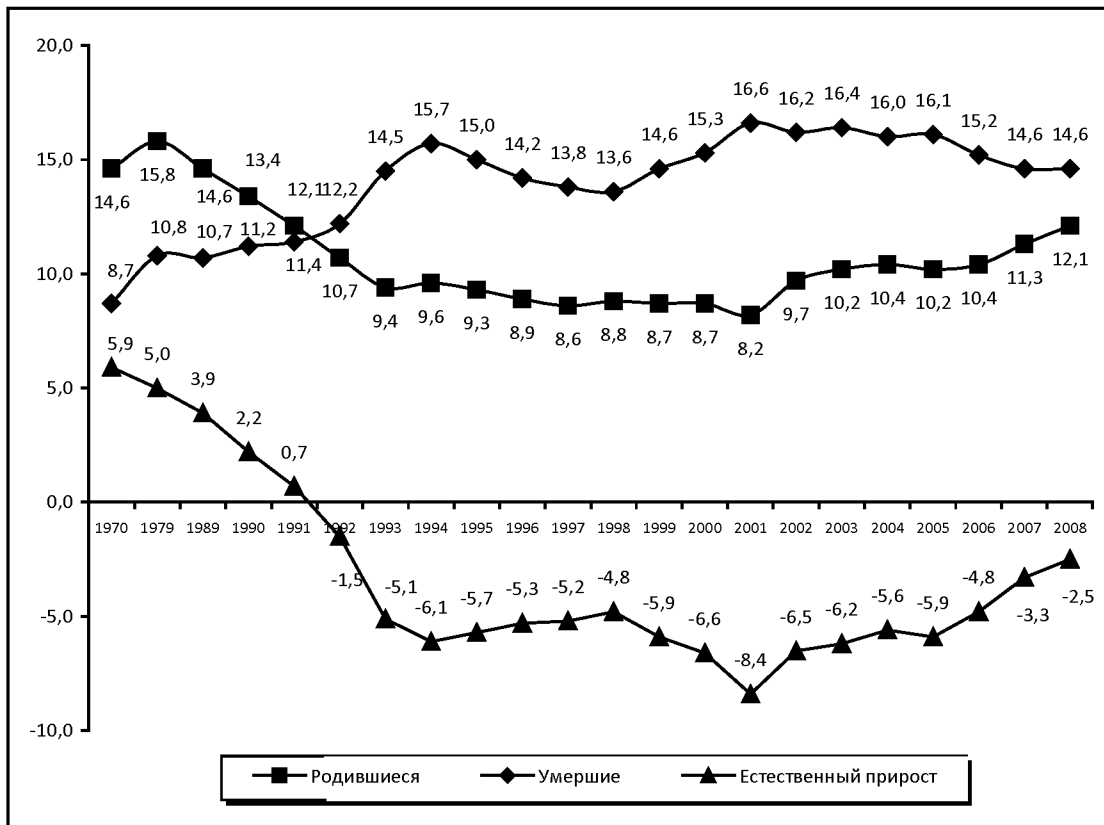


Рисунок 2. Замещение естественной убыли населения миграционным приростом



миграционный прирост полностью компенсировал численные потери населения и превысил их на 6,1%.

За период 1992 – 2008 гг. естественная убыль населения, частично компенсированная положительным сальдо миграции, составила 12,5 млн. человек (табл. 1).

Если мы не сможем в ближайшие 5 – 7 лет радикально изменить тренд смертности

и нездоровья, то в силу инерционности демографических процессов кризис не будет преодолен даже к середине века и численность населения России уменьшится до 100 – 110 млн., т.е. ещё на 30 млн.

Существует точка зрения, что естественная убыль может быть замещена мигрантами в масштабах убыли, т.е. на 500 – 700 тыс. чел. в год. Однако эта идея

Таблица 1. Естественное и миграционное движение населения (1991 – 2008 гг.)

Показатель	1991 – 1995 гг.	1996 – 2001 гг.	2001 – 2005 гг.	2006 – 2008 гг.
Число родившихся в расчёте на год	1,5	1,3	1,4	1,6
Число умерших в расчёте на год	2,0	2,1	2,3	2,1
Естественная убыль в расчёте на год	0,5	0,8	0,9	0,5
Уменьшение населения	2,5	4,0	4,5	1,5
Уменьшение населения за 1991 – 2008 гг.	12,5 млн.			
Миграционный прирост за 1991 – 2005 гг., млн. чел.	5,7 млн.			
Миграционный прирост по периодам, млн. чел.	2,5	2,1	0,8	0,3
Возмещение естественной убыли, в %	100	50	20	20
Реальное уменьшение населения, в %	-	1,4	2,4	0,8

имеет значительно больше негативных, чем позитивных, аргументов, если вообще может быть реализована. Её легко провозглашать, не думая о последствиях, но следует иметь в виду, что для мигрантов нужен масштабный жилой фонд, которым сегодня не обеспечены даже граждане России, а также соответствующие рабочие места, дефицит которых увеличивается вследствие финансово-экономического кризиса. По оценкам экспертов, в 2010 году рост безработицы ещё продолжится.

Для полного замещения поколения родителей поколением детей суммарный коэффициент рождаемости (число детей, в среднем рождённых одной женщиной в репродуктивном возрасте) должен быть не меньше 2,15.

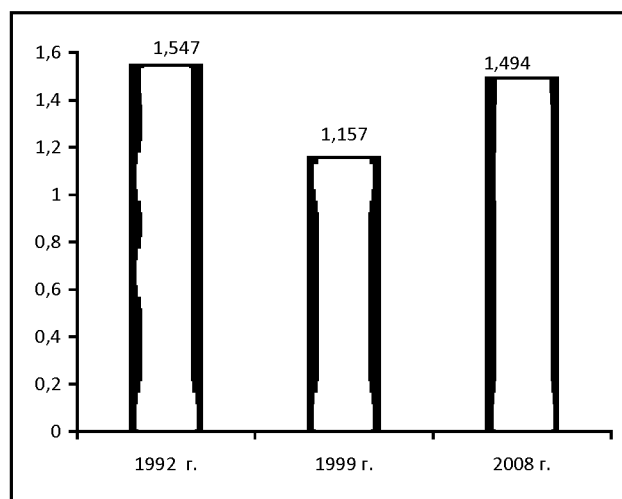
Но за последнее 20-летие этот показатель был существенно ниже и менялся следующим образом: **1,547** в 1992 г., **1,157** в 1999 г., **1,494** в 2008 г. (рис. 3).

Масштабы рождаемости определяются двумя комплексами факторов: а) репродуктивным потенциалом и б) репродуктивным поведением.

Репродуктивный потенциал нашего населения хорошо просматривается в перспективе и, к сожалению, не радует, так как:

- ближе к середине века в репродуктивный возраст войдут относительно малые когорты женщин;
- он уменьшается вместе с падением здоровья населения; достаточно отметить, что уже сегодня 15 – 20% брачных пар бесплодны;

Рисунок 3. Суммарный коэффициент рождаемости в России



- негативно действует и традиционное распространение аборт как следствие низкой культуры регулирования деторождения.

Не лучшая ситуация складывается и с репродуктивным поведением, которое характеризуется:

- устойчивым снижением брачности и ростом разводов;
- торжеством модели однодетной семьи, о чём свидетельствуют материалы переписи 2002 г., когда 34% семей имели одного ребёнка, 15% — двух и 3% — трёх и более;
- появлением феномена отказа от рождения детей вовсе (общества «чайлдфри»);
- всё более широкой конкуренцией детей с социальными благами в виде карьерного роста, увеличения доходов и потребления;
- пока ещё низким уровнем жизни, и прежде всего оплаты труда: 2/3 работников имеют заработок, не обеспечивающий самого работника и одного ребёнка.

В процессе демографического воспроизводства лидирует смертность, а не рождаемость (в 2008 г. умерло 2080 тыс., родилось 1710 тыс.). При этом свыше 80% смертей есть следствие нездоровья и различных форм недуга. Из сказанного следует, что главный путь преодоления демографического кризиса (особенно сегодня) — это укрепление здоровья и снижение на этой основе смертности.

Вместе с тем значение здоровья определяется не только его демографической ролью. Здоровье — это характеристика человеческого потенциала и человеческого капитала, определяющего экономическую мощь страны. Здоровье — это главный компонент качества жизни, измеряемого её продолжительностью в условиях свободного выбора. С другой стороны, качество жизни — главный параметр её ценности для человека. Важно не только долголетие, но и способность человека сохранять с годами здоровье, тонус и жизненную

энергию, само желание жить¹. Это — активный источник динамического развития общества, и он придёт на смену современным новейшим технологиям как главный фактор экономического роста, решающий компонент VI технологического уклада, который непосредственно будет определяться здоровьем населения. Во главе социальной политики российского государства должно стоять здоровье во всех его многогранных аспектах как главный приоритет.

1. Интегральное состояние и динамика здоровья населения России.

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье состоянием полного физического, психического и социального благополучия. При этом физическое здоровье — это способность выполнять каждодневную работу, включая заботу о себе; психическое здоровье — это состояние человека в гармонии с самим собой; социальное здоровье отражает позитивные отношения с другими людьми, готовность оказать помощь и способность принять её. Существует два уровня рассмотрения и оценки здоровья: а) популяционный (общественное здоровье), относящийся к населению определённой территории страны, региона, города, и б) индивидуальный, характеризующий отдельного человека.

Состояние общественного здоровья целесообразно оценивать на основе сравнения с другими странами и территориями, а в качестве характеристик использовать, по крайней мере, три:

- продолжительность предстоящей жизни (ППЖ);
- уровень заболеваемости населения;
- уровень инвалидизации.

В России самый низкий среди европейских стран ППЖ, и в 2008 г. он был равен 67,9 года по населению в целом. Учитывая, что в нашей стране ППЖ существенно (12 — 13 лет) различается по полу, его следует

¹ Экология человека в изменяющемся мире / под ред. акад. РАН и РАМН В.А. Черешнева. — Екатеринбург, 2008. — С. 47.

всегда определять отдельно для женщин и мужчин. В сравнении с другими странами эти индикаторы представлены в *таблице 2*.

Таблица 2. Продолжительность предстоящей жизни

Страна	Для мужчин	Для женщин
Россия	61,4	73,9
Австрия	77,2	82,8
Финляндия	75,9	83,1
Швеция	78,8	78,6

ППЖ формируется в зависимости от состояния смертности. В России общий показатель смертности в 2008 г. достигал 14,6 на 1000 жителей; в то время как в развитых странах он был лишь 8, а в развивающихся — 12. В результате из 180 стран наша страна по этому индикатору оказалась лишь на 100-м месте.

В основе подобного уровня смертности лежит высокая заболеваемость: в 2008 г. зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом 772 на 1000 чел. населения, т.е. почти 80% граждан².

Не удивительно, что специальные исследования, базирующиеся на показателях индивидуального здоровья, позволили получить следующие оценки состояния здоровья населения страны (*рис. 4*):

3% — абсолютно здоровы;

24% — относительно здоровы;

3% — с очень плохим здоровьем (инвалиды);

70% — с относительно плохим и плохим здоровьем (свыше двух хронических заболеваний).

Особую озабоченность вызывают болезни социальной этиологии, среди которых следует отметить туберкулёз — 395 тыс. (2007 г.) и сифилис — 437 тыс. (2007 г.)³. Существенное влияние на качество репродуктивного здоровья населения оказывает эпидемия ВИЧ/СПИД, так как 80% больных с диагнозом ВИЧ являются людьми

фертильного возраста, ведущими активную сексуальную жизнь; а 44% — это молодые женщины с репродуктивными возможностями. Вследствие этого до 35% возросла доля гетеросексуального пути передачи этой инфекции, а кроме того, растёт число детей от инфицированных матерей — в 2006 г. их было 33844 человека.

Широкое распространение получили психические нозологии: за помощью в связи с психическими расстройствами в 2007 г. обратились 4357 тыс. человек, а общее число нуждающихся в контактах с психиатрами составляло 52 млн. человек, т.е. 1/3 населения. При этом психические расстройства среди детей на четверть выше, чем среди взрослых. За 2001 — 2003 гг. число несовершеннолетних, имевших инвалидность по причине умственной отсталости, увеличилось в 2 раза. Алкоголизмом и алкогольными психозами страдают 2290,7 тысячи человек, а наркоманией — 368,3 тысячи, число потребляющих наркотики составляет около 500 тысяч, но это по данным официальной статистики, а фактически — 3,5-4 млн. чел. В 2007 г. число умерших от причин, связанных с употреблением алкоголя, было равно 75200 человекам, из них 37% умерло от случайных отравлений, 38% — от алкогольной кардиомиопатии⁴.

Уровень инвалидизации в России определяется численностью инвалидов, которых сегодня более 12 млн., и её ежегодным приростом в размере около 1 млн. человек. Относительное число инвалидов в 5 раз больше, чем в развитых странах.

Социальное здоровье (благополучие) измеряется через асоциальное поведение с помощью композитного индикатора, интегрирующего первичные показатели асоциального поведения: самоубийства, убийства, психические расстройства, социальное сиротство, разводы и т. д.⁵ (*рис. 5*).

⁴ Там же. — С. 336.

⁵ Юревич А.В. Динамика психологического состояния современного российского общества // Вестник Российской академии наук. — М.: Наука, 2009. — Том 79. — №2. — С. 112-117.

² Социальное положение и уровень жизни населения России. 2009. — М., 2009. — С. 31.

³ Социальное положение и уровень жизни населения России. 2008. — М., 2008. — С. 327-328.

Рисунок 4. Самооценка здоровья населением России

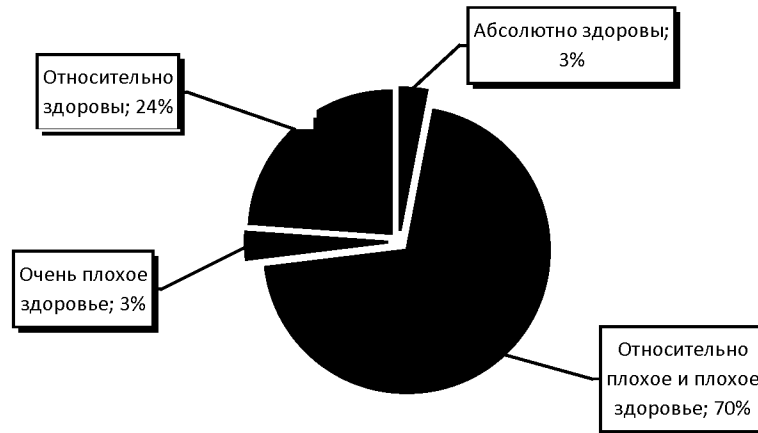
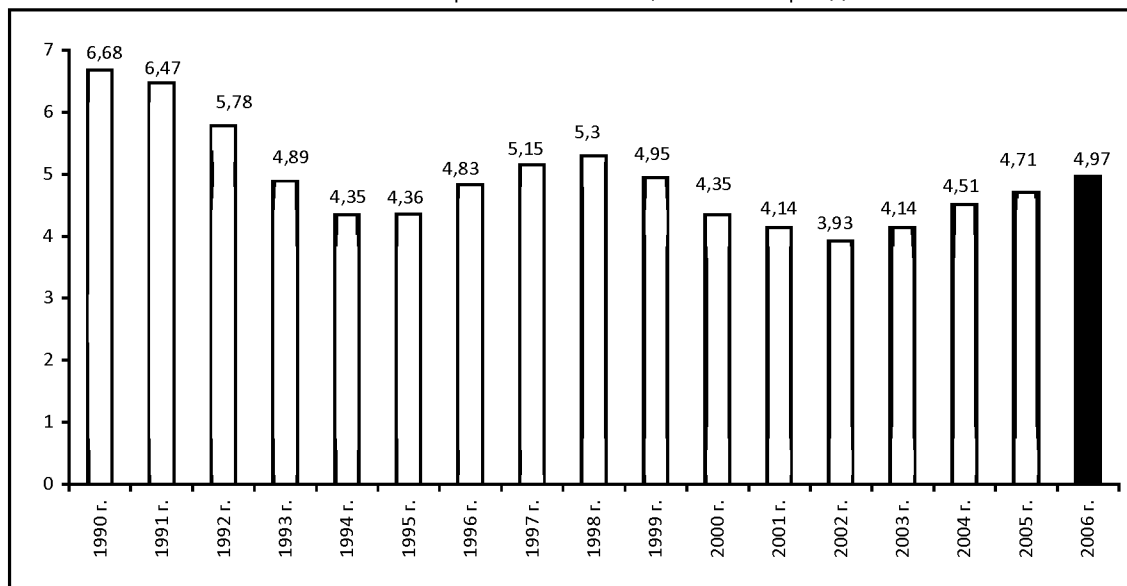


Рисунок 5. Динамика композитного индекса, характеризующего психологическое состояние российского общества за период 1990 – 2006 гг.



В 2006 г. композитный индикатор составил по странам:

Россия — 4,97	Чехия — 6,65
Эстония — 5,20	Финляндия — 6,89
Литва — 5,63	Венгрия — 7,20
Украина — 6,31	Дания — 7,50
Белоруссия — 6,79	

Композитный индекс, характеризующий психологическое состояние российского общества за период 1990 – 2006 гг., в баллах составил: в 1990-м – **6,68**, в 1991-м – **6,47**, в 1992-м – **5,78**, в 1993-м – **4,89**.

Динамика данного индикатора демонстрирует существенную неустойчивость и имеет тенденцию к снижению позитивного психологического состояния населения за последние пятнадцать лет. Двадцатилетние обследования индивидуального здоровья позволили выявить ряд его специальных характеристик⁶.

Во-первых, показатель здоровья имеет устойчивый нисходящий тренд (табл. 3 и 4).

⁶ Сбережение народа / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Наука, 2007. – С. 26.

Таблица 3. Динамика индивидуального здоровья населения Таганрога, в %

Самооценка здоровья	1981 г.	1989 г.	1993 г.	1998 г.
Хорошее и отличное	62,6	47,0	45,4	36,1
Удовлетворительное	24,8	37,8	35,7	44,7
Плохое и очень плохое	12,6	15,2	18,9	19,2
Средняя оценка	3,63	3,39	3,29	3,18
Процент лиц, имеющих хронические заболевания	29,4	43,3	48,0	60,7

Таблица 4. Динамика индивидуального здоровья населения Москвы, в %

Самооценка здоровья	1996 г.	2004 г.
Отличное	8,5	5,0
Хорошее	51,6	30,0
Удовлетворительное	31,3	53,6
Плохое	8,7	11,4

Во-вторых, средняя оценка здоровья населения составляет сегодня в Москве 3,13 балла, а для страны этот показатель⁷ колеблется около 3,2 по 5-балльной шкале.

В-третьих, особую озабоченность вызывает здоровье детей и молодёжи, которое снижается интенсивнее, чем у взрослых. С каждым годом новорожденные приходят в этот мир с меньшим потенциалом здоровья: в 1990 г. родились больными или заболели непосредственно после рождения 14,7%, а в 1995 г. их было 28,5%, в 2000 г. — 38,0, в 2005 г. — 40,7, в 2006 г. — 38,9, в 2008 г. — 37,3%⁸.

На протяжении жизненного цикла интенсивность падения здоровья у детей выше, чем в среднем по всем группам населения, а проблемы заболеваемости в целом вопреки здравому смыслу перемещаются из групп престарелых в группу детей и молодёжи. Здоровье каждого следующего поколения хуже, чем у предшествующего: у наших детей оно хуже, чем у нас, их родителей, а здоровье внуков ещё хуже, чем у наших детей.

⁷ Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения. Основные результаты выборочного обследования. 2008 / ФСГС (Росстат). — М., 2009. — С. 15.

⁸ Дети в России. 2009 / ЮНИСЕФ; ФСГС. — М., 2009. — С. 26.

Дети, рождённые больными, не проходят реабилитации в течение жизненного цикла и, вступая в репродуктивный возраст, воспроизводят большое поколение. С каждым годом репродуктивный потенциал снижается, а общество всё глубже втягивается в некую «социальную воронку» нездоровья. Чтобы выбраться из неё, необходима жизнь не одного поколения. Если не остановить этот негативный процесс, он может оказаться необратимым.

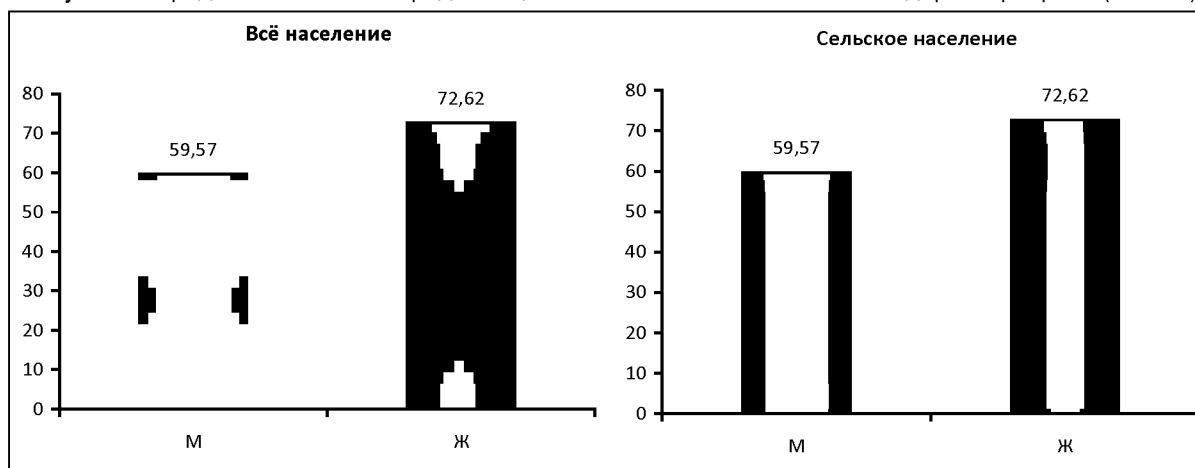
В-четвёртых, социальные условия препятствуют реализации биологических резервов человека, заложенных природой. Они разрушают этот ресурс. Развитие индивида с биологической точки зрения должно продолжаться до 35-летнего возраста, однако в конце 70-х годов XX в. «пик» здоровья отмечался в 25 лет, затем падал и к концу восьмидесятых снизился до 16 лет, а в преддверии нового века человек оставался с тем же потенциалом, с которым он рождался. Социальные факторы вызывают состояние «упущенного» здоровья, а сопоставление реального здоровья и биологического потенциала организма раскрывает возможности общества.

В-пятых, изменение здоровья в течение жизни происходит не плавно, а «ступенчато». Кризисные точки указывают на возрастные группы риска: у женщин резкий спад здоровья относится к 40 годам, а у мужчин — к 50-ти.

В-шестых, был выявлен гендерный парадокс здоровья, состоящий в том, что продолжительность предстоящей жизни у мужчин на 12 — 13 лет меньше (рис. 6), чем у женщин, а индивидуальный потенциал текущего здоровья у них выше в среднем на 10%. Это объясняется биологическими и социальными факторами, что в значительной мере диктует необходимость гендерного характера социально-демографической политики.

Биологические причины сводятся к следующему. Женщина, как хранительница человеческого вида, обеспечивает его био-

Рисунок 6. Продолжительность предстоящей жизни в поселенческом и гендерном разрезе (2007 г.)



логическую устойчивость. Её организм выносливее, она способна к меньшим нагрузкам, но может нести их постоянно и долго. Мужчина обладает экспериментальным организмом и в силу этого менее стабильным. Его более уязвимый организм характеризуется слабым иммунитетом. Мужчина работает интенсивнее, но быстрее выдыхается, он тревожнее и менее устойчив эмоционально, больше подвержен кризам. У него более низкий резерв гормональной системы, что делает его менее защищённым перед стрессом. Для мужчины характерен особый, относительно более высокий уровень обмена веществ, в частности более высокая интенсивность свободнорадикального окисления. С этим связана повышенная опасность возникновения клеточных мутаций. Не случайно то, что гораздо чаще мутации наблюдаются в мужской Y-хромосоме и по мужской линии передаётся в 10 раз больше наследственных заболеваний. На мужчинах природа экспериментирует, не рискуя более ценной для сохранения вида женской особью⁹.

Гендерное воздействие на здоровье имеет и социальные причины. На рынке труда мужчины занимают рабочие места, характе-

ризующиеся большим риском для здоровья, травматизмом, вредными условиями. 37% мужчин работают более 40 часов в неделю. У них в 2-3 раза выше заболеваемость туберкулёзом и в 6–8 раз выше смертность от этой нозологии. Среди мужчин чаще распространены вредные привычки. Более половины мужчин (53,6%) курят, а среди женщин – лишь немногим более четверти (27,2%). Низкое потребление алкоголя характерно только для 39,2% мужчин и 78% женщин. По сравнению с женщинами мужчины в 6–8 раз чаще совершают суицид, а самосохранительное поведение у них развито существенно слабее. Стремясь материально обеспечить семью, они конвертируют своё здоровье в доход, хотя в европейских странах наблюдается противоположная тенденция. Женщины чаще болеют и, как известно, несут две социальные нагрузки – воспитание детей и участие в экономической деятельности. Этим прежде всего и определяется более низкий уровень их текущего здоровья.

Существенное значение имеет репродуктивное здоровье, от которого на самом деле зависит воспроизводственный потенциал населения. Статистика отмечает рост заболеваний, влияющих на репродуктивные функции. Речь идёт в первую очередь о болезнях эндокринной системы, заболеваемость

⁹ Величковский Б.Т. Стратегия охраны здоровья населения России. Патогенетическое обоснование медицинских и социальных приоритетов. – М., 2003. – С. 11.

которыми за период 1992 – 2006 гг. увеличилась в 2 раза, а среди подростков и вовсе в 3,5 раза. Наблюдается низкий уровень здоровья беременных, около 40% которых страдают анемией; растёт заболеваемость ВИЧ у женщин, а также уровень ранних беременностей у несовершеннолетних. В конечном счёте роды лишь менее одной трети ожидающих их женщин проходят в соответствии со стандартами. Следует подчеркнуть, что анемия, как заболевание, возникающее при недостаточном питании, выступает чётким маркером низкого уровня материальной обеспеченности значительных слоёв населения. Это означает, что дети сегодня часто рождаются в негативных условиях.

Продолжает интенсивно снижаться здоровье детей, о чём свидетельствуют специальные наблюдения, проводимые в режиме реального времени с момента рождения ребёнка.

Они позволили получить ряд новых выводов, объясняющих падение здоровья детей и молодёжи, а именно:

- около 40% детей рождаются больными или имеют риск заболеваний непосредственно после родов;
- ухудшение здоровья детей есть непосредственное следствие снижения здоровья женщин;
- происходит постоянное накопление груза патологий в последующих поколениях российского населения;
- формируется порочный круг бедности и болезней детей, прежде всего потому, что примерно половина из них рождается в бедных семьях или имеет риск бедности.

Не случайно всероссийское наблюдение здоровья в 2002 г. констатировало¹⁰: лишь 32% детей здоровы, 16% имеют хронические болезни, 52% страдают функциональными расстройствами. Статистика год от года отмечает ухудшение индикаторов здоровья российских подростков и молодёжи.

¹⁰ Итоги всеобщей диспансеризации детей Российской Федерации. – М.: Минздрав, 2002.

На фоне хронических заболеваний, которые возникают к окончанию школы у 80% подростков¹¹, фиксируются высокие показатели репродуктивной патологии: она выявляется у 60% девушек¹² и у 46% юношей¹³ до 18 лет.

Снижение здоровья с начала 90-х годов, особенно в результате реформ, обозначенных «шоковой терапией», явилось прямым следствием не только катастрофического падения уровня жизни, но и более общих и глубоких социально-демографических процессов. Об этом ярко и убедительно писал Питирим Сорокин, оценивая влияние революции (реформации) на состав населения, его смертность, рождаемость и брачность. В результате реформ возникает радикальная деформация поведения, изменяющая биологический состав населения, уменьшающая его количество и снижающая качество. В конечном счёте проявляется процесс отрицательной селекции населения, осуществляемой «шиворот-навыворот»; ухудшается «биологический наследственный фонд положительных свойств народа», что обуславливает его деградацию и вырождение¹⁴.

Повышение кривой смертности и понижение кривой рождаемости в итоге приводит к уменьшению естественного прироста. А следствием этого неизбежно становится наблюдаемое в течение последнего 20-летия уменьшение численности детей, сопровождаемое ухудшением их здоровья.

Это явление неизбежно и прямым образом вызывает трудности инновационной модернизации экономики и реализации нового технологического уклада, появление которого зависит от величины доли

¹¹ Баранов А.А., Сухарева Л.М. Особенности состояния здоровья современных школьников // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – №6. – С. 23-32.

¹² Итоги всеобщей диспансеризации детей Российской Федерации. – М.: Минздрав, 2002.

¹³ Тарусин Д.И. Эффективная коммуникация – за и против. Консультирование в практике детской андрологии: этика, мораль и закон // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – №4.

¹⁴ Сорокин Питирим. Социология революции. – М.: Территория будущего [и др.], 2005. – С. 183-198.

молодёжи в трудовых ресурсах, поскольку новые технологии устаревают каждые 10 лет, а их усвоение — это удел молодых. В 1995 г. численность детей в возрасте 0 — 17 лет была равна 38015 тыс. человек, а в 2008 г. — 26055 тыс., т.е. уменьшение составило 11960 тыс.¹⁵

2. Факторы и причины нездоровья.

Состояние и динамика здоровья населения России, наблюдаемые в течение двух последних десятилетий, приводят к заключению о наличии драматической ситуации, свидетельствующей об устойчивом негативном тренде, опасность которого состоит в приближении к «точке невозврата» не только в части количественного, что наше население уже прошло, но и качественного воспроизводства, когда трудно развернуть большое общество, а демографические потери приумножаются. Чтобы радикальным образом предотвратить негативные тенденции, необходимо, по крайней мере, знать факторы и причины нездоровья, тщательно их оценивать, чтобы правильно сформулировать меры социальной политики.

Как следует из заключения ВОЗ, здоровье на 50–55% определяется образом жизни человека (населения), на 8–10% — системой существующего здравоохранения, на 20–25% — состоянием окружающей среды, на 15–20% — генетической составляющей. Понятно, что для формулирования социальной политики, направленной на улучшение здоровья граждан, важно прежде всего определить, как структурируются факторы образа жизни (50–55%).

Широкие междисциплинарные исследования, которые позволили выявить детальные причины формирования нездоровья, относящиеся к социально-демографической сфере, показали, что и популяционное, и индивидуальное здоровье регулируются по-разному, несмотря на то, что в конечном счёте все их воздействия оказываются взаимосвязанными.

¹⁵ Дети в России. 2009 / ЮНИСЕФ; ФСГС. — М., 2009. — С. 10.

На макроуровне здоровье определяется общим развитием, экономическим, социальным и политическим потенциалом страны. В качестве наиболее общего индикатора, характеризующего её возможности и мощь, выступает величина валового внутреннего продукта (ВВП) в расчёте на душу населения.

От объёма ВВП зависят:

- экологические условия жизни в стране;
- масштабы, развитость и технологический уровень здравоохранения как отрасли оказания медицинских услуг, включая профилактику;
- условия, уровень, образ и качество жизни населения, распределение валового внутреннего продукта.

Популяционное здоровье находится в органической взаимосвязи с множеством причин формирования индивидуального состояния человека, которые могут быть иерархизированы по масштабу, силе и объекту воздействия. Одни факторы имеют эффект непосредственного влияния, другие оказывают косвенное действие, а третьи играют роль спускового механизма, определяющего процесс во времени. В этих условиях проблема состоит в том, чтобы распознать среди них основополагающие, контролируя которые можно было бы легче устранить или ослабить негативный эффект.

Отправной точкой факторного анализа оказывается диапазон различий в «исходном» потенциале здоровья, детерминированном генетически и проявляющемся в запасе защитных сил организма, степени его сопротивляемости патологическим воздействиям. Факторы обнаруживаются либо как единовременная реакция организма, либо через некоторый промежуток времени, в течение которого могут накапливаться патогенные последствия. Временной лаг зависит, с одной стороны, от природы, продолжительности и интенсивности их воздействия, а с другой — от индивидуальных особенностей организма, запаса его защитных сил.

Множество причин, контролирующих здоровье/нездоровье на микроуровне, интегрируются в три факторных агрегата.

Первый агрегат определяет уязвимость новых поколений, значительная часть которых рождается больными или заболевает непосредственно после прихода в этот мир. В течение жизненного цикла состояние детей не улучшается, доля абсолютно здоровых постоянно уменьшается и среднее образование получает здоровыми менее 10% детей и подростков. Официальная статистика показала, что здоровыми в России являются около одной трети детей, чуть более половины имеют функциональные отклонения, а остальные дети хронически больны. Два главных обстоятельства социально-экономического характера определяют этот процесс падения здоровья детей и подростков.

Одно из них связано с состоянием беременных и кормящих матерей, до 40% которых страдают анемией. При этом менее половины младенцев вскармливается грудным молоком¹⁶. На 1000 детей, достигших одного года, в 2008 г. было зарегистрировано 2,5 тыс. заболеваний. В возрасте от 0 до 14 лет зафиксировано 38,3 млн. больных с впервые установленным диагнозом, в числе которых около десяти процентов страдали анемией; доля таких детей возрастала с течением времени и за период с 1995 по 2008 г. увеличилась почти в 2 раза¹⁷.

Хотя заболеваемость подростков и молодёжи (в возрасте 15 – 17 лет) несколько снижается, но всё-таки остаётся весьма высокой. В 2008 г. для группы детей в возрасте 0 – 14 лет на 100 тыс. соответствующего возраста приходилось 182,7 тыс. больных; в возрасте 15 – 17 лет этот показатель уменьшился до 124,9 тыс. на 100 тыс. детей. Однако уровень заболеваемости анемией за период с 1995 до 2008 г. вырос в 3,4 раза¹⁸, и эта нозология является важным маркером низкого уровня материальной обеспеченности соответствующих групп населения.

¹⁶ Там же – С. 25-26.

¹⁷ Там же. – С. 28.

¹⁸ Там же. – С. 38-39.

Второе обстоятельство связано с относительно низким уровнем жизни семей с детьми, особенно при наличии не одного, а двух – трёх детей. Половина домохозяйств, в которых рождаются дети, располагают доходами ниже или около прожиточного минимума, т.е. являются бедными или имеют существенный риск бедности. Об этом свидетельствуют данные официального обследования семей – НОБУС. Среди тех, кто имеет относительно благополучное материальное положение, женщин с «отличным» здоровьем в 2,6 раза больше, чем в такой группе, которая ограничивает себя даже в покупке продуктов питания. А состояние женщины в детородном возрасте – это главный фактор, обуславливающий здоровье новорожденного. В общей численности малоимущего населения в 2008 г. более чем 1/5 (22,3%) составляли дети в возрасте до 16 лет¹⁹.

Второй агрегат факторов связан с потерей эффективной мотивации к тому, чтобы высокопроизводительным трудом обеспечить достойное существование себе и своей семье. Такой труд, с одной стороны, требует большого волевого усилия работника, а с другой – законодательно установленного минимального размера оплаты труда не ниже прожиточного минимума²⁰. В условиях господствующих в России гендерных стереотипов патриархального характера, когда мужчина выполняет роль добытчика, падение трудовой мотивации в первую очередь негативно воздействует на него. Отсюда и возникновение эффекта сверхсмертности мужчин в период реформ, направленных на создание рыночной экономики.

Известно, что сегодня минимальная заработная плата в России в 5–7 раз ниже, чем в Европе, и в 10 раз ниже, чем в США. Это приводит к сверхзанятости работника, который готов конвертировать своё здоровье

¹⁹ Там же. – С. 80.

²⁰ Величковский Б.Т. Стратегия охраны здоровья населения России. Патогенетическое обоснование медицинских и социальных приоритетов. – М., 2003. – С. 14.

в заработок, вместо того чтобы трансформировать доход в улучшение личного здоровья.

Разумеется, при этом в равной мере негативно воздействуют три обстоятельства: низкий уровень оплаты труда, безработица и снижение семейных доходов в целом. Складывающаяся таким образом бедность населения вызывает целый комплекс биологических явлений, начиная с затяжного эмоционального стресса, повышенной тревожности, уменьшающих сопротивляемость организма патологическим воздействиям, а в конечном счёте приводящих к срыву динамического стереотипа высшей нервной деятельности. При ухудшении условий существования человека повышается интенсивность окислительного обмена, необходимого для энергетического обеспечения жизнедеятельности организма в изменившейся среде. А это, в свою очередь, увеличивает образование свободных радикалов и окислительные повреждения ими ДНК, что ведёт к инфарктам, инсультам, злокачественным образованиям, диабету и гепатитам.

Бедность тройным образом усугубляет ситуацию со здоровьем отдельных групп и слоёв общества, а именно:

- малообеспеченность имеет плохую «социальную наследственность», т.к. бедные воспроизводят бедных;
- условия жизни в бедности кумулятивно воздействуют на здоровье, ухудшая его потенциал в контексте наследственности;
- находясь за границей бедности, населению сложно воспользоваться медицинскими услугами, которые сегодня имеют преимущественно платный характер.

Не меньшее негативное влияние на состояние здоровья населения оказывает сложившаяся в России чрезвычайно высокая социальная поляризация. Это явление оказывает негативное воздействие как на микро-, так и на макроуровне. Эксперты ООН сравнили развитие населения Бразилии, Венесуэлы и Тайланда. Первые две страны достигли относительно лучших

экономических показателей и более высоких средних доходов на душу населения при более существенной дифференциации. В Тайланде, где экономические показатели оказались скромнее, но распределение доходов было более равномерным, увеличение ожидаемой продолжительности жизни и переход к современному типу воспроизводства населения происходил быстрее²¹.

Социальное неравенство в России как результат существующей в обществе системы распределительных отношений действует на здоровье населения по следующим направлениям. Во-первых, интенсивное вхождение страны в состояние поляризации вызывает массовую фрустрацию населения, продолжительный стресс и слом динамического стереотипа высшей нервной деятельности. Во-вторых, неравенство создаёт напряжение в обществе, вызывает проявления агрессии, отчаяния и безнадёжности, обуславливающие разные формы социального нездоровья, например, такие, как алкоголизм и наркомания, играющие вторичную роль в реакции на весь круг обстоятельств, в которых оказывается человек. В-третьих, расслоение в обществе ведёт к маргинализации отдельных групп населения с выделением нищих, бомжей, беспризорных детей, проституток, в наибольшей степени подверженных болезням социальной этиологии (резистентная форма туберкулёза, все формы гепатита, сифилис, ВИЧ-инфекция).

Третий агрегат факторов здоровья базируется на низкой оценке человеческой жизни, что отчасти вызвано воздействием пришедшей в Россию теории «экономически эффективного населения». Главным становится не человек, а экономический рост, определяющий все аспекты социальной политики, включая интенсивность, масштабы и направления модернизации здравоохранения. На микроуровне этот комплекс связан с внешними

²¹ Алексеев С.В., Янушанец О.И., Баранов Г.М. Народонаселение. Роль демографических процессов в экологии человека. – М., 2001. – С. 207-230.

условиями, в значительной мере детерминирующими образ жизни. Обобщающим фактором становится уровень самосохранительного поведения, который имеет две экстремальные точки: витальное (позитивное) и патогенное (разрушительное). Одно из них способствует укреплению здоровья, а другое, связанное прежде всего с вредными привычками, разрушает его.

Особое место в третьем комплексе факторов принадлежит жилищным условиям в широком смысле слова. С одной стороны, большое внимание уделяется качеству жилища, определяемому его типом, плотностью заселения, изолированностью и т.д. С другой — сюда включаются все характеристики инфраструктурного характера, в том числе транспортные условия, развитость предприятий торговли и бытового обслуживания, обустроенность территории.

Не меньшее значение имеет и состояние здравоохранения, маркетизация которого привела к его разрушению как системы и к неспособности эффективно выполнять свои задачи, т.к. организаторы здравоохранения связывают их прежде всего с расширением финансовых потоков и управлением ими.

3. Пути и методы радикального изменения негативного тренда здоровья в современной России.

Традиционно здоровье населения подменяется состоянием и развитием здравоохранения, что даже отчасти неправильно и вводит в заблуждение при определении приоритетов социальной политики. Количество врачей и больничных коек, а также уровень медицинских технологий, разумеется, влияют на здоровье, но совсем на другом этапе и лишь тогда, когда оно уже целиком или частично потеряно. В противном случае приоритеты социальной политики будут носить ложный характер, а ресурсы, направляемые в сферу медицинских услуг, использоваться не эффективно.

Три комплекса рассмотренных выше социально-экономических факторов показывают, что в основе каждого из них лежат в первую очередь материальная обеспеченность населения, реальные масштабы бедности и социальной поляризации. Устойчивый негативный тренд состояния и динамики здоровья, наблюдаемый сегодня в России, отнюдь не случаен, о чём свидетельствуют данные, касающиеся жизненного уровня населения:

- четверть работающих получают зарплаток ниже прожиточного минимума, который фактически сформирован на биологическом уровне;
- две трети работников не могут обеспечить своим заработком воспроизводство себя и своего (одного) ребёнка, настолько он низок;
- вопреки утверждениям официальной статистики доля семей, находящихся за границей бедности, т. е. с доходами ниже прожиточного минимума, составляет более 30%, и такие семьи не имеют возможности удовлетворять социальные потребности;
- несмотря на кризисное состояние экономики, продолжает возрастать социальная поляризация, достигшая размеров 1:17 по соотношению доходов 10 процентов наименее обеспеченных и богатых;
- доля бедных слоёв населения и неравенство доходов усиливаются громадными различиями в жилищных условиях, складывающимися, с одной стороны, в мегаполисах, а с другой — в сёлах и малых городах.

Решающее значение для преодоления в стране негативного тренда имеет не столько экономический рост с удвоением или утроением ВВП, сколько существенная реструктуризация распределительных процессов, которая позволит решить ряд важнейших социально-экономических задач, в конечном счёте определяющих здоровье населения. Среди них выделим прежде всего два важнейших направления:

- существенное (по крайней мере, удвоение) повышение прожиточного минимума как главного социального стандарта, гарантируемого государством не на словах, а на деле каждому (!) гражданину, что существенно изменит границу бедности в стране и приблизит её к тому, что принято сегодня в странах Европы;

- соответствующий (в разы) рост минимальной оплаты труда, гарантируемой государством каждому работнику.

Реализация этих условий усилит трудовую мотивацию и улучшит все определяющие доход семьи факторы, включающие удовлетворение комплекса базовых потребностей человека. Одновременно фактически снизится бедность в стране, а также чудовищное неравенство в доходах и оплате труда. А без этого не только трудно, но и бессмысленно говорить об улучшении здоровья населения, снижении смертности и повышении продолжительности жизни.

Без изменения перераспределительных механизмов в пользу малообеспеченных невозможно разрушить негативный тренд здоровья в современной России, и чем дольше мы будем откладывать начало этого процесса, тем большей численностью граждан страны заплатим за это. Как уже было в 90-х годах прошлого века.

Радикальное изменение тренда здоровья в современной России возможно лишь

на базе формирования Программы здорового человека, подобной, например, действующей в Японии Программе умного человека. И не надо никого пугать ростом инфляции, а также разбалансированностью макроэкономических показателей, потому что, во-первых, не страшно; во-вторых, нет ничего страшнее гибели и существенного уменьшения численности населения страны; в-третьих, речь должна идти не о средних показателях, не имеющих смысла при существующей дифференциации доходов, а о характере распределения. Не раз уже было опубликовано, что в России разработаны и экспериментально проверены методы использования механизмов перераспределения, которые давно применяются в странах ЕС и в США и касаются системы оплаты труда, налогов, а также расширения комплекса социального страхования.

Нужны политическая воля и признание не на словах, а на деле приоритета жизни и здоровья человека. Экспериментальные расчёты показали, что при увеличении прожиточного минимума в два раза, росте минимальной оплаты труда в 6,9 раза, а средней заработной платы – в 3,2 раза дифференциация заработков снизится в два раза, средний доход возрастёт в 3,5 раза, а неравенство доходов уменьшится на треть.