

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
ТЕРРИТОРИЙ РАН



А.А. ШАБУНОВА

**ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ:
СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА**

ВОЛОГДА • 2010

УДК 338.46:614.2

ББК 65.495

Ш13

Печатается по решению
Ученого совета ИСЭРТ РАН

Шабунова, А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика:
монография [Текст] / А.А. Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.

В монографии на широком фактическом материале анализируется здоровье населения современной России на макро- и микроуровне. Изучение индивидуального здоровья базируется на данных оригинальных исследований, проведенных в Вологодской области, в том числе уникального для России панельного мониторинга здоровья и развития детей в формате реального времени. Выявлены основные проблемы в сфере охраны и укрепления здоровья населения и обоснованы стратегические направления их решения.

Книга будет интересна работникам сферы управления здравоохранением, образованием, социальной защитой, молодежной политики, научным работникам, преподавателям высших учебных заведений и студентам, а также широкому кругу читателей, кому не безразличны здоровье и судьба русского народа.

Рецензенты:

доктор экономических наук В.Г. Доброхлеб

доктор экономических наук И.Б. Назарова

ISBN 978-5-93299-161-9

© Шабунова А.А., 2010

© ИСЭРТ РАН, 2010

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>От автора</i>	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ	9
1.1. Понятие, сущность, тенденции общественного и индивидуального здоровья	9
1.2. Общественное здоровье и социально-экономическое развитие	27
1.3. Методологические подходы к изучению здоровья	45
ГЛАВА 2. ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ: ТЕНДЕНЦИИ И ФАКТОРЫ	67
2.1. Изменение общественного здоровья населения России.....	67
2.2. Региональные особенности общественного и индивидуального здоровья	82
2.3. Факторы, детерминирующие здоровье населения	104
ГЛАВА 3. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ	134
3.1. Репродуктивный потенциал населения: понятие, структура, состояние.....	134
3.2. Репродуктивное здоровье населения	154
3.3. Репродуктивное поведение населения как фактор репродуктивного потенциала	171

ГЛАВА 4. ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ – ОСНОВА КАЧЕСТВА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА	191
4.1. Состояние и тенденции здоровья детского населения	191
4.2. Факторы, определяющие здоровье детей в младенчестве и раннем детстве	207
4.3. Формирование здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте: анализ и оценка факторов	224
ГЛАВА 5. ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЯ	243
5.1. Оценка взаимосвязи организации здравоохранения и общественного здоровья	243
5.2. Социально-экономические факторы доступности медицинской помощи для населения	264
5.3. Вклад отдельных компонентов образа жизни в здоровье населения	283
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	301
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	317
ПРИЛОЖЕНИЯ	342

ОТ АВТОРА



Монография основана на данных исследований, в том числе проведенных автором или при его участии, и официальной статистики.

Искренне благодарю сотрудников Института социально-экономического развития территорий РАН, оказавших поддержку и содействие в работе, и лично его директора заслуженного деятеля науки РФ, доктора экономических наук, профессора В.А. Ильина.

Особая признательность – моему научному консультанту члену-корреспонденту РАН, советнику РАН Наталии Михайловне Римашевской, сотрудникам Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, чей интерес к представленным исследованиям был неформальным, а замечания и советы – весьма важными.

Выражаю глубокую признательность за всемерное содействие проводимым исследованиям ведущим специалистам Департамента здравоохранения Вологодской области – заместителю начальника департамента кандидату медицинских наук Дуганову Михаилу Давидовичу, заместителю начальника кандидату медицинских наук Короленко Наталье Александровне, начальнику отдела охраны материнства и детства Вологдиной Елене Леонидовне. А также педиатрам, помогавшим в осуществлении мониторинга формирования здоровья и развития детей.

Большое спасибо всем, кто участвовал в проведении исследований, без чьей поддержки и помощи работа над книгой была бы невозможна.

ВВЕДЕНИЕ

Конец XX – начало XXI века в России характеризуется устойчивой убылью населения и ухудшением показателей здоровья. За период с 1992 по 2008 г. естественная убыль составила 12,5 млн. человек. Ожидаемая продолжительность жизни населения снизилась с 69,19 в 1990 г. до 64,8 года в 2003 г. Несмотря на некоторый рост к 2008 г. (67,8 года), ее уровень, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, сопоставим с уровнем бедных стран Африки. Разрыв в показателях продолжительности жизни женщин и мужчин достиг чрезвычайно высокой величины – 13 лет. В трудоспособном возрасте умирает каждый десятый мужчина. Большинство смертей обусловлено низким уровнем здоровья, поэтому снижение смертности невозможно без его всемерного укрепления.

Значимость здоровья населения не ограничивается только его демографической ролью – снижением числа умерших и неродившихся [252, с. 4-10].

Здоровье – это важнейшая характеристика человеческого и трудового потенциала, человеческого капитала. Экспертами ВОЗ доказано, что улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведет к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта [388, с. 138].

С каждой ступенью развития человеческой цивилизации усиливается взаимозависимость общества и индивида, в том числе и в плане здоровья. Реализация людьми общественных интересов, выполнение социальных задач во многом определяются состоянием их индивидуального здоровья. В свою очередь, состояние здоровья индивидов напрямую зависит от того, насколько здорово само общество. Такая взаимозависимость позволяет говорить о здоровье как о социальном феномене.

Поэтому забота об укреплении здоровья населения является важнейшей задачей государства и общества. Приоритетность здоровья обуславливает необходимость его глубокого изучения, понимания причин и факторов его изменения.

При рассмотрении состояния, изменений здоровья с учетом причин и факторов, определяющих его, важно понимать, что существуют два уровня здоровья: общественное и индивидуальное. Общественное, или популяционное, здоровье отражает общие тренды в изменении здоровья населения страны, региона, населенного пункта. Индивидуальное здоровье – здоровье конкретных людей.

Изучение общественного здоровья базируется на анализе статистических показателей, таких как ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, рождаемость и смертность населения, заболеваемость и инвалидизация. Для характеристики индивидуального здоровья наряду с использованием медицинских показателей возможно учитывать данные социологических исследований, которые проводятся с охватом населения как нескольких регионов страны, так и отдельных типовых регионов с последующим распространением выводов на популяцию в целом.

Социологические исследования, составившие эмпирическую базу работы, осуществлялись на территории Вологодской области. Данный регион является во многом типичным для Российской Федерации, имеющим сходные со страной в целом структуру населения и характеристики демографических процессов, тенденции в динамике заболеваемости и инвалидизации населения, а также характеристики работы служб здравоохранения. Это позволяет, опираясь на данные анализа, делать обобщенные выводы и рекомендации.

Исходя из определения здоровья, данного Всемирной организацией здравоохранения, выделяют три его компонента:

- 1) биологическое (физическое) здоровье: совершенство саморегуляции в организме и максимальная адаптация к окружающей среде;
- 2) психическое здоровье: состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию;
- 3) социальное здоровье: система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе, мера его социальной активности, трудоспособности как форма деятельного отношения к миру.

На наш взгляд, психическое и социальное здоровье очень близки и взаимозависимы, поэтому при изучении компонентов здоровья могут быть рассмотрены в едином ключе.

Однако изучение здоровья будет неполным, если не учесть такие важные его компоненты, как репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал. Понимая под репродуктивным здоровьем не только возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни, но и способность к воспроизведению – рождению здоровых детей, мы замыкаем

цикл формирования здоровья. Цепочка «здоровые родители – здоровый ребенок – здоровый подросток – здоровый родитель» подчеркивает важность здоровья на всех этапах репродуктивного цикла, в рамках которого здоровье детей становится важнейшей составляющей. Поскольку важные для здоровья людей в их взрослой жизни основы закладываются и предопределяются генетическими характеристиками, унаследованными от родителей и затем приобретенными в пренатальном периоде и в раннем детском возрасте.

Здоровье населения можно рассматривать как индикатор изменений, происходящих в обществе, определяющем среду его формирования. Поэтому мы вправе предположить, что здоровье и демографическое развитие государства в благоприятный период его развития также будут иметь положительные тренды.

В последние годы проблема необходимости улучшения здоровья обсуждается в России на различных уровнях власти. Неоднократно в посланиях Президента РФ Федеральному Собранию декларировался приоритет развития здравоохранения, образования и культуры [217]. С 2005 года осуществляется приоритетный национальный проект «Здоровье». В обращении Президента РФ «Россия, вперед!» [176] в числе стратегических задач государства обозначены улучшение демографической ситуации и повышение качества медицинского обслуживания. В июне 2009 г. пропаганда и развитие здорового образа жизни населения и борьба с табакокурением были в числе важных тем, обсуждавшихся генеральным директором Всемирной организации здравоохранения и премьер-министром РФ.

Принят ряд стратегических документов, определяющих векторы дальнейшего социального развития страны, в том числе сохранения народонаселения и улучшения общественного здоровья: Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. [144], Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [296], разработана и направлена в Правительство РФ Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г. [145] и др.

Действенность принятых мер можно оценить с помощью анализа динамики демографического развития и здоровья населения России в 2000 – 2008 гг. Это актуализирует исследование тенденций в здоровье населения, результаты которого помогут понять и изменить ситуацию.

ГЛАВА 1

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Понятие, сущность, тенденции общественного и индивидуального здоровья

Важным критерием функционирования и развития страны (государства) является качество народонаселения, которое неразрывно связано с категорией «здоровье». Здоровье населения – комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу, отражает уровень его экономического и культурного развития, состояние медицинской помощи, находясь в то же время под воздействием традиций, исторических, этнографических и природно-климатических условий. Можно сказать, что это интегральный показатель качества жизни в объективных ее проявлениях.

Вопрос о сущности и значимости здоровья всегда был центральной методологической проблемой многих наук. Без осмысления понятия «здоровье» невозможно сущностное понимание ценностных ориентаций как медицины, которая призвана служить людям, обеспечивая возможности самой жизни в наиболее приемлемых для человека формах, так и самих людей. А также места и роли государства и общества в создании условий, благоприятных для жизни и здоровья людей.

Здоровье издревле является главной жизненной ценностью человека, основой гармоничного развития личности и величайшим благом. В современном обществе «максимально достижимый уровень здоровья» признается одним из неотъемлемых прав человека и народа, выступает как важнейшее условие и средство, как одна из конечных целей общественного развития. Наоборот, низкий уровень здоровья населения ассоциируется с прямой угрозой национальной безопасности любого государства, с препятствием его социально-экономическому прогрессу [195, с. 121].

В связи с большой значимостью для развития государства и общества здоровье является объектом изучения многих наук. Каждая конкретная научная дисциплина, исходя из своих интересов и намеченных задач, определяет свой круг вопросов в этом общем объекте познания.

Здоровье имеет множество аспектов, выступающих в качестве предмета специальных наук. И для того чтобы создать единую целостную картину, необходимо связать, объединить те фрагменты научного познания, которые вырабатываются отдельными науками, изучающими здоровье [266, с. 51].

Демография изучает закономерности рождаемости, смертности, воспроизводства населения во взаимосвязи с демографическими факторами, такими как семейное состояние населения, демографическая структура, условия и образ жизни, демографическое поведение. В область медико-демографических исследований входит изучение ситуации, сложившейся и на индивидуальном (локальном), и на популяционном уровнях, проведение анализа современных тенденций медико-демографических процессов и определяющих их факторов [115, с. 110].

Здоровье населения служит объектом исследования экономических наук, поскольку оказывает огромное влияние на развитие экономики, науки и культуры, на все социальные процессы в обществе. В последнее время значительно возросло число исследований, в которых рассматриваются экономические аспекты здоровья человека. Ученые отмечают, что «здоровье – не просто благо, это один из экономических ресурсов общества» [327, с. 8], так как оно прямо или косвенно влияет на рост производительности труда и развитие экономики, общественной жизни. Увеличение эффективности производства, изыскание резервов повышения производительности труда, рост фондоотдачи, снижение себестоимости продукции и повышение ее качества и тем самым уменьшение затрат общественного труда – все это лежит в основе анализа «социально-экономического здоровья» [47, с. 145-153; 69, с. 6-7; 122, с. 101-119].

Признание теории «человеческого капитала» [344; 345; 383, с. 639-551] и ее дальнейшее развитие позволяют говорить о здоровье как об экономической категории. Выделяется понятие «капитал здоровья» – инвестиции в человека, осуществляемые с целью формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности. Капитал здоровья является несущей конструкцией, основой человеческого капитала в целом [124, с. 30, 217].

Обобщение современных представлений о здоровье, получаемых из различных отраслей знаний, дает возможность сформировать его

структуру, выделив составные части: духовно-нравственный компонент, биологический, социальный, интеллектуальный, эмоциональный, репродуктивный, физический, экономический и др. (табл. 1.1). Все компоненты взаимосвязаны.

Таблица 1.1. **Обобщенное представление понятия «здоровье» на основе различных компонентов**
(по В.Н. Максимовой [212, с. 47], с нашими дополнениями)

Компонент	Характеристика составляющих здоровья
Биологический*	Биологическое благополучие – нормальная (непатологическая) наследственность, полноценная деятельность органов и всего организма.
Демографический*	Сбалансированность основных характеристик населения в целом и отдельных этнических групп – численности, рождаемости, смертности, плотности, при учете общей заболеваемости и инвалидности.
Экологический*	Отношения в системе «человек – общество – окружающая среда», характеризующие действие адаптационных и дезадаптационных факторов по отношению к организму.
Физический (соматический)	Естественное состояние организма, когда все показатели деятельности органов и систем соответствуют норме, позволяющей вести адекватную трудовую деятельность, не препятствуют активной социальной позиции.
Репродуктивный	Способность к продлению рода, к рождению здоровых детей.
Психический (личностный)	Способность осознавать себя личностью, адекватной своему биологическому возрасту и полу; состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности.
Эмоциональный	Способность противостоять стрессам, адекватно оценивать эмоции окружающих, проявлять свои эмоции и управлять ими. Эмоциональная составляющая здоровья оказывает влияние на все остальные его компоненты.
Духовно-нравственный	Прежде всего, это сила духа человека и иерархия его жизненных ценностей, на основе которой формируется индивидуальная программа жизнедеятельности.
Социальный	Способность к адаптации и высокая степень адаптивности в жизни и социуме. Социальное здоровье человека определяется и его социальной активностью, профессиональным движением, высокой коммуникативностью, широким кругом общения, наличием взаимопонимания, социально-психологической поддержки.
Когнитивный (интеллектуальный)	Способность мыслить позитивно и оперативно, принимать адекватные решения, уметь выделять главное, находить недостающую информацию.
Культурологический*	Состояние, обеспечивающее усвоение опыта по сохранению здоровья и ведению здорового образа жизни на базе общечеловеческой, государственной, региональной и национальной культуры, основанное на осознании принадлежности человека к определенной культуре, принятии ее ценностей как своих и выборе образа жизни.
Экономический	Крепкое здоровье содействует росту производительности труда. Производительный труд способствует экономическому благополучию государства, семьи, отдельного человека в условиях стабильной обеспеченности трудовыми ресурсами, определяющей финансовые показатели.
Примечание. Категории, обозначенные звездочкой, добавлены нами.	

Здоровье – это комплексное и вместе с тем целостное многомерное динамическое состояние, развивающееся в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды, позволяющее человеку в той или иной степени осуществлять его

биологические и социальные функции. Для решения как практических, так и теоретических вопросов здоровья в любой области знаний важнейшее значение имеет определение самого здоровья.

Многие подходы к определению здоровья декларативны; часто определяют, каким оно должно быть, а не то, чем на самом деле является здоровье. Для понимания этой категории выделим следующие аксиоматические положения, характеризующие ее:

- здоровье – способность человека к самосохранению и увеличению жизненных сил, а также способность улучшать возможности, свойства и способности своего организма;

- здоровье – способность противостоять повреждениям, болезням и другим формам деградации, оно находится в зависимости от здоровья окружающих людей;

- здоровье – область человеческой культуры и способность производить, поддерживать и сохранять себе подобных, а также культурные, духовные и материальные ценности;

- здоровье – результат собственной деятельности и способность увеличивать длительность полноценной жизнедеятельности;

- здоровье – способность созидать адекватное самосознание, морально-этическое отношение к себе, своему окружению и будущим поколениям через систему воспитательно-образовательных учреждений;

- здоровье – уровень адаптационных возможностей организма и способность приспосабливаться к среде обитания, к своим возможностям, сохраняя для себя искусственную и естественную среду обитания.

В современной литературе существует много определений и подходов к понятию «здоровье», каждое из них апеллирует к какому-либо одному или нескольким видам здоровья:

- Н.Е. Sigerist, известный швейцарский историк медицины, рассматривая здоровье как ненарушаемый ритм жизни, пишет: «Каждый из нас живет в определенном ритме жизни, зависящем от природы, культуры и привычек. Наша работа, отдых, сон и бодрствование подчиняются суточному ритму. Этот сложившийся ритм есть здоровье. Нездоровье же грубо нарушает сложившуюся структуру ритма» [384].

- В.А. Фролов [303, с. 33-40] предлагает следующее определение здоровья населения: это статическое состояние, характеризующееся комплексом демографических показателей – рождаемостью, смертностью, средней продолжительностью жизни, а также некоторыми другими социально-биологическими показателями.

- Ю.П. Лисицын [160, с. 57] характеризует общественное здоровье как здоровье групп (половых, возрастных, профессиональных, социальных) населения, проживающего на определенной территории, в различных странах и регионах; результат социально опосредованных действий, проявляющихся через образ жизни человека, группы людей.

- В.П. Казначеев [125] трактует здоровье популяции как процесс (динамическое состояние) сохранения и развития биологических, физиологических и психических функций, оптимальной трудоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности жизни; процесс социально-исторического развития психосоциальной и биологической жизнедеятельности населения в ряду поколений, повышение трудоспособности и производительности общественного труда, совершенствование психофизиологических возможностей человека.

- И.И. Брехман [34; 35, с. 34] понимает здоровье как способность, соответствующую возрасту, устойчивость в условиях резких изменений качественных и количественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации.

- В.А. Лищук, Е.В. Мосткова [168] определяют здоровье как способность жизни сохранять и развивать себя и среду своего обитания.

В других многочисленных определениях в качестве основных признаков здоровья используются: 1) отсутствие болезни; 2) нормальное состояние организма; 3) динамическое равновесие организма и среды; 4) способность к полноценному выполнению социальных функций; 5) полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие организма; 6) способность приспосабливаться к динамическим условиям окружающей среды; 7) жизнеспособность как интегральный показатель жизнедеятельности, т.е. осуществление биологических и социальных функций и пр.

Обобщая доступные в литературе определения здоровья, П.А. Калью предложил следующее объединенное определение: «1 – нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальное течение физических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству; 2 – динамическое равновесие организма и его функций и факторов окружающей среды; 3 – способность к полноценному выполнению основных функций, участие в социальной деятельности и общественно полезном труде; 4 – способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде, поддерживать постоянство внутренней среды организма, обеспечивая нормальную и разностороннюю жизнедеятельность;

5 – отсутствие болезни, болезненных состояний либо болезненных изменений; 6 – полное физическое и духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие физических и духовных сил организма, принцип его единства, саморегуляции и гармонического взаимодействия всех органов» [128, с. 33-35].

На основе данного определения ученый сформировал 5 концептуальных моделей определения здоровья: медицинскую, биомедицинскую, биосоциальную, ценностно-социальную, интегрированную модель, в последней собраны все определения здоровья, содержащие несколько признаков.

Согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием физических дефектов и болезней. При этом «благополучие – динамическое состояние ума, характеризующееся некоторой психической гармонией между способностями, потребностями и ожиданиями работающего и теми требованиями и возможностями, которые предъявляет и предоставляет окружающая среда» [55]. Что соответствует интегрированной модели в понимании П. Калью – более полной, в отличие от биомедицинской модели, поскольку здоровье объясняется как состояние полного психического, физического и социального благополучия, а объектом здравоохранения становится не только человек, но и население в целом.

Все представленные выше определения, включая определение ВОЗ, характеризуют в большей степени индивидуальное здоровье, то есть качественную характеристику состояния человека, обеспечивающую достижение чувства полноты жизни и максимально возможный для него вклад в человеческую культуру.

Индивидуальное здоровье отдельного человека в значительной степени обусловлено влиянием эндогенных факторов и зависит от влияния случайных внешних процессов и явлений. Параметры индивидуального здоровья не могут служить основанием для принятия решений, направленных на оптимизацию условий жизни больших групп населения.

Для характеристики здоровья населения, проживающего на какой-либо территории, либо сформированной по другим признакам большой группы населения используется понятие «общественное (или популяционное) здоровье» [191, 274, 335].

В современной литературе понятие «общественное здоровье» рассматривается, по меньшей мере, в двух аспектах. С одной стороны, общественное здоровье как система (public health as system) – это система научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского

и немедицинского характера, деятельность которой направлена на реализацию концепции охраны и укрепления здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности.

С другой стороны, общественное здоровье как ресурс (public health as resource) – это медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности страны [126, с. 7-9].

Ю.П. Лисицын, изучавший общественное здоровье много лет, определяет его следующим образом: это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов окружающей среды, оцениваемое социально-экономическими, демографическими показателями, характеристиками физического развития, заболеваемости и инвалидности при определяющем значении экономического и политического строя, зависящем от условий общественной жизни.

В этом определении широко представлены факторы, влияющие на формирование общественного здоровья, показатели для его измерения, однако автор недостаточно четко очерчивает само понятие. Кроме того, исходя из данного определения, трудно выделить главные индикаторы, характеризующие популяционное здоровье.

Другие авторы, определяя общественное здоровье, указывают, что это такое состояние, качество общества, которое обеспечивает условия для образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими и психическими расстройствами, т.е. такое состояние, когда обеспечивается формирование здорового образа жизни [163].

Такого рода определения не учитывают динамику общественного здоровья, акцентируют внимание на его статическом состоянии и в большей степени апеллируют к формированию здорового образа жизни, не определяя четко его измерителей.

А.И. Вялков и И.А. Гундаров понимают под общественным здоровьем способность населения обеспечивать воспроизводство полноценного потомства, необходимую продолжительность жизни и адекватную трудовую активность. Обсуждая сущность понятия, авторы отмечают, что общество есть множество отдельных индивидов, которые в то же время находятся во взаимодействии между собой, образуя социальное целое. Поэтому, с одной стороны, общество не может быть здоровым, если все его граждане по отдельности больны. С другой стороны, даже если все граждане по отдельности здоровы, общество может оказаться больным как социальный организм, когда повреждены внутренние системные зависимости, объединяющие людей в единое целое. Например, если

население страны состоит на 70% из женщин и на 30% из мужчин и все они здоровы, тем не менее такая гендерная структура есть признак репродуктивного нездоровья, лишаящего народ возможности выжить [58, с. 5-9].

Предложенная трактовка понятия более лаконична и конкретна. Авторы выделяют три главные составляющие общественного здоровья, предполагая их динамическое развитие, однако намеренно не включают в определение основные факторы, влияющие на формирование и изменение общественного здоровья.

Н.М. Римашевская подчеркивает, что общественное здоровье существенным образом определяет характер всех демографических процессов в стране не только в части смертности и продолжительности предстоящей жизни, но в не меньшей степени от него зависит уровень брачности, рождаемости и детности, а также качество и количество приходящих в эту жизнь новых поколений. Сложившееся в России общественное здоровье всех групп и когорт формирует и настоящее, и будущее качество людских ресурсов по его основным компонентам [117, с. 36].

Обобщая определения общественного здоровья, представим свой взгляд на эту категорию.

Общественное здоровье – свойство населения определенной территории, обеспечивающее демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность, формирующееся при комплексном воздействии биологических, социально-экономических, социокультурных и экологических факторов.

Переходя к вопросу об измерении здоровья, отметим, что до сих пор не существует единого, общепризнанного «измерителя» здоровья, хотя имеется множество подходов к построению интегрального индекса здоровья [102, с. 300, 311]. В зависимости от направлений исследования выделяют и различные подходы к оценке здоровья.

По мнению Н.М. Римашевской, с методологической точки зрения здоровье следует оценивать на двух уровнях, которые органически взаимосвязаны между собой, но имеют самостоятельные обозначения. Один из них – макроуровень с оценкой популяционного здоровья, другой – микроуровень, отражающий индивидуальные характеристики. Выделение двух уровней изучения принципиально, поскольку они имеют различные индикаторы и объект исследования, изменяются вследствие воздействия различных факторов [117, с. 36].

Обобщая показатели измерения здоровья на разных уровнях, В.В. Окрепилов [203, с. 67] констатирует, что для оценки индивидуального здоровья используется ряд весьма условных показателей, таких как ресурсы здоровья, потенциал здоровья и баланс здоровья.

Ресурсы здоровья – это морально-функциональные и психологические возможности организма изменять свой баланс здоровья в положительную сторону. Повышение ресурсов здоровья обеспечивается всеми мерами здорового образа жизни (питание, физические нагрузки и т.д.).

Потенциал здоровья – совокупность способностей индивида адекватно реагировать на воздействие внешних факторов. Адекватность реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной и т.д.) и механизмом психической саморегуляции.

Баланс здоровья – выраженное состояние равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами.

Многочисленные исследования индивидуального здоровья, проведенные учеными Института социально-экономических отношений РАН, показали, что приемлемым методом его измерения является балльная оценка, позволяющая получать интегральные индикаторы состояния человека. Н.М. Римашевская также использует понятие «потенциал здоровья», определяя его как некоторый теоретический «абсолют» здоровья, характеризующийся биологическим максимумом, снижающимся на протяжении жизненного цикла в результате воздействия патологических состояний человека. Поэтому здоровье может рассматриваться как некий потенциал, изменяющийся под влиянием нездоровья [117, с. 45].

По мнению экспертов ВОЗ, в медико-санитарной статистике под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном – процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.

Характеристики общественного здоровья населения в статике и динамике рассматриваются как интегральное понятие личного здоровья каждого человека в отдельности. В то же время это не просто сумма данных, а сумма цельно взаимосвязанных параметров, выраженных количественно-качественными показателями.

Важнейшими показателями, отражающими общественное здоровье, наряду с общей смертностью населения являются ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ППЖ) и уровень детской смертности до 1 года (на тысячу родившихся живыми). В отличие от данных об общей смертности, показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни не зависит от различий в возрастном составе населения и потому особенно пригоден для сопоставления состояния общественного здоровья в различные периоды времени и в разных странах [117, с. 37]. Наряду с ожидаемой продолжительностью жизни важно предусматривать характеристики населения, отражающие качество жизни с учетом состояния здоровья. Это позволяет использовать показатель «ожидаемая продолжительность здоровой жизни» (ОПЗЖ).

Помимо комплексных показателей для оценки общественного здоровья анализируют уровни смертности и рождаемости, заболеваемости и инвалидизации населения страны в целом, отдельных регионов, половозрастных групп (либо иных больших групп населения).

Здоровье людей – качество социальное, в связи с этим для оценки общественного здоровья Организацией Объединенных Наций принята Система социальных показателей здоровья:

- ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1 года, 20 лет, 40 лет, 60 лет;
- ожидаемая продолжительность жизни в состоянии нездоровья в возрасте 1 года, 20 лет, 40 лет, 60 лет;
- доля лиц, пребывающих в состоянии нездоровья (%);
- физическая доступность медобслуживания (средний срок получения скорой медпомощи);
- экономическая доступность медицинского обслуживания – семейные доходы, чистые расходы на страхование рисков здоровья в расчете на одну семью, полная стоимость услуг здравоохранения, получаемых семьей.

Перечисленные показатели не только определяют состояние здоровья населения, но и характеризуют уровень социально-экономического развития страны в целом, степень медицинской грамотности населения, уровень и качество организации медицинской помощи. Как правило, экономический рост государства и повышение индивидуального достатка людей, совершенствование социальной инфраструктуры и организации медицинской помощи сопровождаются снижением показателей смертности и увеличением средней продолжительности предстоящей жизни.

Понимание общественного здоровья как социальной ценности и показателя социального прогресса позволяет определить приоритеты социальной политики государства.

Общественное здоровье является характеристикой одного из важнейших свойств, качеств, аспектов общества как социального организма. Его нельзя сводить к совокупности показателей здоровья отдельных людей. О нем говорят как об общественном богатстве, т.е. факторе, без которого не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей.

Относительность и противоречивость категории «здоровье» делает целесообразным подход к нему с позиции качества. Подобный концептуальный подход с позиции «количество» и «качество» встречается в трудах отечественных ученых [7, с. 63-70; 14, с. 21; 125]. Определение здоровья как

формы жизнедеятельности, обеспечивающей качество жизни и достаточную ее продолжительность, расширяет понимание этой категории. Показатели качества жизни включают уровень удовлетворения потребностей, объективные и субъективные показатели, а также, в отличие от показателей уровня жизни, оценку социального благополучия в психосоциальном аспекте, уровень душевного комфорта.

Анализ научной литературы показал, что здоровье следует рассматривать не в статике, а в динамике изменений внешней среды и в онтогенезе. В этом отношении заслуживает внимания высказывание, что здоровье определяет процесс адаптации [16, с. 73-78], что это не результат инстинкта, а реакция на социально созданную реальность. Она дает возможность адаптироваться к изменяющейся внешней среде, социальным условиям, к росту и старению, лечению, страданиям и мирному ожиданию смерти [367]. То есть здоровье актуально во все периоды жизни и развития человека.

Изменение качества популяционного здоровья представляет собой процесс, тесно связанный с общим поступательным развитием человечества. Улучшение условий жизни, совершенствование технологий, облегчающих труд и быт людей, развитие медицины и биологии одновременно ведут к повышению уровня здоровья населения. Ухудшение условий существования людей – войны, голод, экономические кризисы – влечет за собой снижение уровня общественного здоровья. Повышение качества здоровья происходит постепенно, а ухудшение, как правило, – очень быстро.

Подробный анализ изменения общественного здоровья и его классификация представлены в монографии Б.Б. Прохорова «Общественное здоровье и экономика» [202, с. 17], в которой показано, что состояние здоровья населения существенно варьируется во времени и пространстве. Чем ниже степень экономического развития территории, тем хуже качество здоровья населения.

В рамках данной классификации Б.Б. Прохоровым выделено пять типов популяционного здоровья. Из этого следует, что человеческие общности в процессе своей эволюции последовательно сменили четыре типа здоровья.

Первый тип здоровья – примитивный, его можно охарактеризовать как простое выживание человеческих общностей под постоянной угрозой насильственной смерти. Средняя продолжительность жизни населения находилась в пределах 20 – 22 лет. Младенческую смертность в этот период можно оценить величиной 50 случаев и более на 100 новорожденных.

Второй тип – постпримитивный, со сравнительно короткой продолжительностью жизни большинства населения, с высокой вероятностью преждевременной смерти от периодически возникавших эпидемий острозаразных болезней, голода. Величина средней продолжительности жизни, как правило, колебалась в пределах от 20 до 30 лет. Младенческая смертность достигала 200 случаев и более на 1000 новорожденных.

Третий, квазимодерный тип общественного здоровья характеризуется недостаточно продолжительной жизнью большинства населения при преждевременной повышенной смертности части людей в молодых и допенсионных возрастах. Средняя продолжительность жизни находится в диапазоне 60 – 65 лет. Младенческая смертность составляет 10 – 15 случаев на 1000 новорожденных.

Четвертый тип – модерный. Для него характерна продолжительная жизнь большинства населения с надежной и эффективной работоспособностью и здоровой старостью. Продолжительность жизни обычно в пределах 75 – 80 лет, а младенческая смертность не превышает 6 – 8 случаев на 1000 новорожденных.

Наиболее экономически развитые страны стремятся сформировать пятый, постмодерный, наиболее прогрессивный тип здоровья. На начальном этапе существования этого типа здоровья продолжительность жизни населения будет не ниже 82 – 85 лет, а младенческая смертность не превысит 5 случаев на 1000 новорожденных. Для этого этапа характерны резкое снижение числа больных всеми видами заболеваний, успешное лечение ныне неизлечимых недугов, полноценная радостная жизнь подавляющего большинства населения. При постмодерном типе здоровья усилия медицины направлены на повышение уровня здоровья практически здоровых людей. В России в настоящее время преобладает квазимодерный тип, в отличие от развитых государств, где господствует модерный тип здоровья.

Ожидаемая продолжительность жизни населения в России на протяжении долгого исторического промежутка была ниже, чем в развитых странах. Но если в 1970-х годах отставание было не очень велико, то постепенно различия нарастали и в настоящее время составляют для мужчин 15 – 19 лет, а для женщин 7 – 11 лет.

С учетом условного деления государств по уровню доходов, принятого в международной статистике, выделяются четыре группы стран (с высоким, высшим средним, нижним средним и низким уровнем доходов) [397]. Россия находится в группе с доходами ниже среднего, и показатели здоровья наших соотечественников на современном этапе исторического развития сопоставимы с аналогичными показателями развивающихся стран, таких как Марокко и Нигерия (*табл. 1.2*).

Таблица 1.2. **Младенческая смертность, средняя продолжительность жизни и валовой национальный продукт в России, в мире и в некоторых странах (2007 г.)**

Территория	Смертность детей до 1 года на 1000 живорожденных	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)		ВНП на 1 жителя (ППС межд. долл.)*
		Муж.	Жен.	
<i>Весь мир</i>	46	65	70	9 872
<i>Высокий уровень (средняя продолжительность предстоящей жизни 80 лет)</i>				
США	6	76	81	45 850
Канада	5	78	83	35 310
Япония	3	79	86	34 600
Израиль	4	79	82	25 930
Руанда	109	49	51	14 400
Аргентина	14	71	79	12 990
...				
<i>Высший средний уровень (средняя продолжительность предстоящей жизни 70 лет)</i>				
Бразилия	20	70	76	9 370
Египет	30	66	70	5 400
...				
<i>Низший средний уровень (средняя продолжительность предстоящей жизни 68 лет)</i>				
Марокко	32	70	75	3 990
Россия	10	60	73	2 930
Нигерия	83	48	50	1 770
...				
<i>Низкий уровень (средняя продолжительность предстоящей жизни 57 лет)</i>				
Гаити	57	59	64	1 150
Гвинея	93	52	56	1 120
...				
* ППС межд. долл. – паритет покупательной способности по международному курсу доллара. Источник: World development indicators 2007. – Washington: DC, World Bank, 2008. – URL: http://www.worldbank.org/data (выборка 13 февраля 2009 года). Источник: World health statistics 2009 / Всемирная организация здравоохранения, 2009 год. – URL: www.who.int/whosis/whostat/2009/				

Период с 2000 по 2008 г. характеризуется стабилизацией политических и социально-экономических процессов в Российской Федерации, оживлением экономики и повышением уровня жизни населения. Это, несомненно, отразилось и на состоянии общественного здоровья населения. За указанный период ожидаемая продолжительность жизни населения выросла почти на 3 года – с 65 лет в 2000 г. до 67,9 в 2008 г. На 40% снизился уровень младенческой смертности.

Однако столь небольшие положительные подвижки нельзя расценивать как начало устойчивого изменения общественного здоровья российского населения в лучшую сторону. С большой долей осторожности можно лишь предположить, что часть населения начала адаптироваться к сложившейся общественно-политической и социально-экономической

ситуации. При этом необходимо иметь в виду, что ситуация может сдвинуться в любую сторону. Особую настороженность вызывает ухудшение здоровья детей и подростков [229, с. 41-55].

При определении основной причины сложившейся ситуации мы согласимся с Б.Б. Прохоровым, что это низкая величина валового национального продукта на душу населения. В России данный показатель в 16 раз ниже, чем в США, в 12 раз ниже, чем в Японии и Канаде. Величина ВВП – показатель интегральный, низкий ВВП – это и плохое качество продуктов питания, плохая вода в водопроводе, фальсифицированные спиртные напитки, низкие оклады медиков и соответствующий уровень медицинского обслуживания, невозможность приобретения медицинского оборудования, необходимых (дорогих) лекарств, плохое качество или полное отсутствие очистных сооружений на предприятиях, протекающая канализация, приводящая к росту инфекционных заболеваний, а также проституция, в том числе детская, преступность, коррупция, усугубляющая негативную ситуацию, растущая социальная и материальная дифференциация и поляризация населения и т.д. [229, с. 41-55].

Наряду с ВВП (или ВВП), не меньшее и даже большее влияние на популяционное здоровье, а далее и на индивидуальное оказывают глубина и масштабы социального неравенства, формирующегося в результате реализации системы перераспределительных отношений [44, с. 9-10].

Одним из наиболее значимых теоретических подходов, показывающих этапы и причины изменения общественного здоровья, является теория эпидемиологического перехода, разработанная американским демографом А.Р. Омраном в 1971 г. [376, с. 509-538]. Концепция основана на радикальном изменении структуры причин смертности, при котором причины экзогенного характера меняются на эндогенные.

Сама классификация причин смертности на экзогенные и эндогенные принадлежит французскому демографу Ж. Буржуа-Пиша [301]. К первым относятся причины, внешние по отношению к естественным процессам, происходящим в организме: насильственная смерть, туберкулез, эпидемии, инфекционные и паразитарные заболевания и т.д. Такие причины сравнительно легко поддаются воздействию (санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, массовые вакцинации).

Эндогенные причины смертности связаны с естественной старостью организма (например, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания).

По мере развития медицины, увеличения возможностей влияния на причины экзогенного характера и по мере осознания человеком ответственности за состояние собственного здоровья возрастает роль эндогенных факторов смертности, что и составляет суть концепции эпидемиологического перехода. Данный процесс проходит за четыре этапа:

1. Период эпидемий и голода. Высокий уровень и колебания смертности.

2. Снижение пандемии экзогенных заболеваний. Снижение темпов смертности от инфекционных заболеваний, туберкулеза. Из-за стремительного процесса индустриализации, загрязнения окружающей среды и ускорения темпов жизни увеличивается смертность от квазиэндогенных причин (заболевания системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи).

3. Дегенеративные и профессиональные заболевания. Идет борьба с отрицательными последствиями прогресса. Ведущую роль играет фактор развития медицины. Возрастает роль профилактики, борьбы за здоровый образ жизни. Смертность снижается и стабилизируется на низком уровне. Увеличивается продолжительность жизни и показатель среднего возраста смерти.

4. Период отложенных дегенеративных заболеваний (данная стадия предложена в 1986 г. S.J. Olshansky и A.B. Ault [377, с. 355-391]). Идет прогресс медицины и профилактики заболеваний. Смертность снижается, и ее средний возраст переходит на самые старшие возрастные группы. Появляется зависимость здоровья от профилактики [263].

Существуют две модели эпидемиологического перехода:

1) классическая модель (ускоренная), характерная для западных стран;

2) современная модель (замедленная), характерная для развивающихся стран и сопровождающаяся сохранением высокого уровня детской и младенческой смертности.

По поводу того, на какой стадии эпидемиологического перехода находится Россия в настоящее время, среди ученых нет единой точки зрения. Одни приводят данные о чрезмерно высоком уровне смертности от туберкулеза и внешних причин как доказательство того, что Россия стоит на первой стадии эпидемиологического перехода (О.Е. Баксанский, И.К. Лисеев). Другие полагают, что, «дойдя до четвертой стадии, в России начался процесс обратного эпидемиологического перехода» (В.Г. Семенова).

Среди ученых также нет единой точки зрения и на причины, повлекшие за собой широкое распространение смертности экзогенного характера, современный демографический кризис и в конечном итоге незавер-

шенность эпидемиологического перехода. Одни ученые (И.Б. Орлова, И.Н. Веселкова и др.) объясняют это распадом СССР, последовавшим за ним экономическим кризисом и, как следствие, психологической дезадаптацией широких слоев населения (в качестве доказательства они приводят данные о резком ухудшении демографической ситуации именно в кризисный период – 1990-е гг.).

Другие специалисты (Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский и др.) полагают, что «кривая уровня смертности, тенденции которой сложились еще в середине 60-х гг., была прервана антиалкогольной кампанией 1985 – 1987 гг., когда смертность искусственно понизилась» [204]. По мнению этих ученых, «в период 1993 – 1994 гг. реализовалась какая-то часть смертей, отсроченных благодаря антиалкогольной кампании, и их число прибавилось к числу смертей, действительно возросшему вследствие кризиса независимо от последствий антиалкогольной кампании» [10, с. 75-84].

Существует и точка зрения о том, что скачок смертности в первую очередь связан с резким ростом потребления алкоголя после официальной отмены антиалкогольной кампании (А.В. Немцов, Э. Брейнерд, Д. Катлер).

Третьи ученые подчеркивают, что население социалистического лагеря в период перестройки и в последующие годы было подвергнуто действию растущего числа ситуаций, вызывавших стресс, в результате чего выработался специфический моральный настрой населения восточноевропейских стран как фактор повышения смертности взрослого населения.

Мы считаем более обоснованной и доказательной точку зрения В.Г. Семеновы, полагающей, что события последних десятилетий в России привели к обратному эпидемиологическому переходу, что не противоречит и положению страны в периодизации, предлагаемой Б.Б. Прохоровым. С точки зрения эпидемиологического перехода специфика демографических процессов в России имела следующие черты:

1. Более позднее начало и ускоренное развитие эпидемиологического перехода по сравнению с западными государствами, что существенно отразилось на уровне смертности от самоубийств.
2. Отсутствие адекватного появлению проблем развития системы здравоохранения и профилактики факторов смертности от внешних причин, в том числе самоубийств.

В динамике смертности населения с середины 60-х гг. XX века до начала XXI века В.Г. Семенова выделяет три этапа: 1965 – 1980 гг., когда тенденции смертности были весьма неблагоприятными, 80-е годы – период

позитивных тенденций, особенно ускорившихся с проведением антиалкогольных мероприятий, и 90-е годы XX – начало XXI в., когда негативные тенденции возобновились невиданными темпами [270, с. 226].

Как отмечают И.Н. Веселкова и Е.В. Землянова, «снижение продолжительности жизни в России с середины 60-х годов связано с двумя основными составляющими избыточной смертности:

1. Высокой и более «молодой», чем в развитых странах, смертностью от болезней системы кровообращения, которая, в отличие от большинства стран, не снижалась на протяжении последних двух десятилетий.

2. От несчастных случаев, отравлений и травм в трудоспособном возрасте, особенно у мужчин» [49, с. 91].

Государство, культивируя новую идеологию рыночных отношений, все больше отстранялось от участия в решении социальных и экономических проблем населения. По этим причинам к началу 90-х гг. Россия находилась в критическом состоянии по трем направлениям:

- 1) экономическому (резкий спад производства, обнищание широких слоев населения, расслоение населения по доходам);

- 2) социальному (маргинализация, безработица, криминализация);

- 3) медицинскому (отсутствие профилактического звена в здравоохранении, постоянное увеличение количества платных услуг, а также размера их оплаты).

Анализируя структуру и причины смертности россиян в конце XX – начале XXI в., В.Г. Семенова подчеркивает, что основным источником увеличения смертности стало разрастание маргинальных слоев населения и повышение преимущественно в них рисков смертности от эндогенных и внешних причин.

Именно эти обстоятельства общественной и экономической жизни страны и послужили основной причиной обратного развития эпидемиологического перехода в России. Его специфика состоит в увеличении смертности населения в трудоспособном возрасте. Это подтверждает и основную причину произошедшего обратного перехода – социальную деградацию общества.

Итак, отметим, что здоровье, являясь определяющим компонентом человеческого потенциала, имеет большую значимость в социально-экономическом развитии страны. Это определяет оправданный интерес к его изучению со стороны многих научных дисциплин. Существует множество взглядов и подходов к определению сущности здоровья.

Современные исследователи выделяют два уровня изучения и формирования здоровья: индивидуальное здоровье – здоровье одного человека

(представляющее микроуровень изучения) и общественное здоровье – здоровье популяционное, здоровье нации (представляющее макроуровень изучения закономерностей его изменения и формирования).

Наиболее распространенное и полное определение индивидуального здоровья, на наш взгляд, прописано в Уставе ВОЗ, согласно которому здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием физических дефектов и болезней.

Обобщение представлений и определений общественного здоровья позволило нам сформулировать следующее его определение.

Общественное здоровье – свойство населения определенной территории, обеспечивающее демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность, формирующееся при комплексном воздействии биологических, социально-экономических, социокультурных и экологических факторов.

Наиболее приемлемым методом измерения индивидуального здоровья служит балльная оценка, полученная на основе социологической информации. В сочетании со статистическими и медицинскими данными она позволяет определять интегральные индикаторы состояния человека. Главными показателями, отражающими общественное здоровье, являются ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ППЖ), ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и уровень младенческой смертности.

Ожидаемая продолжительность жизни населения в России на протяжении длительного исторического промежутка была ниже, чем в развитых странах. В настоящее время различия составляют для мужчин 15 – 19 лет, а для женщин 7 – 11 лет. За период с 2000 по 2008 г. уровень младенческой смертности в России снизился на 40%, ожидаемая продолжительность жизни населения выросла почти на 3 года, но достигнутый уровень сопоставим с аналогичными показателями развивающихся стран, таких как Египет, Марокко.

Среди причин сложившейся ситуации учеными выделяются низкая величина валового национального продукта на душу населения. В России этот показатель в 16 раз ниже, чем в США, и в 12 раз – чем в Японии и Канаде. Причиной является также усиление социального неравенства, рост смертности населения в трудоспособном возрасте, что обусловило обратное развитие эпидемиологического перехода в России.

1.2. Общественное здоровье и социально-экономическое развитие

Изучение общественного здоровья требует глубокого понимания его социальной и экономической значимости. Социальную природу здоровья раскрывают социальные теории, концепции, модели, например теория социального капитала. Впервые категория «социальный капитал» появилась в работах Лиды Д. Хэнифэн. Для раскрытия ее сущности автор использовала такие понятия, как «товарищество», «симпатия», а также провела исследование социального взаимодействия людей в рамках общины и семьи [395, с. 225-251], продолженное в работах Дж. Р. Сила, Элизабет В. Лузли, Дж. С. Хомансона, Галена Лоури [371, с. 153-186].

П. Бурдые определял социальный капитал как «ресурсы, основанные на родственных отношениях и отношениях в группе членства» [349, с. 56-58]. Но наибольшую известность понятие «социальный капитал» получило в расширительной трактовке Джеймса Коулмена. Он определяет социальный капитал как отношения особого рода, которые возникают при повторяющемся персонифицированном взаимодействии между экономическими субъектами и сопровождаются накоплением двухсторонних ожиданий и обязательств [150, с. 121-139]. При этом «социальный капитал» представляет собой ценность аспектов социальной структуры для акторов как ресурсы, которые они могут использовать для достижения своих целей» [352, с. 95-120].

Социальный капитал в поддержке физического ресурса – здоровья – может быть рассмотрен как система взаимосвязей: родственных, дружеских, административных и т.д., а также как доступ к необходимым ресурсам в сохранении жизни и здоровья индивида и как доверие и взаимность во взаимодействиях с медицинским работником при получении услуг [380, с. 27-40; 282, с. 41-51] либо во взаимодействиях с работодателем при осуществлении им социальных гарантий.

Исследования в ряде стран показали, что с учетом изначального состояния здоровья широта социальных связей, то есть наличие тесных контактов с родственниками, друзьями и знакомыми, коррелирует с большей ожидаемой продолжительностью жизни. В то же время отметим, что не все дружеские и родственные связи способствуют укреплению здоровья, а некоторые просто держатся на вредных привычках. Выявлена положительная связь [281] между социальным капиталом, измеряемым социальными связями, и образованием, благополучием детей, физическим и психологическим здоровьем, счастьем и демократическим управлением.

Наиболее убедительное свидетельство положительного воздействия социального капитала обнаруживается в сфере личного здоровья. Еще в XIX веке социолог Эмиль Дюркгейм выявил тесную связь между склонностью к суициду и степенью интегрированности индивидов в общество. Было замечено, что количество самоубийств резко возросло в периоды социальных изменений. Эффект был отнесен на счет разрушения структуры общества и ослабления социальных связей. Многочисленные исследования [281] подтверждают наличие зависимости между социальными связями и здоровьем и личным благополучием (при неизменных прочих – социальных, демографических, расовых – индивидуальных характеристиках). Доказывается, что разветвленность социальных связей положительно влияет и на продолжительность жизни.

Выделяют две основные причины указанных зависимостей: 1) социальные связи дают поддержку и внимание, которые ослабляют психический и физический стресс, и 2) социальный капитал приводит в действие психологический механизм, стимулирующий иммунную систему организма на противостояние болезням и стрессам.

Исследования влияния социального капитала на здоровье показывают, что социальная изоляция обычно предшествует заболеваниям, то есть является причиной, а не следствием болезни. Специалисты-психологи [350] в результате более тридцати лет наблюдений подтверждают связь между отношениями поддержки и взаимопонимания и психическим здоровьем. Например, одиноко проживающие пожилые люди, не имеющие друзей или родственников, подвержены большему риску заболевания слабоумием или болезнью Альцгеймера при прочих равных условиях. Наличие положительных контактов с окружающими, особенно с членами семьи и детьми, сказывается на снижении вероятности заболевания слабоумием, даже если подобные контакты относительно нерегулярны.

Значимость социального капитала в жизни детей уступает лишь значимости бедности. Но если бедность связана с высоким уровнем подростковой рождаемости и незанятостью учебной или трудовой, то вовлеченность в жизнь сообщества обладает прямо противоположным эффектом. Подобные результаты были получены и на российских материалах [246, с. 22-31; 250].

Изменения в социальном капитале могут отражать изменения в моделях экономического неравенства внутри стран и между странами. Так, например, данные обследования, проведенного в США, показали, что неравенство по доходам уменьшает социальный капитал и таким образом ведет к повышению уровня смертности (а также к повышению

уровня преступности) [369, с. 292-314]. Следует, безусловно, иметь в виду, что социальный капитал в данном контексте играет смягчающую роль, а между бедностью и плохим состоянием здоровья существует непосредственная связь. Данное исследование показало, что на здоровье в большей степени влияет распределение доходов в обществе, а не их средний уровень.

Наличие такого рода зависимостей выявлено и российскими учеными. Исследования, проведенные в Институте социально-экономических проблем народонаселения РАН, вскрыли закономерности влияния социально-экономического неравенства на экономический рост, демографическую динамику и качество человеческого и социального капитала. Подход А.Ю. Шевякова основан на гипотезе, что различным видам экономического, социального и демографического поведения соответствуют определенные функциональные границы или пороговые уровни доходов, переход через которые необходим для того, чтобы соответствующие виды поведения были полноценно осуществимыми [318, с. 32-33]. Учеными ИСЭПН доказано, что избыточное неравенство заметно снижает потенциал здоровья населения и рождаемость. Тогда как вытеснение избыточного неравенства за счет роста нормального неравенства, напротив, ведет к росту рождаемости. Динамика коэффициента рождаемости в России в 1991 – 1999 гг. довольно точно следовала с лагом в один год за динамикой соотношения между нормальным и общим неравенством: локальным всплескам рождаемости в 1994 и 1998 годах предшествовали увеличения этого соотношения [317, с. 86-102].

В современных обществах здоровье из области естественного неравенства между людьми довольно быстро перетекает в область социального неравенства. «Здоровье» и «болезнь» не существуют в смысле различных заболеваний в то или иное время, в том или ином обществе, которые могут излечиваться более или менее сходными способами. Они являются особыми общественными конструктами, образуемыми социокультурными определениями, значениями и с ними связанными политическими и повседневными практиками. Общества, которые способны производить неравенство в здоровье граждан, должны реализовать социально-политическое регулирование.

Ситуация в РФ такова, что факт неравного доступа к медицинским услугам дополняется исключением некоторых групп населения из системы здравоохранения: бомжей, беспризорных детей, мигрантов, да и зачастую просто необеспеченных людей, которые лишены элементарной медицинской помощи или доступ которых к этой помощи сильно затруднен. Затем в обществе неравно разделены риски болезней или

преждевременных смертей. Основной причиной заболеваний и преждевременных смертей в благополучных странах является неравенство в условиях жизни и труда в соединении со специфическими для различных социальных слоев стилями поведения по поддержанию здоровья [360, с. 137-143]. В России же в первую очередь необходимо принимать во внимание экзогенные факторы – преступность, ДТП, проблемы с окружающей средой, высокую стоимость лекарств, несвоевременно оказанную медицинскую помощь. Впрочем, эндогенные факторы, конечно, тоже влияют на продолжительность жизни населения и возникновение хронических заболеваний или инвалидности, повышенную младенческую смертность.

В.В. Радаев [236, с. 20-32] отмечает, что в отличие от культурного и человеческого капитала социальный капитал не является атрибутом отдельного человека. Его объективированную структурную основу формируют сети социальных связей, которые используются для транслирования информации, экономии ресурсов, взаимного обучения правилам поведения, формирования репутаций. На основе социальных сетей, которые часто имеют тенденцию к относительной замкнутости, складывается институциональная основа социального капитала – принадлежность к определенному социальному кругу, или членство в группе. При этом последнее может подкрепляться и формальными статусами [349, с. 102-103].

Социальный статус индивида или социальной группы, к которой он принадлежит, ранг или престиж этой позиции во многом определяет уровень здоровья.

Социальная структура, обуславливая социальные позиции (включая статус занятости, социальный класс, образование), в значительной степени связана со здоровьем и благополучием. Различия в состоянии здоровья или болезни мужчины и женщины также основываются на их общей социальной позиции и социальных отношениях и ролях в структуре семьи [331, с. 425-436; 340, с. 61-76]. Иными словами, позиция в социальной структуре может являться причиной стрессовой ситуации и вызывать патологию [365, с. 300-405].

В своей концепции П. Бурдье указывает на связь между классовой принадлежностью индивида, уровнем его здоровья и образом жизни: знание о рациональном поведении влияет на отношение к здоровью. П. Бурдье анализирует логику практики во времени и пространстве, концептуализирует приобретенное положение (*habits*), поиск социальных различий в конструировании стиля жизни в отношении к здоровью. На основе социального капитала формируются культура и вкусы,

которые распространяются на весь класс [385, с. 577-604]; преимущества, передаваемые элитами своим детям (навыки устной и письменной речи, эстетические ценности, умение взаимодействовать с людьми, ориентация на достижения в учебе), расширяют возможности их социальной мобильности. Высокие требования школы, которым необходимо соответствовать, чтобы оставаться успешным, способствуют воспроизводству классового неравенства [348, с. 2].

Основными показателями принадлежности индивида к определенному социальному классу являются профессионально-статусная позиция, образование и доход. Зависимость здоровья от принадлежности к социальному классу выступает одной из фундаментальных закономерностей социальной психологии здоровья. Эта закономерность, получившая название классового градиента [171], заключается в том, что чем выше социальный класс, тем лучше здоровье его представителей. Классовый градиент устанавливается по большинству нервно-психических и соматических расстройств и, по-видимому, присущ всем обществам.

В теории социальной причинности [101, с. 100-103] акцентируется значение объективно худших условий жизни представителей низших классов. Низкий профессиональный статус связан с работой во вредных условиях, монотонной или физически тяжелой. Низкий доход влечет за собой стесненные жилищные условия, проживание в районах с неблагоприятной экологической обстановкой, более низкое качество питания и т. п. Представителям низшего класса менее доступны оздоровительные ресурсы и возможности системы здравоохранения. Низкий социально-экономический статус вообще сопряжен с более глубоким уровнем переживания жизненных трудностей и психотравм. Напротив, принадлежность к высшим социальным классам создает благоприятные условия жизни и доступ к материальным ресурсам сохранения и укрепления здоровья. Высокий образовательный уровень способствует адекватной социальной ориентации, усвоению гигиенических знаний и навыков. Сам по себе процесс обучения в высшей школе развивает навыки преодоления жизненных трудностей.

Люди, обладающие более низким социальным статусом, часто исходят из того, что они в меньшей степени контролируют многие из аспектов своей обыденной жизни, а следовательно, и не несут за них ответственности. Более того, многие из этих людей считают также, что их здоровье уже подверглось негативному влиянию этих сторон жизни. Примерно двое из каждых пяти петербуржцев (41,8%) отмечают, что их здоровье пострадало в результате низких заработков, а один из трех – считает в этом повинными недостаточно качественное и разнообразное питание (31,8%) и/или неудовлетворительные жилищные условия (34,0%) [29, с. 103-106].

Именно люди, находящиеся на низших ступенях социальной иерархии, наиболее часто говорят о том, что их здоровье испытало на себе негативное влияние одного или более негативных факторов. К низкому доходу, некачественному питанию и плохим жилищным условиям они добавляют также неблагоприятные условия жизни в детстве, тяжелую работу и вредные условия труда [29, с. 110-114].

Исследования, проведенные в целом ряде стран, показывают: представители групп, характеризующихся более низким социально-экономическим статусом, полагают, что их жизнь подвергается меньшему контролю с их стороны, нежели тех, кто находится в привилегированном социальном положении [351]. Существуют и многочисленные подтверждения того, что особенности восприятия людьми этой проблемы могут иметь серьезные последствия для их здоровья [362].

Одну из попыток теоретического осмысления этого феномена представляет собой идея Антоновского, заключающаяся в том, что здоровье низкостатусных индивидов страдает не только в связи с тем, что эти люди в действительности оказываются менее способными контролировать свою жизнь, но даже в большей мере в связи с отсутствием у них так называемого «чувства соответствия» (*sense of coherence*). В это понятие автор включает целую гамму ощущений человека, принципиально значимых для его ориентации в жизни и сохранения его здоровья. Антоновский, в частности, говорит о том, насколько важно для человека чувствовать, что все, что происходит с ним в этой жизни, объяснимо, предсказуемо; что он обладает необходимыми средствами для того, чтобы удовлетворять возникающие у него потребности, которые достаточно важны для него, чтобы стоило добиваться их удовлетворения.

Социально-экономические различия – значимые факторы неравенства в здоровье. В основе данного предположения лежат представления о механизмах связи здоровья с неравенством в социально-экономическом положении [359, с. 693-705; 372, с. 1387-1393; 379, с. 841-868; 386, с. 145-166; 393, с. 591-605]. На влияние социально-экономического статуса на здоровье населения указывает в своих исследованиях и В.С. Тапилина [294, с. 126-137]. Уровень доходов определяет различия в жизненных стандартах – количестве и качестве потребляемых товаров и услуг. От этого, в свою очередь, зависит калорийность, разнообразие и сбалансированность питания, защитные и санитарно-гигиенические свойства используемой одежды и обуви, удобство и комфорт микросреды обитания. Различия в жизненных условиях формируют неодинаковые возможности адаптации и способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Неравенство в жизненных стандартах определяет

неравенство возможностей в использовании эффективных мер и способов в борьбе с возникающими отклонениями от здоровья. С подобными механизмами «передачи» влияния социально-экономического неравенства на здоровье связана общая гипотеза исследования о том, что связь между показателями здоровья и социально-экономическим положением имеет следующую форму зависимости: «чем лучше экономическое положение, тем лучше здоровье».

Вместе с тем в последнее время обнаружены иные каналы существенного влияния неравенства на здоровье, в частности установлено, что хронические стрессы, связанные с неудовлетворенностью занимаемым социально-экономическим положением, могут приводить к изменению нейроэндокринного и психологического функционирования организма и увеличивать риск заболеваний. Уже общепризнано, что длительное состояние страха, неуверенности, низкая самооценка, социальная изоляция, невозможность принимать решения и контролировать ситуацию на работе и дома оказывают серьезное влияние на здоровье: вызывают депрессию, повышают предрасположенность к инфекционным заболеваниям, диабету, высокому уровню холестерина в крови, сердечно-сосудистым заболеваниям. Следовательно, низкое социально-экономическое положение воздействует на здоровье непосредственно через депривацию и материальные лишения и через субъективное восприятие людьми своего «неравного» положения в обществе и связанные с этим оценки, отношения, переживания [293, с. 114-124].

В.В. Радаев подчеркивает, что человеческий капитал непосредственно связан с социально-профессиональной стратификационной системой, в которой группы делятся по образованию и профессиональной квалификации, условиям и содержанию труда, образующим границы между профессиями и специальностями. При этом социально-профессиональные группы, как правило, являются исходной основой для большинства прочих стратификационных построений [236, с. 20-32].

Потенциально существует сильное взаимодополнение между социальным капиталом и капиталом человеческим. А в некоторых случаях эти факторы могут выступать взаимозаменяющими, например в области социальной защиты официальные правила и нормы могут преследовать те же цели и осуществляться в тех же формах, что и неформальные социальные связи. Дж. Коулман [353] в одной из своих первых работ по социальному капиталу подчеркивал роль сильных сообществ и связей между родителями, учителями и учениками в побуждении к обучению. В то же время образование и обучение могут поддерживать привычки, навыки и ценности, существенные для социального взаимодействия и участия.

Высокоразвитые институты, квалифицированная рабочая сила, доминирование норм и связей, способствующих социальной кооперации, предопределяют высокий уровень инвестиций в физический капитал.

Наиболее значимой в данном контексте является теория капитала, предложенная Г. Беккером, которая рассматривает здоровье с точки зрения человеческого и социального капиталов.

Г. Беккер доказал, что знания, умения человека, его ценности и здоровье могут приносить доход. И это должно учитываться при планировании инвестиций [343]. Кроме инвестиций в обучение и переобучение работников, информационное обеспечение, Г. Беккер считал необходимым инвестирование в здоровье как физическое, так и эмоциональное [342, с. 9-43].

О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже XIX – XX вв. писал видный английский экономист А. Маршалл. По его мнению, «...здоровье и сила населения включают три компонента – физический, умственный и нравственный. Они служат основой для производительности и создания материальных благ. В свою очередь материальные богатства увеличивают здоровье» [173, с. 207].

Группа ученых под руководством Л.И. Абалкина, исследующих проблему стратегического развития России в новом веке, рассматривают человеческий капитал как сумму врожденных способностей, общего и специального образования, приобретенного профессионального опыта, творческого потенциала, морально-психологического и физического здоровья, мотивов деятельности, обеспечивающих возможность приносить доход [288, с. 21-22]. Исходя из этого социально-экономический прогресс определяется прежде всего новыми знаниями, полученными научно-исследовательскими работниками и осваиваемыми в дальнейшем в процессе их образования и профессиональной подготовки и переподготовки. Основными сферами деятельности, формирующими человеческий капитал, выступают научно-образовательный комплекс, система здравоохранения, сферы, непосредственно формирующие условия жизни и быта.

Человеческий капитал, являясь частью совокупного капитала, представляет собой сочетание составляющих его элементов, т. е. имеет свою внутреннюю структуру.

И.В. Ильинский выделяет в связи с этим следующие составляющие: капитал образования, капитал здоровья и капитал культуры [124]. В зависимости от степени обобщенности человеческого капитала в его структуре можно обозначить следующие компоненты: индивидуальный, коллективный и общественный. Два первых рассматриваются на микроуровне как человеческие капиталы отдельно взятого человека

и группы людей, объединенных по определенному признаку, – коллектива фирмы, членов социально-культурной группы и т.д. Общественный компонент – это человеческий капитал на макроуровне, он представляет собой весь накопленный обществом человеческий капитал, который, в свою очередь, является частью национального богатства, стратегическим ресурсом и фактором экономического роста.

Человеческий капитал можно охарактеризовать следующим образом: это врожденный и сформированный в результате инвестиций и накоплений определенный уровень здоровья, образования, навыков, способностей, мотиваций, энергии, культурного развития как конкретного индивида, группы людей, так и общества в целом, которые целесообразно используются в той или иной сфере общественного воспроизводства, способствуют экономическому росту и влияют на величину доходов их обладателя [291, с. 69-73].

Согласно концепции Ю.Г. Быченко структурно человеческий капитал выглядит следующим образом [39]:

1. Биологический человеческий капитал – ценностный уровень физических способностей к выполнению трудовых операций, уровень здоровья населения.

2. Культурный человеческий капитал – совокупность интеллектуальных способностей индивидов, их образованности, умений, навыков, моральных качеств, квалификационной подготовки, которые используются или могут быть использованы в трудовой деятельности и узаконивают обладание статусом и властью.

Биологический человеческий капитал состоит из двух частей: одна часть является наследственной, другая – благоприобретенной. В течение всей жизни индивидуума происходит износ этого капитала, все более и более ускоряющийся с возрастом (смерть необходимо понимать как полное обесценение фонда здоровья). Вложения, связанные с охраной здоровья, способны обеспечить лишь строго ограниченное развитие биологического капитала работника. Их главное предназначение – увеличивать период активной жизнедеятельности индивида.

Культурный капитал – это языковая и культурная компетенция человека, богатство в форме знания или идей, которые легитимируют статусы и власть, поддерживают установленный социальный порядок, существующую в обществе иерархию. Культурный капитал индивида характеризуется такими показателями, как интеллектуальная культура (интеллектуальный капитал), образовательная культура (образовательный капитал), морально-нравственная культура (морально-нравственный капитал), символическая культура (символический капитал), социальная культура (социальный капитал).

Одно из важных положений теории человеческого капитала заключается в том, что его увеличение находится среди главных причин экономического развития, поскольку человеческий капитал составляет большую часть благосостояния общества. Исследователи указывают, что значительные социальные и экономические достижения являются результатом вложений капитала в образование, обучение, здравоохранение, питание и др., обеспечивающие создание человеческого капитала. Поэтому инвестирование в человеческий капитал абсолютно необходимо для любой национальной экономики, особенно развивающихся стран.

Для воспроизводства человеческого капитала требуются значительные затраты и различные виды ресурсов как со стороны индивида, так и со стороны общества (государственных учреждений, частных фирм, семьи и т.д.). Подчеркивая сходство таких затрат с вложениями других видов капитала, экономисты относятся к ним как к инвестициям в человеческий капитал. Источниками таких инвестиций являются затраты работодателей, бюджетные расходы государства, индивидуальные расходы граждан.

Н. Федоренко глубоко убежден, что «затраты на воспитание, образование, спорт, здравоохранение и все другие «инвестиции в человека» должны рассматриваться не как непроизводительное потребление, а как инвестиции, дающие непосредственный хозяйственный эффект и в конечном счете обеспечивающие прирост национального богатства» [300, с. 86]. Ведь расширенное воспроизводство человеческого капитала есть исходное условие эффективного роста и развития хозяйства. Социальный гуманизм должен реально стать методологическим и идеологическим «ядром» экономики развития России [34, с. 126-150].

Различного рода услуги по охране здоровья и организации питания также представляют собой капиталовложение, поскольку они увеличивают отдачу от труда, снижая заболеваемость и смертность, и помогают сохранить здоровье и, соответственно, увеличить длительность продуктивного периода жизни.

Важнейшими формами вложений в человека западные экономисты считают образование, подготовку на производстве (on-the-job training), медицинское обслуживание, миграцию, поиск информации о ценах и доходах, рождение детей и уход за ними. Образование и подготовка на производстве повышают уровень знаний человека, т.е. увеличивают объем человеческого капитала. Охрана здоровья, сокращая заболеваемость и смертность, продлевает срок службы человека, а также увеличивает интенсивность его использования. Миграция и поиск информации

способствуют перемещению рабочей силы в те районы и отрасли, где труд лучше оплачивается, т.е. цена за услуги человеческого капитала выше. Рождение детей и уход за ними представляют собой форму воспроизводства человеческого капитала в следующем поколении. В этом подходе уравниваются факторы разного срока действия, влияющие на различные стороны воспроизводства рабочей силы.

Образование и здравоохранение – это факторы долговременного действия. Продуктом процесса образования является качественно новая рабочая сила с высоким уровнем квалификации, способная к труду большей сложности. Охрана здоровья позволяет человеку трудиться более интенсивно и продолжительно. В отличие от приведенных факторов миграция и поиск информации выступают как факторы кратковременного действия.

Оценка человеческого капитала достаточно затруднена, поскольку данная категория имеет целостный, интегративный характер. В нем присутствует антропологическая составляющая, отражающая единство в человеке социального и биологического, общественного и индивидуального. По структурным составляющим человеческого капитала можно характеризовать и отдельного индивида, и социальную группу, и страну в целом. Показатели, касающиеся материальной и духовной сторон развития индивида или общества, рассматриваются также в единстве. Опыт свидетельствует, что было бы неверно в ущерб одной недооценивать или переоценивать значение какой-либо другой стороны.

Для оценки и сопоставления уровня социально-экономического положения различных стран используется индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП). Данный универсальный сопоставимый измеритель введен в международный политический и научный оборот Организацией Объединенных Наций в рамках подготовки мировых докладов о развитии человека, издаваемых Программой развития ООН (ПРООН) с 1990 г.

ИРЧП – это сводный показатель развития человеческого потенциала, который характеризует средний уровень достижений данной страны по трем важнейшим аспектам развития человеческого потенциала:

1) долгой и здоровой жизни, измеряемой показателем ожидаемой продолжительности жизни при рождении;

2) знаниям, определяемым уровнем грамотности взрослого населения (с весовым коэффициентом две трети) и совокупным валовым контингентом учащихся начальных, средних и высших заведений (с весовым коэффициентом одна треть);

3) достойному уровню жизни, измеряемому показателем ВВП на душу населения (ППС в долл. США).

Выбор данных показателей не случаен, поскольку трудовой потенциал общества увеличивается за счет сокращения заболеваемости и травматизма, что приводит к росту численности рабочей силы и расширению масштабов трудовой деятельности. Улучшение здоровья населения рассматривается как важный фактор физического развития, повышения работоспособности и, соответственно, расширения возможностей для создания продуктов и услуг, накопления знаний и пр. Повышение уровня образования как отдельного человека, так и населения в целом существенно влияет на качество человеческого капитала, основного фактора приумножения богатства общества, и обуславливает рост общественной производительности труда. Уровень образования характеризует накопленный образовательный, трудовой, научный, интеллектуальный и творческий потенциал, составляя фонд совокупных знаний и умений – духовное богатство общества [40, с. 92-93].

Существует устойчивая взаимосвязь уровня общественного здоровья и социально-экономического развития государства: многие социально-экономические факторы оказывают влияние на формирование общественного здоровья, а качество здоровья населения обуславливает уровень экономического и социального развития государства.

Здоровье стоит немалых денег, но его утрата обходится еще дороже – справедливость этого афоризма становится особенно очевидной при рассмотрении экономических потерь общества от утраты здоровья населением.

В.А. Ионцев и его соавторы в работе «Население России на рубеже XX – XXI веков: проблемы и перспективы» показывают, что «... существующие тенденции воспроизводства населения угрожают привести к тому критическому состоянию, которое определяет не только демографический кризис, но и ситуацию, при которой демографические факторы начинают реально препятствовать экономическому росту» [193, с. 107]. Другими словами, современная демографическая ситуация в нашей стране, характеризующаяся не только низкой рождаемостью, но и крайне высоким уровнем смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте, приводит к значительным потерям человеческого капитала, что может самым негативным образом сказаться на экономическом развитии.

Для современной России проблема увеличения или как минимум сохранения человеческого капитала является одной из важнейших. Как известно, показатели, характеризующие уровень здоровья населения, такие как ожидаемая продолжительность жизни, смертность в трудоспособном возрасте, заболеваемость детей и подростков, вызывают опасения за будущее нашей страны [162, с. 30; 8, с. 29-34; 193]. В этих

условиях концепция, предполагающая в качестве необходимого условия, а возможно, и основной цели наращивание человеческого капитала, могла бы оказаться полезной не только с точки зрения идеологии, но и с точки зрения практических мероприятий, направленных на улучшение качества жизни и повышение уровня здоровья.

Интересными в связи с этим представляются модели спроса на долголетие и стоимости увеличения продолжительности жизни, в которых сопоставляются инвестиции, необходимые для продления жизни, и дополнительные доходы, которые могут быть получены в этом случае. В модели спроса на здоровье М. Гроссмана [363] изменение запаса здоровья связано с инвестициями в здоровье и темпом снижения запаса здоровья, растущим с возрастом. Модель демонстрирует связь индивидуальных инвестиций в здоровье с увеличением продолжительности жизни и эффективной деятельности.

С точки зрения оценки эффективности инвестиций в здравоохранение (в капитал здоровья) принципиальное значение имеют исследования академика С.Т. Струмилина (1965), определявшего долю национального дохода, сберегаемую здравоохранением. По его расчетам, на каждые 100 рублей, затрачиваемых на здравоохранение, создается 220 руб. национального дохода [380, с. 28-29]. Повышение средней продолжительности жизни и сокращение смертности в СССР за 10 лет, согласно расчетам Струмилина, составляли на тот период около 10 млрд. руб. В 1980-х годах были опубликованы расчеты Института кардиологии, показавшие, что на каждый рубль, вложенный в профилактику и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, сберегается 2 – 3 рубля расходов на здравоохранение [161, с. 5-9]. И другие работы из области экономики здравоохранения также доказывают, что профилактика заболеваний обходится дешевле их лечения [315, с. 43-47; 326].

В. Кашин утверждает, что управлять здоровьем можно через инвестиции в него. Инвестиции в широком смысле: времени и средств – в физическую активность, свой настрой, экологию жилища и рациональное питание. Автором разработана оценочная шкала эффективности различных направлений оздоровления. Так, рубль, вложенный в традиционную медицину, сохраняет ресурсов здоровья в среднем на 6 руб., санаторно-курортное лечение – 18 руб., медицинскую реабилитацию – 30 руб., физическую культуру – 42 руб. и рациональное питание – на 64 руб. А совместное использование двух последних – на 102 руб. Получается, что относительно традиционной медицины эффективность этих направлений выше в 3 – 5 – 7 – 11 – 17 раз соответственно. Но это средние значения эффективности частных инвестиций в здоровье.

Максимальный эффект дают инвестиции в детское здоровье. Здесь среднее соотношение 1 к 200, а в здоровье детей в возрасте 4 – 6 лет – 1 к 400 [134, с. 25-28].

По мнению О.П. Щепина [326], «здоровье – не просто благо, это один из экономических ресурсов общества». Крупные инвестиции в человеческий капитал, в том числе и в здоровье, начали осуществляться на практике развитыми западными странами во второй половине XX в.

В России, в условиях напряженной социально-экономической ситуации, при низких доходах государственного бюджета затраты на социальную сферу (вложения в человеческий капитал) недостаточны для ее поддержания, не говоря уже о развитии. Доля расходов государственного бюджета на социальные нужды начала сокращаться с 1970-х гг., а в 1990-х стали сокращаться социальные расходы в расчете на душу населения [86].

В современной России государственные расходы на поддержание и развитие человеческого капитала значительно уступают таковым в развитых странах мира (*табл. 1.3*). Так, например, в 2006 г. расходы государства на здравоохранение на душу населения в Российской Федерации в 8 – 9 раз уступали таковым в США и Норвегии.

В то же время многочисленные исследования показывают, что сложная социально-экономическая ситуация в стране непосредственно отразилась на динамике здоровья населения, уровне и качестве жизни россиян [9, с. 27-33; 162, с. 30; 227; 251, с. 40-54; 326; 373, с. 17-36; 398]. По наиболее пессимистическим демографическим прогнозам, к 2050 году Россия может потерять треть населения, ухудшение здоровья неблагоприятно скажется на трудовом потенциале [3; 72, с. 182; 143, с. 18-21; 251, с. 40-51].

Эти исследования подчеркивают необходимость учета экономических потерь в связи с медико-демографическими процессами для проведения экономически осмысленной политики в сфере охраны здоровья. Именно по этим причинам важно, на наш взгляд, оценить масштабы потерь человеческого капитала, и в частности здоровья, в нашей стране. Экономическим выражением потерь здоровья можно считать ущерб, связанный с заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью.

Экономические аспекты потерь здоровья населения связаны со снижением количества произведенной продукции, дезорганизацией производства при массовой заболеваемости, расходами на медицинское обслуживание заболевших, выплатами по больничным листам, оплатой пенсий по инвалидности и в связи с потерей кормильца, содержанием домов инвалидов и интернатов для детей-инвалидов. В случае ранней смерти человека не компенсируются затраты общества на его

Таблица 1.3. Государственные расходы на здравоохранение и образование в странах с различным уровнем развития человеческого потенциала [88, с. 200-202]

Страна	Государственные расходы на здравоохранение		Государственные расходы на образование	
	На душу населения, ППС долл. США 2006 г.	В % от общих государственных расходов 2006 г.	На одного ученика начальной школы, ППС долл. США 2000 – 2006 гг.	В % от общих государственных расходов 2006 г.
<i>Страны с очень высоким уровнем развития человеческого потенциала</i>				
Норвегия	3 780	17,9	7 072	16,7
Швеция	2 533	13,4	8 415	12,9
Франция	2 833	16,7	5 224	10,6
США	3 074	19,1	...	13,7
<i>Страны с высоким уровнем развития человеческого потенциала</i>				
Эстония	734	11,3	2 511	14,6
Литва	728	13,3	2 197	16,0
Болгария	443	11,9	2 045	6,2
Российская Федерация	404	10,8	...	12,9
<i>Страны со средним уровнем развития человеческого потенциала</i>				
Армения	112	9,7	...	15,0
Украина	298	8,8	...	19,3
Ямайка	127	4,2	547	8,8
Парагвай	131	13,2	518	10,0
<i>Страны с низким уровнем развития человеческого потенциала</i>				
Того	20	6,9	...	13,6
Малави	51	18,0	90	...
Бенин	25	13,1	120	17,1

содержание и обучение. Суммировав перечисленные затраты, можно получить величину потерь, вызванных заболеваемостью, инвалидностью и смертностью, т.е., в сущности, определить цену здоровья.

В 1990-х годах интерес к экономическим аспектам здоровья в нашей стране начал возрастать. Повышенный интерес к стоимости здоровья был вызван разработками в области «экономики человека» и концепции человеческого капитала. В.Л. Корчагин [148, с. 10-14; 149, с. 109-120] подчеркивает, что усиление интереса к экономическим оценкам медико-демографических процессов происходит вследствие роста национального груза болезней, вызванного высокой смертностью, распространением хронических и инфекционных заболеваний, возрастанием потерь населения в связи с воздействием техногенных и стихийных факторов, а также дорожно-транспортным травматизмом. Согласно этому подходу потери здоровья населения характеризуются прямой и непрямой стоимостью. Прямая включает стоимость лечения и реабилитации

больных, социальные выплаты (пенсии по инвалидности, выплаты по социальному страхованию) и расходы на мероприятия по охране здоровья населения. Непрямая стоимость учитывает упущенную выгоду в производстве ВВП, связанную с временной или постоянной утратой трудоспособности в результате заболеваемости, инвалидизации и смертности. По расчетам В.Л. Корчагина, в 1996 г. в России прямая стоимость груза болезней составила 110,2 трлн. руб., а непрямая – 316,7 трлн. руб.

Одно из наиболее полных исследований по определению экономических потерь, наносимых экономике вследствие утраты здоровья, проведено в Институте прогнозирования народонаселения Б.Б. Прохоровым и Д.И. Шамаковым. В ряде работ авторы представляют расчеты экономического ущерба, используя различные подходы [324, с. 527-539]. В целом по России расходы и потери в связи с заболеваемостью и инвалидностью населения весьма существенны (табл. 1.4).

Таблица 1.4. **Экономический ущерб в связи с потерями здоровья населения в России в 1996 – 2000 гг.** [324, с. 535]

Период	Явления	Абсолютные числа		На 1 занятого в экономике, руб.	На душу населения, руб.	В % к ВВП
		млн. руб.	млн. долл.			
1996 г.	Смертность населения от всех причин (ППГЖ)	293 021 986	132 649	4 443 093	1 986 563	13,66
1999 г.	Заболеваемость с временной утратой трудоспособности	196 497,2	41 807,9	3 072,0	1 346,6	4,32
	Инвалидизация занятых в экономике	58 820,0	12 514,9	919,6	403,1	1,29
	Смертность занятых в экономике, в том числе в связи со злоупотреблением алкоголя	40 011,6	8 513,1	625,5	274,2	0,88
		12 003,5	2 553,9	187,7	82,3	0,26
Суммарный ущерб от потерь здоровья занятых в экономике	295 328,8	62 835,9	4 617,2	2 023,9	6,50	
2000 г.	Смертность населения трудоспособного возраста от несчастных случаев, отравлений и травм	26 400	4 100	410,4	181,8	0,40

Из данных таблицы видно, что наибольший процент от ВВП составила стоимость потерянных лет потенциальной жизни в результате общей смертности населения в 1996 г. Это связано с двумя факторами:

- данная стоимость рассчитывалась на перспективу, с учетом суммарного количества лет, не дожитых до возраста ожидаемой продолжительности жизни, а не за период, равный одному году, как в остальных случаях;

- предельный возраст дожития при расчете количества потерянных лет принимался равным ожидаемой продолжительности жизни в развитых странах Европы (71 год для мужчин и 80 лет для женщин), которая значительно выше, чем в 1996 г. в России (60 лет для мужчин и 72 года для женщин).

Авторы подчеркивают, что суммарный экономический ущерб значительно больше всех приведенных оценок, т.к. учитывает затраты в результате потерь здоровья во всех возрастных группах и на перспективу. Однако даже эти оценки достаточно убедительно доказывают необходимость самого внимательного отношения к проблемам в области общественного здоровья.

Вследствие неравномерности регионального развития значительный интерес представляют расчеты экономического ущерба от потерь здоровья для отдельных регионов. На основании вышерассмотренной методики нами был осуществлен расчет упущенной выгоды в производстве ВРП и экономических потерь вследствие утраты здоровья для Вологодской области.

Даже при частичном учете ущерба от заболеваемости, инвалидности и смертности населения в среднем в год экономика региона «потеряла» около 3 млрд. руб., а при учете преждевременной смерти трудоспособного населения в 2006 и 2007 гг. – в среднем почти 32,5 млрд. руб. (табл. 1.5). Полный экономический ущерб намного больше.

Таблица 1.5. Упущенная выгода в производстве ВРП в связи с потерей здоровья населением Вологодской области, участвующим в производственном процессе

Показатель	2006 г.		2007 г.	
	тыс. руб.	% к ВРП	тыс. руб.	% к ВРП
Упущенная выгода в производстве ВРП за год в связи с болезнью населения (выплаты по социальному страхованию)	802 316,1	0,2	996 184,0	0,2
Упущенная выгода в производстве ВРП за год в связи с участием инвалидов в производственном процессе	68 659,4	0,01	84 537,3	0,02
Упущенная выгода в производстве ВРП за год в связи с преждевременной смертью трудоспособного населения	1 791 045,6	0,4	1 543 038,4	0,3
Упущенная выгода в производстве ВРП в связи с потерянными годами потенциальной жизни	35 021 763,0	7,6	29 865 038,0	5,4
Итого	37 683 784,1	8,1	32 488 797,7	5,9

При обсуждении экономического ущерба, наносимого бременем болезней, отдельного внимания заслуживает распространение ВИЧ-инфекции и СПИДа. Многие исследования последних лет показали, что это заболевание ложится тяжелым экономическим бременем на отдельных граждан,

семьи и целые страны. Так, Всемирный Банк провел два исследования, одно из которых посвящено влиянию ВИЧ-инфекции и СПИДа на экономику Российской Федерации.

Результаты исследований Всемирного Банка показали, что при безудержном распространении данного заболевания ВВП будет к 2010 г. на 4,15%, а к 2020 г. на 10,5% ниже, чем в том случае, если удастся сдержать распространение болезни. В отношении отдаленного будущего, вероятно, более важным представляется тот факт, что безудержное распространение ВИЧ снизит темпы экономического роста: к 2010 г. они будут ежегодно падать на 0,5%, а к 2020 г. – на 1% [370].

Здоровье оказывает значительное влияние на качество трудовых ресурсов, производительность труда и, следовательно, на экономическое развитие общества. В современных условиях, при возросших требованиях к качеству трудового потенциала, здоровье становится ведущим фактором экономического роста. Например, снижение численности основной составляющей трудовых ресурсов (населения в трудоспособном возрасте) в Вологодской области потребует значительного увеличения производительности труда занятого населения. По расчетам, для сохранения имеющихся темпов роста объема валового регионального продукта производительность труда к 2020 г. необходимо увеличить не менее чем на 131% от уровня 2007 г. (или на 7% ежегодно). Сегодня производительность труда увеличивается примерно на 5% в год. Основными резервами ее роста в сложившихся обстоятельствах видятся модернизация производственных фондов, развитие интеллектуального потенциала и повышение квалификации работников, внедрение наукоемких технологий.

Эксперты ВОЗ, опираясь на многочисленные исследования, отмечают, что существует устойчивая прямая взаимосвязь между продолжительностью жизни и темпами экономического роста. В странах, где продолжительность жизни в 1960-х гг. была самой большой, в последующие сорок лет быстрее всего развивалась экономика. В некоторых случаях продолжительность жизни надежнее предсказывала экономический рост, чем показатели, характеризующие уровень образования [388, с. 126].

Эксперты ВОЗ оценили также и возможные экономические выгоды, которые могла бы извлечь экономика государства при улучшении здоровья населения. Так, например, расчеты для Российской Федерации показали, что любая эффективная программа инвестиций в укрепление здоровья, начатая в 2000 г., будет экономически выгодна, если она: 1) снизит взрослую смертность на 2% в год относительно исходного

уровня; 2) обойдется дешевле, чем 26% от величины ВВП РФ в 2000 г. [388, с. 138]. Эти оценки следует воспринимать главным образом как показатель того, чего можно добиться, улучшив состояние здоровья населения.

Таким образом, анализ теоретических основ свидетельствует о том, что общественное здоровье – сложная социально-экономическая категория, тесно взаимосвязанная с развитием общества. Уровень социально-экономического развития страны определяет тип общественного здоровья. Войны, голод, социальная деградация общества ведут к значительному его ухудшению. Здоровье является значимым компонентом социального и человеческого капитала.

Крепкое здоровье экономически выгодно (может быть источником дохода) как для конкретного индивида, так и для государства в целом, увеличение продолжительности жизни граждан и укрепление их здоровья ведут к повышению уровня экономического развития территории. Ослабленное здоровье, напротив, несет значительный экономический урон. По нашим расчетам, от заболеваемости, инвалидности и смертности населения экономика Вологодской области «теряет» в среднем в год около 3 млрд. руб.

Здоровье оказывает значительное влияние на качество трудовых ресурсов, производительность труда и, следовательно, на экономическое развитие общества. Здоровье нуждается в инвестициях в виде оказания медицинских услуг, проведения профилактических мероприятий, организации оптимального режима труда и отдыха.

Решение проблем, связанных со здоровьем, на государственном и личностном уровне невозможно в рамках какой-либо одной научной теории. Для сохранения здоровья необходимо единение усилий государства, медицины и общества.

1.3. Методологические подходы к изучению здоровья

Методология изучения здоровья определяется его категориальной спецификой. Здоровье характеризуется высокой степенью сложности, что требует комплексного, многостороннего подхода к его исследованию. Комплексное изучение здоровья связано с интеграцией медицинских, социальных, экономических, социологических индикаторов здоровья.

Для настоящего времени характерно включение все большего числа отраслей естественных и гуманитарных наук в общий поток исследований многообразных вопросов, касающихся здоровья, – медико-биологических [23; 32; 45, с. 5-9], философских [36, с. 48-53], психологических [104, с. 95-105], социально-гигиенических [142, с. 78-82; 140]

и многих других. Растущий интерес к проблеме здоровья особенно заметен в области социально-экономических наук, где изучение этой проблемы постепенно завоевывает позиции одного из ведущих направлений научных разработок [31; 257, с. 152-187; 265]. Объектом самостоятельного рассмотрения становится здоровье и в исследованиях проблем условий и образа жизни населения.

Наряду с такими известными факторами, как доход, питание, семейное положение, медико-экономические особенности, все большее значение приобретают социально-экологические характеристики, субъективные оценки состояния здоровья, уровень адаптационных возможностей, степень информированности и активность населения в вопросах профилактики, здоровье здоровых, другие факторы, значение которых раскрывает социология здоровья, в основе которой лежат выборочные проспективные (в режиме реального времени) исследования.

Правомерность и необходимость такого рода исследований определяется существованием многочисленных связей, соединяющих понятия здоровья и качества жизни. Эти связи характеризуются сложной системой причинно-следственных связей, что обуславливает необходимость применения разностороннего экономико-социального исследования.

Методологические принципы и подходы к оценке и изучению здоровья весьма разнообразны. Обобщение сведений о широко используемых методах и приемах изучения здоровья населения позволяет выделить пять основных групп методик.

Первую группу составляют методы изучения статистических данных о заболеваемости, смертности, инвалидности, ожидаемой продолжительности жизни населения. Они дают представление об общей картине здоровья или нездоровья общества.

Ко второй группе относятся методы, направленные на изучение психофизиологических показателей здоровья индивидов или групп людей. Они разрабатывались главным образом в рамках социальной гигиены и социальной медицины и дают понимание отдельных процессов как изменения психофизиологических показателей здоровья.

В третью группу входят методы, разработанные социологами, направленные на изучение социальных показателей здоровья, а также субъективных оценок здоровья и т.п.

Четвертую группу составляют методы, интегрирующие субъективные представления о здоровье с его объективными характеристиками.

В пятую же группу выделим методы, показывающие взаимосвязь общественного здоровья и социально-экономического развития общества. Их методическая основа формируется в экономике, эконометрике, математике.

Анализ статистических данных (*1 группа методов*) позволяет нам составить представление о наиболее распространенных в данный период заболеваниях, о причинах смертности населения, о средней продолжительности жизни. Можно получить информацию и по стране в целом, и по отдельным регионам, и по населенным пунктам, в различные временные промежутки, в гендерном и возрастном срезе. Несомненным преимуществом данного вида методов является наличие информации, позволяющей делать сравнения, выстраивать временные ряды; большинство статистических данных пригодно для межстрановых сравнений, что позволяет дать общую характеристику ситуации, изучить исторические и глобальные закономерности. В настоящее время наиболее разработанными и широко используемыми методами являются изучение смертности по причинам смерти, заболеваемости по нозологическим формам, по данным обращаемости и госпитализации, медицинским осмотрам; регистры болезней; расчеты ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности здоровой жизни.

Основной недостаток данных об обращаемости состоит в том, что они не дают представления об истинной заболеваемости. Во-первых, при возникновении острых либо обострении хронических заболеваний люди не всегда обращаются за медицинской помощью; во-вторых, уровень обращаемости зависит от ряда факторов, не имеющих отношения к заболеваемости (например, от степени развития и специализации лечебно-профилактической сети, территориальной доступности медицинской помощи и т.п.); наконец, ориентация на число обращений позволяет учитывать только количественную сторону заболеваемости, игнорируя ее качественные аспекты, в первую очередь различия в степени тяжести заболеваний.

Более полные и глубокие знания о здоровье, например детском, дают углубленные медицинские осмотры или данные диспансеризации отдельных групп населения. Организация осмотров позволяет улучшить выявляемость отклонений, хронических заболеваний и начальных морфофункциональных сдвигов как терапевтом (педиатром), так и врачами-специалистами. Тем самым создаются оптимальные условия для эффективного оздоровления населения с начальными формами отклонений. Но единичные углубленные медицинские осмотры не дают возможности выявить тенденции изменения здоровья популяции, установить зависимости между здоровьем и формирующими его факторами среды. Широкое применение медосмотров ограничено трудоемкостью и затратностью проведения.

Большей точностью и достоверностью в сравнении с данными о заболеваемости по обращаемости обладают показатели смертности. Но очень велика вероятность разнонаправленных тенденций в движении этих показателей, особенно среди детского населения (смертность может снижаться при одновременном возрастании показателей заболеваемости, например болезнями органов дыхания детей до 14 лет, и снижении смертности по этому показателю). Кроме того, показатели смертности не отражают роста или уменьшения контингента больных с хроническими заболеваниями, которые не имеют летального исхода.

Недостаток показателей заболеваемости и смертности состоит также в том, что они являются по существу характеристиками негативного здоровья, и потому их использование оставляет в стороне весьма многочисленные группы населения, которые не имеют патологических состояний, но, тем не менее, не представляют собой однородной совокупности с точки зрения уровня здоровья.

Статистическая информация позволяет быстро охватить проблемную ситуацию и увидеть закономерности и противоречия того или иного явления, но в то же время она оценивает состояние здоровья населения лишь по фактическим уровням заболеваемости. При этом не учитывается латентная заболеваемость, по поводу которой население не обращается за медицинской помощью. Кроме того, при сугубо статистическом подходе за рамками учета остается множество социально значимых факторов, оказывающих существенное влияние на общественное здоровье. Следовательно, для полноценного и достоверного анализа состояния общественного и индивидуального здоровья необходим консолидирующий принцип, объединяющий в себе как объективные, так и субъективные критерии оценки.

Таким образом, при явных достоинствах этой группе методов присущи и недостатки. На наш взгляд, статистические данные лишь отчасти позволяют выявить влияние факторов на формирование общественного здоровья. Еще сложнее уловить изменения здоровья на микроуровне (семья, индивид), основываясь только на этих методах.

Ко второй группе методов относится, например, метод выделения групп здоровья населения, разработанный в 70 – 80-е гг. Эта типологизация выстраивается на основе анализа данных медицинской статистики. При определении группы здоровья прослеживается анамнез каждого пациента (либо участника исследования): по частоте заболеваний простудного характера, времени возникновения и степени тяжести имеющихся хронических заболеваний, а также по наличию различного рода травм и их последствий для здоровья. Главным критерием оценки

уровня здоровья являются частота хронической патологии у населения и характеристики обострения болезни (по частоте и тяжести переносимых обострений).

На основе сведений об уровне заболеваемости, травматизма и инвалидности, в соответствии с классификацией Минздрава РФ [168], выделяются следующие группы здоровья.

Первая группа – Д-I (здоровые) – лица, которые не предъявляют никаких жалоб и у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены хронические заболевания или нарушения функций отдельных органов и систем; среди них лица с так называемыми «пограничными состояниями», нуждающиеся в наблюдении (т.е. лица, у которых выявлены незначительные отклонения от установленных границ нормы в величинах АД и от прочих физиологических характеристик, не влияющие на функциональную деятельность организма).

Вторая группа – Д-II (практически здоровые) – лица, в анамнезе которых наличествует острое или хроническое заболевание, но которые не имеют обострений в течение нескольких лет и болеют острыми простудными заболеваниями не чаще четырех раз в году.

Третья группа – Д-III (больные, нуждающиеся в лечении) – лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности; лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности; лица с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

В каждой из вышеуказанных групп следует учитывать лиц с факторами риска (производственного, бытового, генетического характера) возникновения определенных заболеваний.

Подобная же классификация, предложенная Институтом гигиены детей и подростков МЗ СССР в 1965 г. [84], используется и для комплексной оценки здоровья детей на основе данных медицинского наблюдения. В соответствии с ней дети распределяются по пяти группам: 1 – здоровые; 2 – здоровые с некоторыми функциональными отклонениями; 3 – больные хроническими заболеваниями в компенсированном состоянии; 4 – больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации; 5 – больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации.

В период раннего детства (от момента рождения до 3 лет) для более точной дифференциации в определении уровней состояния здоровья детей используется дифференциация второй группы здоровья.

В ней выделяют подгруппы 2А и 2Б. Группа 2А – здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний, они ближе по уровню состояния здоровья к детям первой группы. К группе 2Б относят здоровых детей, но имеющих функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость острым и хроническим заболеваниям. Распределение детей по указанным группам в некоторой степени условно, однако достаточно информативно и целесообразно при однократном и длительном наблюдении.

На наш взгляд, вышеперечисленные классификации отражают не столько состояние здоровья индивида или группы людей, сколько их адаптивные возможности и особенности в зависимости от перенесенного заболевания. Эти классификации носят медицинский характер и в социально-экономической оценке здоровья могут быть использованы в сочетании с результатами социологических опросов, дающих субъективную оценку состояния индивида, самооценку здоровья, характеристики социальных и экономических факторов жизни.

Социологические показатели здоровья (*3 группа методов*) стали разрабатываться, когда в теории большее внимание стало уделяться продолжительности здоровой жизни. Оценка здоровья проводится посредством соотнесения негативных и позитивных показателей. К негативным относятся частота и распространенность заболеваний и смертей, а к позитивным – доля в популяции физически и психически здоровых, а также социально благополучных лиц, при ведущей роли самооценки.

К данной группе относится, например, методика А.Е. Ивановой [121], в которой основными показателями здоровья являются функциональные способности людей решать жизненные проблемы (комплексы проблем). Предлагается общая модель оценки здоровья, состоящая из четырех этапов. Первый – это определение классификации функционального статуса через три основных аспекта ежедневных функций (подвижность – 3 уровня, физическая активность – 3 уровня, социальная активность – 5 уровней). Второй этап – это классификация симптомов и проблем (субъективное здоровье). Третий этап – назначение весов предпочтений для создания шкалы качества благополучия. На четвертом этапе оценивается ожидаемая продолжительность благополучной жизни (жизни в отсутствие помех, связанных с нарушением здоровья, без нарушения здоровья). Данная характеристика позволяет дать оценку здоровья, функционирования человека в течение жизни, во времени.

В 90-х гг. прошлого века с формированием понятия «качество здоровья» был разработан ряд методик по его оценке. Одна из первых методик принадлежит английскому социологу А. Williams [356; 374]. Индикаторами

качества здоровья в ней выступают мобильность, самообслуживание, повседневная деятельность, боль/дискомфорт, беспокойство/депрессия, составляющие 5 разделов, которые позволяют описать проблемы, связанные с выбранными индикаторами. На основании этих индикаторов А. Williams [394, с. 199-208] составил шкалу по измерению качества здоровья – индивидуальный термометр здоровья.

На наш взгляд, измерение качества здоровья и качества жизни очень продуктивно для дальнейших исследований, т.к. помогает оценить собственно здоровье, а не болезнь. Вместе с тем в представленных методиках сделан излишне большой акцент на физиологических параметрах, недооценена роль субъективного восприятия. Исследования качества жизни и качества здоровья должны быть продолжены в направлении изучения качества социального, психического и репродуктивного здоровья.

Субъективные характеристики здоровья населения, полученные в ходе социологических обследований, все чаще применяются отечественными и зарубежными учеными. Несмотря на некоторые ограничения метода самооценок, он признан достаточно надежным и рекомендован Всемирной организацией здравоохранения для мониторинга здоровья и внутри отдельных стран, и для межстрановых сравнений. Поэтому использование социологической информации о состоянии здоровья населения вполне оправданно и полезно в качестве дополнительного инструмента оценки общественного здоровья и результативности политики здравоохранения.

Интеграция субъективных представлений о здоровье с объективными показателями (*4 группа методов*) успешно осуществляется учеными Института социально-экономических проблем народонаселения РАН. Комплексная оценка была предпринята в многоэтапном проекте «Таганрог», осуществленном под руководством Н.М. Римашевской. В серии обследований в г. Таганроге индекс здоровья строился на микроуровне, что позволило сделать выводы о состоянии и динамике здоровья на основании оценки состояния отдельных индивидуумов, то есть переходя от частного к общему [102, с. 225]. Одним из основных достоинств данной методики является попытка объединения субъективных и объективных оценок.

В качестве главного измерителя уровня здоровья была использована его самооценка респондентами по пятибалльной шкале – от 5 баллов (отличное) до 1 балла (очень плохое). В обследовании 1981 г. была проведена работа по выведению интегральной оценки здоровья путем комбинирования оценок субъективных (самооценки здоровья респондентами)

и объективных (оценки здоровья этих же респондентов медицинскими работниками на основе осмотров и медицинской документации). В итоге обработки экспертами всего объема информации выставлялись интегральные оценки здоровья [102, с. 225].

Методом, интегрировавшим субъективные показатели здоровья и параметры, носящие медико-социальный характер, стала система ЭДИФАР (экспертный диалог, исследование факторов риска). Мониторинг-система ЭДИФАР предназначена для сбора и обработки информации от взрослого населения, касающейся образа жизни, жалоб на здоровье и социальное неблагополучие, а также для учета потребностей, оценок и мнений людей относительно действий властей в сфере здравоохранения и социальной защиты на местах. Вопросники в ней были составлены с учетом предложений Европейского регионального бюро ВОЗ [76; 218].

В конце 1990-х гг. в некоторых поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга была внедрена автоматизированная система профилактических осмотров детского населения – АСПОНД. Эта система предназначена для профилактических осмотров детей от 3 до 17 лет и количественной оценки их состояния по 24 профилям патологии, с направлением по показаниям к врачам-специалистам [54].

Автоматизированные системы позволяют во многом сократить объем работы, особенно ручной, на стадиях сбора и обработки информации. Однако низкая обеспеченность медицинских учреждений компьютерами, отсутствие обученных специалистов для проведения консультаций пациентов в период работы с диалоговой системой, а также нищета бюджетов затрудняют широкое распространение, а значит, и жизнеспособность данной системы в медицинских учреждениях.

В то же время ее существенным недостатком является привлечение к обследованию лишь той части населения, которая нуждается в медицинской помощи, т. е. больных людей. Те же группы населения, которые не обращаются за помощью врачей, остаются за рамками обследования. Не включены в обследование и дети младшего возраста – от рождения до 3 лет.

Таким образом, учитывая сложность и многогранность здоровья, подчеркнем, что более глубокое его изучение достигается при комплексном использовании источников информации и статистических данных, позволяющих проводить сравнения, характеризовать здоровье на макроуровне (мир, страна, регион), и социологических данных, дающих возможность изучить «здоровье здоровых», понять закономерности формирования здоровья на микроуровне (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Показатели, характеризующие общественное здоровье

Несмотря на обширность государственной статистики и многочисленных социально-гигиенических и социологических исследований, требуется много дополнительных источников, так как нужны более дифференцированные причинно-следственные характеристики, глубокое отражение связей между условиями жизни и здоровьем населения в количественном выражении.

Пятая группа объединяет методики, позволяющие установить количественные закономерности и взаимосвязи между здоровьем и социально-экономическим развитием.

В монографии ВОЗ «Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии» [382, с. 138] представляется ряд исследований, проведенных экспертами ВОЗ в различных странах мира и показывающих неоспоримое влияние качества здоровья на поступательное экономическое развитие государства, рост ВВП и т.д. Состояние здоровья влияет на сбережения [347, с. 319-338], вложения в человеческий капитал [368, с. 1-23], прямые иностранные инвестиции [338, с. 25] и производительность труда [346].

К этой же группе методов относятся и расчеты экономического ущерба, наносимые утратой здоровья. Проведенные Ю.П. Лисицыным [161, с. 5-9] исследования показывают весьма значительные масштабы экономического урона, наносимого заболеваемостью, инвалидностью и смертностью.

Одно из наиболее полных исследований по определению экономических потерь, наносимых экономике вследствие утраты здоровья, проведено в Институте прогнозирования народонаселения Б.Б. Прохоровым и Д.И. Шмаковым и др. В ряде работ авторы представляют расчеты экономического ущерба как на текущий год, так и с учетом потерянных лет предстоящей жизни [324, с. 527-539].

Не менее важными среди применяемых представляются методы оценки эффективности средств, затраченных на лечение различных недугов. Например, анализ «затраты – эффективность» используется в тех случаях, когда для измерения эффекта применяется только один количественный показатель (например, число сохраненных человеко-лет жизни) [96, с. 31-36].

Анализ «затраты – эффективность» – весьма действенный метод экономической оценки использования лекарственных средств и лечения в целом. Но при этом он имеет два основных недостатка, ограничивающих его применение в определенных условиях: 1) из-за своей одномерности он не может быть использован для сравнения различных видов врачебного вмешательства, которые оказали разное воздействие на состояние здоровья; 2) метод не позволяет определить его общественную полезность, хотя он указывает наиболее эффективный путь действия [172].

Анализ «затраты – выгода» используется в тех случаях, когда последствия применения лекарственного препарата измеряются с помощью более чем одного показателя либо когда последствия реализации различных программ сопоставляются по разным критериям. В основе метода лежит приведение всех последствий к единому денежному эквиваленту с последующим сопоставлением вариантов по критерию наибольшего денежного эффекта на единицу затрат [99, с. 14]. Такой способ представляется логичным, однако существуют трудности в оценке подобных результатов: например, сложно представить сохраненную жизнь или дополнительные годы жизни в денежном выражении. В силу этих и многих других трудностей анализ «затраты – выгода» используют редко.

Анализ полной экономической оценки «затраты – полезность» используется в тех случаях, когда все последствия альтернативных программ измеряются посредством корректировки с учетом специального

свойства этих программ для потребителей – полезности, в качестве которой могут выступать такие величины, как годы жизни, скорректированные по качеству (QALY – quality-adjusted life years), либо эквивалент лет здоровья (HYE – healthy-years-equivalent) [99, с. 14]. Анализ «затраты – полезность» позволяет провести всеобъемлющую оценку результатов лечения с позиций пациента и его ближайшего окружения, включая их предпочтения, показатели восстановления (улучшения) социального функционирования и качества жизни как общего итога и «сверхзадачу» медицинских мероприятий [74].

Влияние лечения на физическое, психологическое, когнитивное и социальное функционирование пациента, его благополучие измеряются в неспецифических единицах (количество продленных лет жизни с поправкой на качество жизни пациента – QALY). Для расчета показателя QALY (связанные с качеством жизни годы) каждый год предстоящей жизни умножается на ожидаемое качество жизни, представленное в виде баллов от 0 до 1, где 0 – это смерть, а 1 – это состояние полного физического и психического здоровья. Существуют попытки стандартизировать подходы к оценке QALY, поскольку оценка качества жизни – параметр субъективный и разные пациенты по-разному оценивают качество своей жизни. Некоторые авторы рекомендуют использовать таблицу коэффициентов Роснера и Ватса (Матрица Роснера и Ватса) [331].

Концепция DALY является другой стандартизированной формой QALY. Она была разработана К. Мюрреем и А.Д. Лопесом в 1993 – 1994 гг. для количественного определения потерь вследствие болезни в исследовании, проведенном Всемирным Банком совместно с ВОЗ [331]. Метод расчета DALY отражает популяционные эффекты как от применения медицинских технологий, так и от результатов воздействия на население экономических, социальных, экологических, урбанистических и других неблагоприятных факторов.

К преимуществам данной методики можно отнести возможность проведения непосредственного сопоставления социального бремени болезней; наличие объективного доказательства выбора финансовых приоритетов в здравоохранении; возможность непосредственного сопоставления терапевтических результатов в различных странах (регионах). Причем не промежуточных показателей эффективности лечения (определяемых объемом прямых затрат, длительностью госпитализации и др.), а конечных результатов, выражающихся в улучшении социального функционирования больных; количественной оценки качества; возможности сравнения ресоциализирующего вклада различных терапевтических (медикаментозных) программ в снижение бремени болезни.

Однако существенным недостатком метода является то, что если количество единиц DALY, приобретенных вследствие лечения, одинаково, то для пациента равно предпочтительны длительная жизнь низкого качества или короткая продуктивная, что ставит под сомнение затратно-эффективное доминирование программы с большим количеством DALY.

Таким образом, исследователями используются разнообразные методы экономического анализа для установления взаимосвязи здоровья и социально-экономического развития, полезности и эффективности медицинского вмешательства. Приоритет использования каждого из них определяется поставленными целями и задачами. Конечной целью, как правило, является снижение социально-экономического бремени болезни и улучшение качества жизни населения.

Для всестороннего изучения роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения необходимо комплексное исследование проблемы на разных уровнях. Такой подход позволяет перейти от изучения здоровья населения на макроуровне (страна, экономический район, регион) к конкретному исследованию человека, изучению его отношения к собственному здоровью на микроуровне (отдельные домохозяйства, конкретные люди). Взгляд на проблему на каждом уровне детализации дает возможность выявить закономерности и особенности, «невидимые» на других уровнях:

1. Для отражения состояния здоровья на разных уровнях обобщения используются различные показатели: так, например, для больших групп населения одним из важнейших показателей является ожидаемая продолжительность жизни, уровни заболеваемости, инвалидизации, младенческой и детской смертности, общей смертности. Данные показатели позволяют, прежде всего, выявить динамику здоровья. При исследовании на микроуровне большую роль играют самооценки здоровья.

2. Некоторые факторы воздействия могут быть изучены только на определенном уровне обобщения: например, дифференциацию доходов населения (индекс Джинни, коэффициент фондов, индекс Кейтца), экологическое состояние среды целесообразно изучать на страновом и региональном уровнях. Выявить и ранжировать факторы, воздействующие на здоровье индивида или семьи (изменение доходов в связи с рождением ребенка, медицинская активность), возможно отследить только на микроуровне [186, с. 117-123].

В монографии использовалось сочетание выделенных подходов. Последовательность и комплексность исследования общественного и индивидуального здоровья обеспечивалась этапами, соответствующими поставленным задачам (рис. 1.2).

ЭТАП 1. Анализ состояния общественного здоровья на макроуровне (анализ демографического развития, смертности, заболеваемости, инвалидизации населения России и регионов на примере СЗФО и Вологодской области).

ЭТАП 2. Анализ состояния общественного и индивидуального здоровья на микроуровне (через его компоненты: физическое здоровье, психическое здоровье, репродуктивное здоровье и здоровье детей). Определение детерминант здоровья.

ЭТАП 3. Оценка потенциальной потребности населения в медицинской помощи, доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых населению, эффективности современных преобразований в здравоохранении.

ЭТАП 4. Разработка направлений улучшения общественного здоровья.

Рис. 1.2. Этапы исследования

Общественное здоровье на макроуровне оценивалось на основе данных Федеральной службы государственной статистики РФ, Территориального органа государственной статистики по Вологодской области, данных Департамента здравоохранения Вологодской области и ведомственной статистики. В анализе использовалась информация по следующим направлениям: демографическое развитие, характеристика клинико-эпидемиологической ситуации, характеристика социальных аномалий (рис. 1.3).

Анализ исследования общественного здоровья на микроуровне опирался на данные социологических и медико-социологических исследований взаимосвязанных компонентов здоровья: физического здоровья, психического здоровья и социального самочувствия взрослого населения, репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения, здоровья детского населения. Исследования проводились на территории Вологодской области, как одного из типичных регионов Российской Федерации, для которого характерны все тенденции в изменении здоровья и демографического развития, присущие стране в целом.

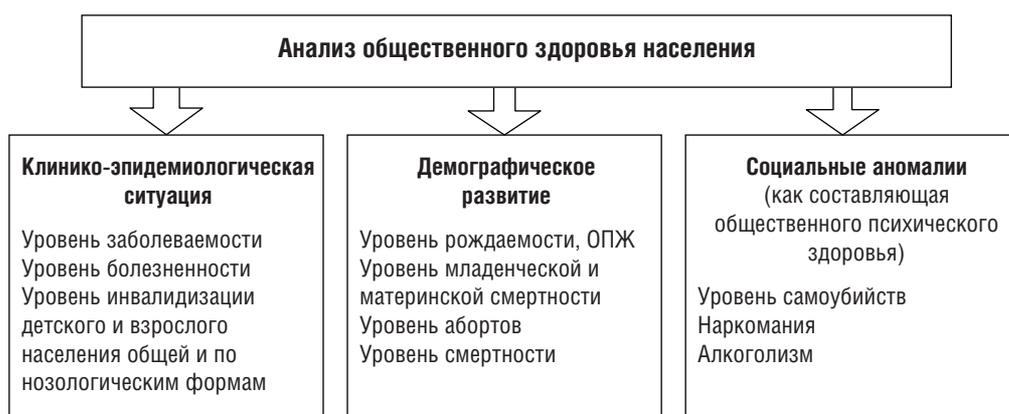


Рис. 1.3. Система анализа общественного здоровья на макроуровне

Эмпирическая часть настоящей работы опирается на следующие исследования, проведенные нами:

1. Мониторинг здоровья населения Вологодской области и условий его охраны и укрепления. Обследование проходило ежегодно в период с 1999 по 2008 г. на базе Института социально-экономического развития территорий РАН (ИСЭРТ РАН) в форме стандартизованного интервью в городах Вологде и Череповце, а также в восьми районах Вологодской области (Бабаевский, Великоустюгский, Вожегодский, Грязовецкий, Кирилловский, Никольский, Тарногский, Шекснинский). Объем ежегодной выборки – 1500 респондентов. Тип выборки: районирование с пропорциональным размещением единиц наблюдения, квотная по полу и возрасту в соответствии с генеральной совокупностью. Репрезентативность выборки обеспечивалась соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением; пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города); половозрастной структуры взрослого населения области. Величина случайной ошибки выборки составляет 3% при доверительном интервале 4 – 5%. Техническая обработка информации производилась в программах SPSS и Excel.

Анкета для исследования, разработанная нами, включала следующие основные блоки вопросов: самооценка здоровья респондентом, с выявлением изменений в здоровье за последний год и наличия хронических заболеваний; оценка условий и образа жизни (жилищные условия, условия труда, питание, курение, потребление алкоголя, физическая активность); информированность населения в вопросах сохранения здоровья; оценка доступности и качества медицинской помощи; оплата медицинских услуг; социально-демографический блок, включающий вопросы о доходах.

В отдельные годы в анкету добавлялись некоторые вопросы исходя из задач этапов исследования, но основная часть вопросника оставалась неизменной. Это позволило выстраивать динамические ряды по большинству вопросов. В *приложении 2* приведена анкета, использованная в 2008 г.

В качестве основных задач исследования на данном этапе нами выделены: измерение индивидуального здоровья жителей Вологодской области на основе самооценок; построение индексов здоровья; выявление зависимости здоровья от социально-демографических характеристик населения; определение прямых и обратных связей между состоянием здоровья и основными показателями уровня и образа жизни; построение типологической дифференциации населения по сочетанию параметров уровня и образа жизни и состояния здоровья.

Для оценки здоровья вычислялась не только балльная оценка (1 балл – очень плохое, 2 – плохое, 3 – удовлетворительное, 4 – довольно хорошее, 5 – очень хорошее), но и индекс здоровья (ИЗ) населения региона на основе субъективных оценок по нашей методике. Рассчитанный нами индекс здоровья позволяет перейти от качественных характеристик здоровья индивидов (микроуровень) к количественной оценке здоровья популяции (макроуровень).

Индекс здоровья рассчитывался как среднее от суммы произведений баллов (используемых при балльной оценке здоровья) и их удельного веса в совокупности опрошенных:

$$\text{ИЗ} = \frac{1q_1 + 2q_2 + 3q_3 + 4q_4 + 5q_5}{5} : 100,$$

где q_1 – доля респондентов, выбравших при оценке здоровья вариант ответа «очень плохое»;

q_2 – доля респондентов, выбравших при оценке здоровья вариант ответа «плохое»;

q_3 – доля респондентов, выбравших при оценке здоровья вариант ответа «удовлетворительное»;

q_4 – доля респондентов, выбравших при оценке здоровья вариант ответа «хорошее»;

q_5 – доля респондентов, выбравших при оценке здоровья вариант ответа «очень хорошее».

В полученной шкале колебания индекса здоровья составляют от 0,2 до 1,0. При интерпретации данных ИЗ следует учитывать, что его значение до 0,6 соответствует низкой самооценке здоровья; 0,61 – 0,8 – средней; 0,81 – 1,0 – высокой самооценке здоровья.

2. Мониторинг психического здоровья и социального самочувствия населения Вологодской области. Социологические опросы проводились на базе ИСЭРТ РАН под нашим руководством и при нашем участии.

Была разработана анкета для социологических опросов. Их периодичность была различной (в 2000 – 2001 гг. – два раза в год, в последующем – один раз в год). Объем ежегодной выборки – 1500 респондентов. Методика организации и проведения опроса аналогична методике, использованной в исследовании «Мониторинг здоровья населения Вологодской области и условий его охраны и укрепления».

Анкета для исследования включала следующие основные блоки вопросов: оценка социального самочувствия и настроения, степени удовлетворенности жизнью; вопросы специальных методик; информированность

населения в вопросах сохранения здоровья; оценка востребованности и доступности психологической помощи; социально-демографический блок, включающий вопросы о доходах (*прил. 3*).

С целью выявления в регионе за период 2000 – 2008 гг. неучтенных пограничных психических расстройств, различных предболезненных состояний использовались следующие тесты, включенные в анкету для социологического опроса:

1. Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса.
2. Методика измерения депрессивных состояний Зунге.
3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии.

С их помощью нельзя провести точную качественную диагностику психических заболеваний, то есть по их результатам невозможно определить, является ли исследуемый человек психически больным, и поставить соответствующий диагноз. Тесты отражают психическое состояние испытуемого в момент исследования, и с их помощью определяется возможная предрасположенность испытуемого к каким-либо формам психической патологии, выявляется субъективная самооценка испытуемым своего психического состояния.

Данные методики позволяют существенно повысить надежность исследований распространенности психических нарушений и отклонений в социальной среде. Они имеют также профилактическое значение, поскольку дают возможность выявления лиц и групп, нуждающихся во внимании психолога, психиатра; определения факторов возникновения и формирования пограничных состояний, установления путей их нейтрализации; организации по результатам опроса профилактических психогигиенических мероприятий.

Применяемые тесты способны выполнять прогностическую функцию, определяя тенденции развития психики или изменения психического состояния человека, группы, социальной общности. Остановимся подробнее на вышеупомянутых методиках.

Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса, впервые примененная в исследовании в 2001 г., состоит из 40 вопросов (*см. прил. 3*). Ответу «Да» присуждается 1 балл, ответу «Нет» – 0. Интерпретация результатов производится путем подсчета положительных ответов. В случае если сумма баллов превышает 24, вероятность наличия у исследуемой личности невроза определяется высокой.

В 2003 г. по рекомендации главного психиатра Вологодской области в исследовании впервые была использована госпитальная шкала тревоги и депрессии, разработанная, адаптированная и рекомендованная

экспертами ВОЗ. Она включает две шкалы по 7 вопросов (см. прил. 3), поэтому проста в применении и обработке полученных результатов. Данная методика позволяет оценить три уровня тревоги и депрессии.

Каждому ответу «1» присваивается 0 баллов, ответу «2» – 1 балл, ответу «3» – 2 балла, ответу «4» – 3 балла. Если сумма ответов по каждой отдельной шкале составила от 0 до 7, то это свидетельствует об отсутствии тревоги или депрессии. Сумма от 8 до 14 говорит о наличии субклинической тревоги или депрессии, что свидетельствует о необходимости консультации обследуемого со специалистом и психокоррекции. Если количество набранных баллов более 14, то у респондента, по всей вероятности, обнаружены признаки клинически выраженной тревоги или депрессии (требуется срочная госпитализация и психофармакотерапия).

3. Репродуктивное здоровье населения и репродуктивный потенциал региона изучались на базе нескольких проведенных нами обследований. Обследование 2004 г. было организовано в роддомах и гинекологических отделениях г. Вологды, г. Череповца и шести районов области: Белозерского, Великоустюгского, Никольского, Харовского, Чагодощенского, Шекснинского. Были опрошены две группы женщин: 288 – закончивших беременность родами и 222 – прервавших беременность абортom. В ходе обследования получена информация о желаемом числе детей в разных возрастных группах опрошенных, репродуктивных намерениях в ближайшие три года, об обстоятельствах, препятствующих, по мнению женщин, рождению детей и способствующих аборту, а также о степени информированности в вопросах репродуктивного здоровья.

В период с 2005 по 2008 г. исследование репродуктивного здоровья включало опросы населения Вологодской области в форме стандартизованного интервью для женщин и мужчин. Величина ежегодной выборки – 1500 респондентов в возрасте 15 – 49 лет. Методика организации и проведения опроса аналогична методике, использованной в «Мониторинге здоровья населения Вологодской области и условий его охраны и укрепления».

Анкета включала следующие основные блоки вопросов: семья и планирование семьи (ценность семьи и брака; желаемое и планируемое числа детей, условия реализации желаемого числа детей); репродуктивное поведение (информированность о проблемах репродуктивного здоровья, отношение к аборту); сексуальная активность (сексуальная активность и использование контрацепции); социально-демографический блок, включающий вопросы о доходах (прил. 4).

4. Эмпирическую базу исследования здоровья детей составили результаты выполненного нами мониторингового панельного медико-социологического обследования четырех когорт детей.

Прообразом данной работы стало исследование, проведенное в Великобритании 3 – 9 марта 1958 г., под названием «Национальная программа изучения развития детей (НИРД)». Главная цель этого обследования состояла в том, чтобы получить достаточно точные сведения о количестве детей, рождающихся с отклонениями от нормы или умирающих в перинатальный период. По каждому из них собиралась максимально доступная информация о матери, отце, а также о судьбе новорожденного за первую неделю. Результаты первого этапа позволили выработать общенациональную стратегию борьбы за снижение младенческой смертности. Вторым этапом обследования (НИРД-2) включал наблюдение всех членов когорты по достижении семилетнего возраста. Результаты этого этапа выявили факторы, влияющие не только на здоровье, но и на разнообразные показатели развития детей. На третьем этапе обследования, по достижении 14-летнего возраста (НИРД-3), наблюдение позволило оценить интеллектуальный потенциал когорты. В 1981 году, когда дети достигли 23 лет, был осуществлен четвертый этап наблюдения, который отразил возможности профессиональной квалификации и трудоустройства. К настоящему времени в Великобритании проведено шесть этапов исследования в целях контроля физического, образовательного, социального и экономического развития членов когорты.

В исследовании была получена информация, характеризующая социальное и семейное положение, акушерскую историю, дородовой уход, курение во время беременности, дошкольный опыт, отделение от матери, поведение, участие родителей в воспитании и социализации, подготовку кадров, образование и квалификацию, отношение к школе и работе, брак и сожительство, характеристики партнеров, число, возраст и пол всех родных детей, здоровье, образ жизни, жилье, отношение к роли женщин, детей и семьи, социальных и политических ценностей, охрану окружающей среды.

Результаты исследования помогли определить процесс принятия решений в таких важнейших сферах, как образование, занятость, жилье и здравоохранение. Выводы были столь значительны и интересны, что привлекли большое количество спонсоров, а также потребителей полученных результатов. Аналогичные исследования были организованы в ряде стран Европы и Америки.

Идея проведения мониторинга изучения условий формирования здоровья детей, подобного английскому, в России впервые была высказана профессором Н.М. Римашевской в 1980 году. «Уже тогда ученым института

было ясно, что необходимо обратить внимание на детей, если думать о здоровье взрослых» [247, с. 100]. Проведенное нами исследование является воплощением идеи Н.М. Римашевской в жизнь. «Центральная идея исследования состоит в том, чтобы в формате лонгитюда, в режиме реального времени изучить процесс формирования качественного потенциала человека, начиная с рождения» [247, с. 100].

Данное исследование находится на стыке нескольких наук: демографии (проблемы здоровья детей и факторов, влияющих на него, являются предметом ее изучения); социальной гигиены (здоровье детей оценивается при содействии медицинских работников с применением соответствующих методов и приемов); экономики (выводы и рекомендации по укреплению и сохранению здоровья детей лежат в области управления социально-экономическими процессами общества, решения экономических задач).

Лонгитюдное панельное исследование демографических, социально-экономических и медицинских факторов, влияющих на здоровье детей, в Вологодской области начато в мае 1995 года. В исследование включены *все семьи*, в которых в течение двух недель (с 15 по 30 мая 1995 года) родились дети. Обследование проводилось в городах Вологде, Череповце, районных центрах Кириллове, Великом Устюге, поселке городского типа Вожега.

К 2008 г. в исследовании были задействованы уже четыре когорты семей, в которых родились дети в периоды с 15 по 30 мая 1995 г., с 1 по 25 марта в 1998 г., 2002 г., 2004 г. в тех же населенных пунктах.

Для изучения картины взаимосвязи между здоровьем и обуславливающими его факторами использовался метод динамического анализа, предусматривающего одновременное изучение уровня здоровья и воздействующих на него факторов в течение длительного времени. Информация снималась четыре раза в год в течение первого года жизни (новорожденные дети, дети в возрасте 1 месяца, 6 месяцев и одного года), далее ежегодно.

Организация исследования предполагала использование комплексного инструментария мониторинга, который состоял:

- из анкеты, характеризующей особенности семьи и домохозяйства новорожденного (на основе оценок родителей), а также здоровье родителей, и особенно подробно матери, специфику родов, основные параметры здоровья новорожденного или причины его смерти (на основе медицинской документации и экспертных оценок врачей). Анкеты, характеризующие состояние здоровья и развития ребенка, условия его жизни в возрасте одного, двух, трех лет и так далее (анкеты имели две

части, одна из которых, касающаяся условий жизни и развития детей, заполнялась родителями, другая, касающаяся характеристики и оценки здоровья ребенка, – участковыми врачами-педиатрами);

- компьютерной программы обработки первичной информации (SPSS); статистических методов выявления наиболее значимых факторов.

Важнейшим направлением исследования стало выявление качественного и количественного влияния социально-экономических факторов на формирование здоровья детей. Это подразумевало не только априорный выбор факторов, но и раскрытие характера их влияния на детский организм. Программой предусматривалась корректировка содержания анкет с учетом возраста обследуемых детей.

На первых этапах обследования (1 месяц, 6 месяцев после рождения ребенка) анкеты включали вопросы, касающиеся только здоровья и развития детей, оценки деятельности органов здравоохранения.

Обследования семей с детьми в возрасте 1 год и старше дополнительно содержали блоки оценки родителями здоровья и развития ребенка, оценки медицинской активности родителей ребенка, оценки организации и качества медицинского обслуживания ребенка; блок вопросов для педиатров: оценка физического развития и здоровья ребенка, сведения о заболеваниях, их кратности и тяжести протекания, оценка необходимости реабилитационных мероприятий для данного ребенка.

Разработанное и проведенное нами мониторинговое исследование здоровья когорт детей позволяет выделить общие структурные блоки и взаимосвязи между ними, которые могут быть использованы в других регионах при корректировке с учетом региональных особенностей.

Схема проведения мониторинга отображена на *рисунке 1.4*. Дадим краткую характеристику каждого из выделенных этапов. На первом этапе мониторинга осуществляется сбор информации в соответствии с направлениями мониторингового исследования: 1) информация о социально-экономических, демографических и медицинских показателях семьи, в которой воспитывается ребенок; 2) информация о здоровье ребенка; 3) официальные данные медицинской статистики.

На втором этапе, на основе сформированной информационной базы, проводится анализ сложившейся ситуации, целью которого является оценка здоровья обследуемых детей и в целом ситуации со здоровьем детского населения в регионе и подготовка заключения о его состоянии на дату проведения исследования и на перспективу. На данном этапе могут быть использованы различные методы: а) аналитические, основанные на различных операциях со статистическими данными (методы сравнения, приведения показателей в сопоставимый вид, способы

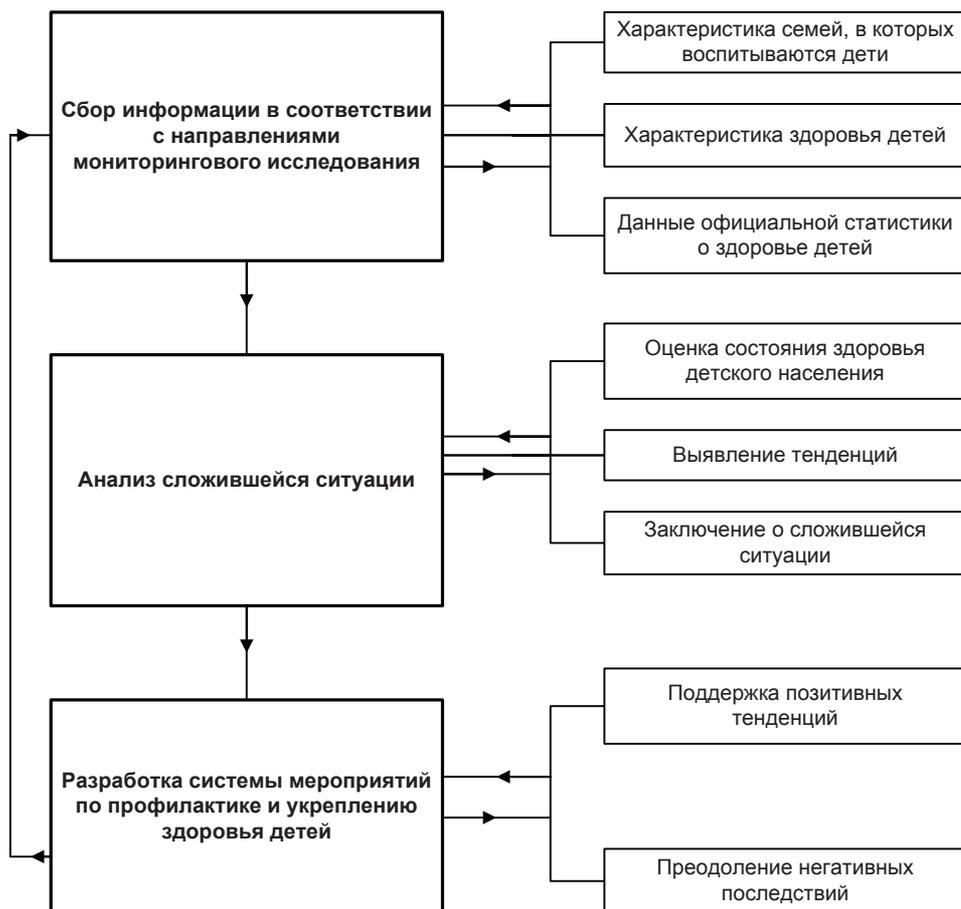


Рис. 1.4. Этапы проведения мониторингового исследования

использования средних и относительных величин, методы факторного и корреляционного анализа); б) экспертные – на основе обобщения оценок и полученной информации.

Исходя из результатов анализа сложившейся ситуации, на третьем этапе мониторинга разрабатывается система мер, направленных на профилактику и укрепление здоровья детского населения в регионе. Далее предполагается повторение этапов на новом уровне (в ином временном промежутке, с появлением новых когорт), что позволит оценить эффективность реализации мероприятий, провести их корректировку.

Предлагаемая система мониторинга в регионе может быть рассмотрена как один из компонентов оценочного исследования прямого и косвенного взаимного влияния социально-экономического развития на здоровье детей и потенциала здоровья детской популяции на экономическое развитие региона в ближайшей и отдаленной перспективе.

Таким образом, подводя предварительные итоги, отметим, что здоровье – сложная социально-экономическая категория, тесно взаимосвя-

занная с развитием общества. С одной стороны, высокий уровень экономического развития государства позволяет инвестировать в развитие человеческого капитала, в том числе в здравоохранение и охрану здоровья населения, что способствует повышению продолжительности жизни и укреплению здоровья. С другой стороны, здоровье определяет качество трудовых ресурсов, что в свою очередь оказывает значительное влияние на рост ВВП и производительность труда. Крепкое здоровье и высокая продолжительность жизни являются залогом повышения уровня экономического развития страны в целом и отдельных ее регионов.

Здоровье служит предметом изучения многих наук. Обобщение теоретико-методологических подходов к изучению здоровья позволяет выделить два уровня изучения и формирования здоровья: индивидуальное здоровье – здоровье одного человека (представляющее микроуровень изучения) и общественное здоровье – здоровье популяционное, здоровье нации (представляющее макроуровень изучения закономерностей его изменения и формирования).

Определение индивидуального здоровья сформулировано в Уставе ВОЗ. Для его измерения можно применять не только специфичные медицинские методы, но и социологические и медико-социологические исследования, используя в том числе и балльную оценку. Для оценки здоровья населения нами предлагается индекс здоровья, рассчитываемый как среднее от суммы произведений баллов (используемых при балльной оценке здоровья) и их удельного веса в совокупности опрошенных.

Нами предложено определение общественного здоровья как свойства популяции, обеспечивающего ее демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность большинства населения, формирующегося при комплексном воздействии биологических и социально-экономических факторов и условий общественной жизни.

Главными показателями, отражающими общественное здоровье, являются ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, ожидаемая продолжительность здоровой жизни и уровень младенческой смертности.

Решение проблем, связанных со здоровьем, на государственном и личностном уровне невозможно в рамках какой-либо одной научной теории. Комплексное использование теоретических и методологических основ позволит дать системную оценку общественного и индивидуального здоровья и сформулировать способы его сохранения.

ГЛАВА 2

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ: ТЕНДЕНЦИИ И ФАКТОРЫ

2.1. Изменение общественного здоровья населения России

Изменения народонаселения, как и другие социально-экономические процессы, подвержено влиянию глобализации. Изменившийся глобализованный мир диктует свои направления развития цивилизации: снижение рождаемости и увеличение продолжительности жизни населения с повышением экономического уровня стран; старение населения и глобальные изменения образа жизни способствуют более широкому распространению хронических и неинфекционных заболеваний, таких как рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, а также травмы. Старение населения ведет к росту частотности и сочетанности заболеваний. Наблюдается все более заметное смещение в распределении причин смертности от молодых к старшим возрастам и от инфекционных болезней к неинфекционным заболеваниям. По оценкам ВОЗ темп изменений, влияющих на здоровье населения, в конце XX – начале XXI века ускорился и будет нарастать [91, с. 8].

Значительное влияние на здоровье и демографическое развитие оказывает урбанизация. Тридцать лет назад в городах проживало около 38% мирового населения; в 2008 году удельный вес горожан превысил 50%, или 3,3 миллиарда человек. По прогнозам ВОЗ, к 2030 году в городах будет проживать почти 5 миллиардов человек [392, с. 9].

Урбанизация оказывает двоякое воздействие на здоровье населения: с одной стороны, в городах в силу лучших экономических и социально-гигиенических условий показатели здоровья выше, чем в сельской местности. С другой стороны, растущее социально-экономическое расслоение городского населения становится причиной неравенства в уровне здоровья. В этом случае чрезвычайно усиливается значимость эффективного управления городом. Эксперты ВОЗ утверждают, что в современных

условиях при эффективном местном управлении с большей вероятностью можно ожидать увеличения продолжительности жизни в развивающихся странах, чем в основных крупных городах третьего мира с неэффективным управлением.

Еще одной тенденцией современного мирового развития стало старение населения. По оценкам ВОЗ, к 2050 г. будет насчитываться 2 миллиарда людей старше 60 лет, примерно 85% которых будут жить в нынешних развивающихся странах, в основном в городской местности.

Совокупность тенденций глобализации, урбанизации и старения населения ведет к изменению структуры ведущих причин заболеваемости и смертности среди населения мира. Более распространенными становятся неинфекционные болезни, такие как депрессия, диабет, сердечно-сосудистые заболевания и рак. По прогнозам ВОЗ, возрастет число жертв дорожно-транспортных происшествий; число смертей, являющихся следствием табакокурения, превысит число смертей, связанных с ВИЧ/СПИДом. Улучшение показателей здоровья населения будет все в большей степени определяться улучшением здоровья взрослого населения.

Старение населения ведет также к росту частотности сочетанной заболеваемости. В промышленно развитом мире до 25% лиц в возрасте 65 – 69 лет и 50% в возрасте 80 – 84 лет имеют две или более хронические патологии одновременно.

Несмотря на выделенные общие тенденции изменения здоровья населения, имеются значительные различия в здоровье и здравоохранении между регионами мира и внутри них¹. Данные, представленные в сборнике «Мировая статистика здравоохранения, 2009 год», позволяют выявить и оценить дифференциацию регионов.

Сложившиеся традиции и экономический уклад государств отражаются на их демографическом развитии. Принципиально различные модели воспроизводства населения обуславливают неодинаковую структуру заболеваемости и смертности в регионах мира. В развивающихся странах и странах с наиболее низким уровнем экономического развития (прежде всего страны Африки к югу от Сахары, некоторые арабские страны), как правило, велика доля детского и молодого населения. В Европе же, напротив, закрепились устойчивые тенденции

¹ В основу анализа межстрановых тенденций изменения общественного здоровья и организации здравоохранения нами положено сравнение интегральных показателей в регионах мира, выделяемых ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения использует группировку регионов по территориальному признаку, выделяя Африканский регион; Американский регион; регион Юго-Восточной Азии; Европейский регион; регион Восточного Средиземноморья; регион западной части Тихого океана. Российская Федерация, соответственно, относится к Европейскому региону.

старения населения, а уровень рождаемости установился гораздо ниже уровня простого воспроизводства. Именно эти различия и обуславливают принципиально различные структуры заболеваемости и причин смертности в этих странах.

Из сформулированного нами в первой главе монографии определения общественного здоровья как свойства популяции, обеспечивающего ее демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность большинства населения, следует, что общественное здоровье является основополагающим фактором формирования демографических процессов. От уровня общественного здоровья в значительной степени зависит развитие демографических процессов, таких как смертность и рождаемость, а также продолжительность предстоящей жизни, детность и качество приходящего в жизнь поколения. Таким образом, здоровье нации определяет численность и качество людских ресурсов не только в настоящем, но и в будущем [267, с. 18].

Здоровье населения и демографические показатели находятся в тесной взаимосвязи. В конечном итоге здоровье – это способность популяции к воспроизводству, непрерывному возобновлению поколений и реализации их жизненного и трудового потенциала на всех этапах развития – от зарождения жизни до ее завершения в возрасте естественной продолжительности жизни или преждевременно от болезней и травм [273, с. 14].

Общественное здоровье реагирует на изменения, происходящие в обществе, определяющем среду его формирования. Поэтому мы вправе предположить, что здоровье и демографическое развитие государства в благоприятный период его развития также будут иметь положительные тренды. Опираясь на приведенный в данной главе анализ изменения демографического развития и здоровья населения России, мы постараемся понять, привела ли относительная стабилизация политического и экономического развития общества к сколько-нибудь значительным изменениям в здоровье его граждан.

Популяция, обладая определенным жизненным и трудовым потенциалом, теряет его на каждом этапе развития поколений из-за травм, болезней, прерывания беременности, мертворожденности, преждевременной смертности и т.д. (рис. 2.1).

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется стойким снижением численности населения, начавшимся в 1992 г. За период с 1992 по 2009 г. она уменьшилась на 4,3% (табл. 2.1). Сокращение наблюдалось в основном в азиатской части страны (-11,3%). В европейской части России отмечено незначительное (-2,6%) снижение численности населения, преимущественно в период с 2002 по 2009 г.

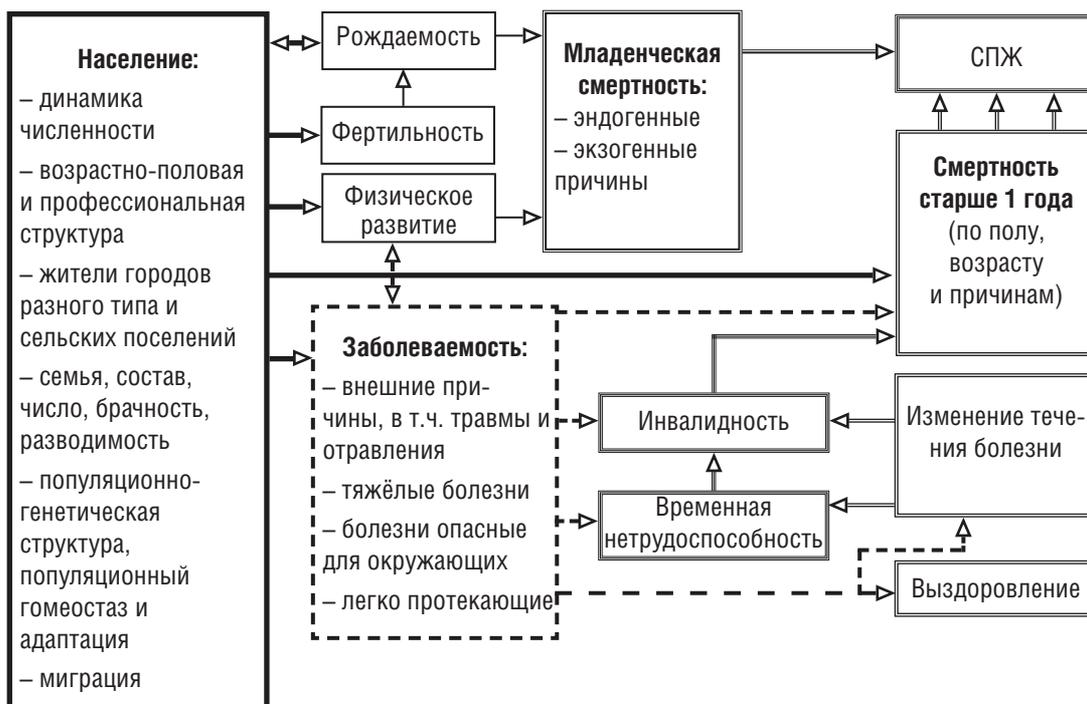


Рис. 2.1. Взаимосвязь медико-демографических процессов [65, с. 464].

Примечание. СПЖ – средняя продолжительность жизни.

Таблица 2.1. Изменение численности населения регионов России за период с 1992 по 2009 г.

Территория	Численность населения, тыс. человек (на 1 января)			Изменение численности населения по отношению к численности на начало периода, %		
	1992 г.	2002 г.	2009 г.	1992/2002 гг.	2002/2009 гг.	1992/2009 гг.
Россия	148 326	145 164	141 904	-2,1	-2,2	-4,3
Европейская часть	119 007	118 408	115 899	-0,5	-2,1	-2,6
Центральный федеральный округ	379 060	38 000	37 122	+0,1	-2,3	-2,1
Северо-Западный федеральный округ	15 259	13 972	13 462	-8,4	-3,7	-11,8
Южный федеральный округ	21 097	22 907	22 902	+8,6	0,0	8,6
Приволжский федеральный округ	32 082	31 155	30 158	-2,9	-3,2	-6,0
Уральский федеральный округ	12 609	12 374	12 255	-1,9	-1,0	-2,8
Азиатская часть	29 319	26 756	26 005	-8,7	-2,8	-11,3
Сибирский федеральный округ	21 281	20 063	19 545	-5,7	-2,6	-8,2
Дальневосточный федеральный округ	8 038	6 693	6 460	-16,7	-3,5	-19,6

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с.; Демографический ежегодник России 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 525 с.

Анализ изменения численности населения по федеральным округам позволяет увидеть, что депопуляция охватила и ряд округов европейской части России, среди которых остротой проблемы выделяется Северо-Западный федеральный округ (-11,8%). Численность населения по-разному изменялась в пределах отдельных макрорегионов.

Данные *таблицы 2.2* показывают неравномерность протекания процесса депопуляции на примере Северо-Западного федерального округа РФ. Можно выделить особо проблемные «северные» территории: Мурманскую область (-27,9%), Республику Коми (-21,5%), Архангельскую область (-18,8%) и относительно благополучные Калининградскую (+4,3%) и Ленинградскую (-2,7%) области. Вологодская область занимает срединное положение.

Нельзя забывать, что изменение численности населения происходит за счет двух компонентов: естественного прироста (убыли) населения и его механического (миграционного) движения. Анализ компонентов изменения численности населения в федеральных округах Российской Федерации показывает, что естественная убыль населения в период после 1992 г. отмечалась на территориях всех федеральных округов (*табл. 2.3*). Однако в Центральном и Южном федеральных округах, в меньшей степени в Уральском и Северо-Западном, она компенсировалась миграционным приростом. В то же время в Дальневосточном и Сибирском округах значительная естественная убыль населения сопровождалась активным миграционным оттоком, особенно в период с 1992 по 2002 г., что еще более усугубило депопуляцию на этих территориях.

Снижение численности населения на территории Российской Федерации обусловлено режимом суженного воспроизводства с низким уровнем рождаемости и высоким уровнем смертности. Начиная с 1992 г. число смертей в нашей стране устойчиво превышает число рождений (*рис. 2.2*).

Таблица 2.2. **Изменение численности населения в субъектах СЗФО**

Территория	Численность населения, тыс. человек (на 1 января)			Изменение численности населения по отношению к численности на начало периода, %		
	1992 г.	2002 г.	2009 г.	1992/2002 гг.	2002/2009 гг.	1992/2009 гг.
Северо-Западный федеральный округ	15 259	13 972	13 462	-8,4	-3,7	-11,8
Мурманская область	1 170	905	843	-22,6	-6,9	-27,9
Республика Коми	1 222	1 029	959	-15,8	-6,8	-21,5
Архангельская область	1 554	1 350	1 262	-13,1	-6,5	-18,8
Псковская область	837	769	696	-8,1	-9,5	-16,8
Новгородская область	748	700	646	-6,4	-7,7	-13,6
Республика Карелия	789	721	687	-8,6	-4,7	-12,9
Вологодская область	1 353	1 278	1 218	-5,5	-4,4	-10,0
г. Санкт-Петербург	4 986	4 688	4 582	-8,6	-2,3	-8,1
Ленинградская область	1 678	1 672	1 632	-0,4	-2,4	-2,7
Калининградская область	898	955	937	6,3	-1,9	4,3

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с.; Демографический ежегодник России 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 525 с.

Таблица 2.3. Компоненты изменения численности населения федеральных округов РФ, тыс. чел.

Территория	Общий прирост населения			Естественный прирост населения			Механический прирост населения		
	1992 – 2002 гг.	2002 – 2007 гг.	1992 – 2007 гг.	1992 – 2002 гг.	2002 – 2007 гг.	1992 – 2007 гг.	1992 – 2002 гг.	2002 – 2007 гг.	1992 – 2007 гг.
Российская Федерация	-3 162	-3 260	-6 422	-8 708	-4 620	-13 329	5 546	1 464	7 011
Приволжский федеральный округ	-927	-997	-1 924	-1 718	-1 088	-2 807	791	174	966
Северо-Западный федеральный округ	-1 287	-510	-1 797	-1 198	-647	-1 845	-89	176	87
Сибирский федеральный округ	-1 218	-518	-1 736	-883	-479	-1 363	-335	-31	-365
Дальневосточный федеральный округ	-1 350	-233	-1 578	-163	-113	-276	-1 187	-94	-1 281
Центральный федеральный округ	94	-878	-784	-3 671	-1 874	-5 545	3 765	1 024	4 789
Уральский федеральный округ	-235	-119	-354	-537	-231	-768	302	97	399
Южный федеральный округ	1 810	-5	1 805	-535	-186	-722	2 345	114	2 460

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с.; Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 991 с.

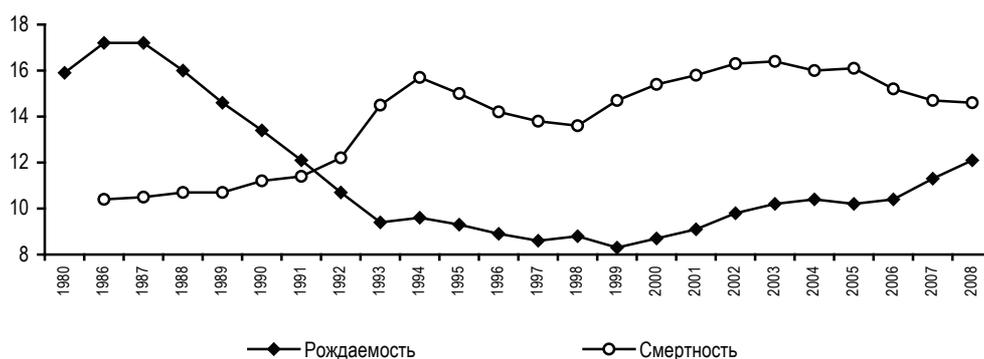


Рис. 2.2. Динамика коэффициентов рождаемости и смертности (на 1000 человек населения)

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 999 с.

Углубленный анализ показал, что в период с 1988 по 1989 г. темпы роста рождаемости и смертности сравнялись, затем коэффициент опережения по темпам роста значительно снизился и далее относительно стабилизировался на крайне низком уровне, смещенном в сторону смертности. Более значимое превышение смертности над рождаемостью приходится на период 1998 – 2000 гг. (рис. 2.3).

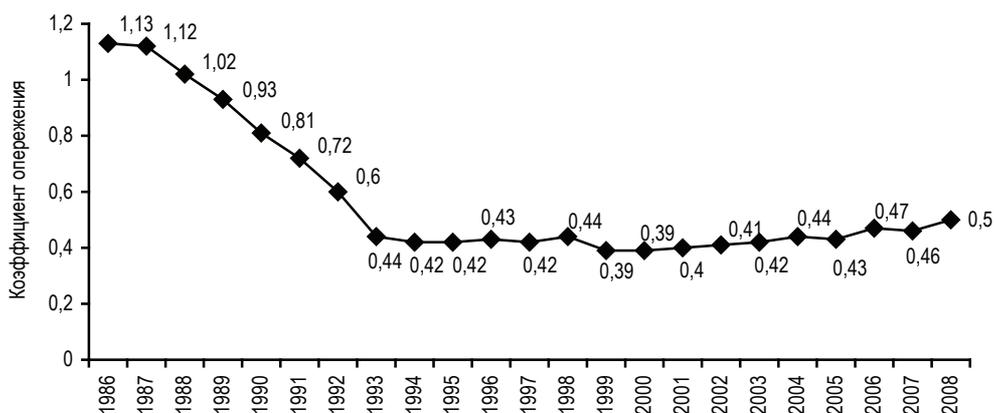


Рис. 2.3. Значения коэффициента опережения по темпам роста для показателей рождаемости и смертности населения Российской Федерации (1986 – 2008 гг.)

Рассчитано по: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 999 с.

Несмотря на некоторый прирост (34%) рождаемости в период с 2000 по 2009 г., она остается низкой. Это подтверждает и суммарный коэффициент рождаемости: в России – 1,49 ребенка в расчете на 1 женщину репродуктивного возраста; в США – 2,1; во Франции – 2,0; в Великобритании – 1,8 [199, с. 47]. Аналоги катастрофического уровня смертности, наблюдавшейся в России 1990-х гг., можно найти лишь среди слаборазвитых стран – это уровень Намибии (18‰), Нигерии (14‰), Мавритании (13‰) и т.д. Российский уровень смертности в 1,5 – 2 раза больше аналогичного показателя в экономически развитых странах (табл. 2.4).

Хотя темпы прироста смертности российского населения в благоприятный период развития страны снизились (в 1992 – 2000 гг. прирост составлял 25%, а в интервале между 2000 и 2008 гг. смертность населения снизилась на 5%), ее уровень существенно превышает показатели развитых

Таблица 2.4. Демографическая ситуация в России в сравнении с развитыми странами в 2007 г.

Страна	Рождаемость, ‰	Смертность, ‰	Естественный прирост/убыль
Германия	8,3	10,1	-1,7
Италия	9,5	9,7	-0,2
Канада	10,7*	7,1*	3,6*
Россия**	11,3	14,6	-3,3
Великобритания	12,7	9,4	3,2
США	14,2*	8,1*	6,2*
Франция	12,7	8,4	4,3
Япония	8,6	8,8	-0,1

* 2006 г.
 ** 2008 г., соответственно: 12,1; 14,6; -2,5.
 Источник: «Группа восьми» в цифрах. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – С. 37.

Таблица 2.5. **Смертность населения от предотвратимых причин**
(на 100 000 человек населения)

Основные причины смертности населения	Россия			ЕС-15	ЕС-25
	2000 г.	2006 г.	2008 г.	2004 г.	2005 г.
Болезни системы кровообращения	846	860	836	221	498
Новообразования	205	200	204	73	101
Смертность от внешних причин (несчастные случаи, отравления и травмы)	219	191	172	37	65
Источники: Health in Europe. Data 1998 – 2003. – Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005. – 108 p.; База данных «Здоровье для всех» (БД ЗДВ). – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (январь 2007 г.). – URL: http://data.euro.who.int/hfad/ ; Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2006 году: стат. мат. – М., 2007. – 191 с.					

стран. «Рожаем, как в Европе, умираем, как в Африке» [248, с. 209]. Особенно высока смертность россиян от предотвратимых причин² (табл. 2.5). С 1993 г. внешние причины заняли второе место в структуре смертности населения России. В период с 2006 по 2008 г. отмечалось незначительное снижение смертности населения, в том числе и от несчастных случаев, отравлений, травм, но даже с учетом этого россияне умирают от внешних причин в три раза чаще, чем население в странах Евросоюза.

Младенческая смертность, которая является одним из основных индикаторов социально-экономического благополучия страны, в России, несмотря на значительное ее снижение, остается довольно высокой (8,5‰ в 2008 г.), что в 2,5 – 3 раза выше, чем в развитых западных государствах (например, в 2007 г. в Норвегии – 3,2‰; Финляндии – 2,7; Исландии – 1,9‰ [18]). Отметим, что в России в период относительно благоприятного развития социально-экономической ситуации (2000 – 2008 гг.) темпы снижения младенческой смертности даже несколько снизились по сравнению с неблагоприятными девяностыми годами (0,61 против 0,88).

Основными в структуре младенческой смертности являются факторы, тесно связанные со здоровьем матери. Три наиболее распространенные группы причин смертности – перинатальные осложнения, врожденные аномалии и болезни органов дыхания – сохранили свое лидерство, но их вклад в младенческую смертность изменился. Современная структура младенческой смертности, сложившаяся в начале 1990-х гг., является с тех пор практически неизменной: ведущими причинами остаются состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии развития, составляющие в совокупности 68,8% (прил. 5, табл. 1).

² Смертность от предотвратимых причин – смертность от болезней, предотвратимых мерами профилактики и адекватной медицинской помощи: от болезней системы кровообращения, внешних причин, от болезней органов дыхания и пищеварения, некоторых новообразований.

Обобщающей характеристикой уровня смертности во всех возрастах служат показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении или средняя продолжительность жизни. Величина ожидаемой продолжительности жизни в мире в последние десятилетия постепенно увеличивалась. Однако наблюдается значительная дифференциация государств по этому показателю. Так, в Японии величина ОПЖ достигает 83 лет, в развитых европейских странах она чуть ниже (Франция – 81 год, Великобритания – 80, Швейцария – 82, Швеция – 81, Монако – 81, Нидерланды – 80, Испания – 81, Италия – 82, Австрия – 80, Германия – 80 лет), затем идут североамериканские страны (США – 78, Канада – 81 год) и Австралия (72 года). В то же время высокий уровень ожидаемой продолжительности жизни при низких показателях рождаемости подчеркивает тенденцию старения населения.

Несмотря на заметный рост ожидаемой продолжительности жизни населения в период с 2005 по 2008 г. (с 65,3 до 67,9 года соответственно), Российская Федерация по уровню этого показателя стоит в одном ряду с Азербайджаном – 68 лет, Боливией – 66, Гватемалой – 69 лет, опережая лишь африканские страны и ряд стран Азии [397]. Ожидаемая продолжительность жизни населения России на 11 лет ниже, чем в экономически развитых европейских странах (см. прил. 5, табл. 2). При этом в России мужчины в среднем живут на 15 лет меньше, чем в европейских государствах, а женщины – на 8 лет.

Наблюдаются значительные территориальные различия в ожидаемой продолжительности жизни российского населения. Так, ее показатель в разрезе федеральных округов различается почти на 5 лет. Особенно низкими показателями ожидаемой продолжительности жизни устойчиво характеризуется Дальневосточный федеральный округ (65,3 года в 2008 г., что на 3 года меньше, чем в среднем по РФ). Ожидаемая продолжительность жизни в Южном федеральном округе – наибольшая в Российской Федерации (70,1 лет в 2008 г., что на 2 года больше, чем в среднем по РФ; см. прил. 5, табл. 3).

Одним из отличительных признаков кризиса здоровья российского населения является колоссальный разрыв между продолжительностью жизни мужчин и женщин. На протяжении всего периода реформ с начала 1990-х годов эта разница продолжала увеличиваться, достигнув отметки 12 – 14 лет (см. прил. 5, рис. 1). Более высокая продолжительность жизни у женщин в сравнении с мужчинами характерна для многих современных обществ, однако в большинстве европейских государств разница не превышает 4 – 7 лет.

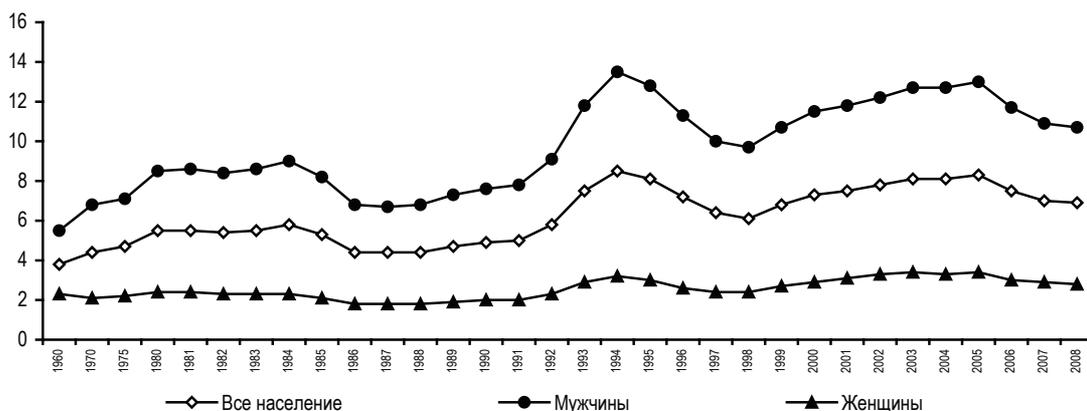


Рис. 2.4. Коэффициенты смертности населения в трудоспособном возрасте (число умерших на 1000 лиц трудоспособного возраста)

Источник: Демографический ежегодник России 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 557 с. (С. 190.)

Значительный вклад в снижение ожидаемой продолжительности жизни вносит смертность населения, особенно мужчин, в трудоспособном возрасте (рис. 2.4).

По уровню преждевременной смертности населения, находящегося в трудоспособном возрасте, Российская Федерация в 2007 г. занимала 35 место среди 193 стран мира, опережая лишь наименее экономически благополучные страны Африки, а также Афганистан. Вероятность смерти в возрасте от 15 до 60 лет в России превысила среднемировой уровень на 77%. Более того, Россия вошла в группу из 32 стран мира (наряду с Арменией, Монголией, Ганой, Зимбабве, Ираком и пр.), где за период с 2000 по 2007 г. произошло увеличение смертности населения в трудоспособном возрасте [397].

В то же время многие из стран, значительно опережающих Россию по показателям ожидаемой продолжительности жизни, заметно уступают ей по величине среднедушевого ВВП (табл. 2.6) [139, с. 294]. Таким образом, при концентрации усилий уже в настоящее время в России есть возможность увеличить продолжительность жизни населения.

Таблица 2.6. Валовой внутренний продукт на 1 жителя и продолжительность жизни в некоторых странах и группах стран в 2005 г.

Страны и группы стран	ВВП (в ППС) на 1 жителя, долл.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет
Россия	10 845	65,4
Болгария	9 032	72,6
Турция	8 407	68,9
СНГ	8 077	67,1
Центральные азиатские республики и Казахстан	3 623	69,1

Источник: База данных «Здоровье для всех» (БД ЗДВ). – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (январь 2009 г.). – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>

В странах с низкой ожидаемой продолжительностью жизни отмечаются высокие уровни смертности детей в возрасте до 5 лет. Например, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Африканском регионе составляла, по оценкам ВОЗ, всего 52 года в 2007 году по сравнению с 76 годами в Американском регионе. Детская смертность в этих двух регионах ВОЗ составляла 145 на 1000 живорождений и 19 на 1000 соответственно. Детская смертность в России за аналогичный период составила 12 на 1000 живорождений, что не превышает уровня развитых стран, в то время как ожидаемая продолжительность жизни населения – всего 66 лет. Становится очевидным, что снижение продолжительности жизни российского населения обусловлено иными причинами.

Поэтому наряду с показателями ожидаемой продолжительности жизни важно проанализировать характеристики населения, отражающие качество жизни с учетом состояния здоровья. Это позволяет сделать показатель «ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении» (ОПЗЖ). Его значение для России равно 55 годам для мужчин и 65 годам для женщин, что заметно ниже, чем в целом по Европейскому региону, а также в сравнении со средним показателем

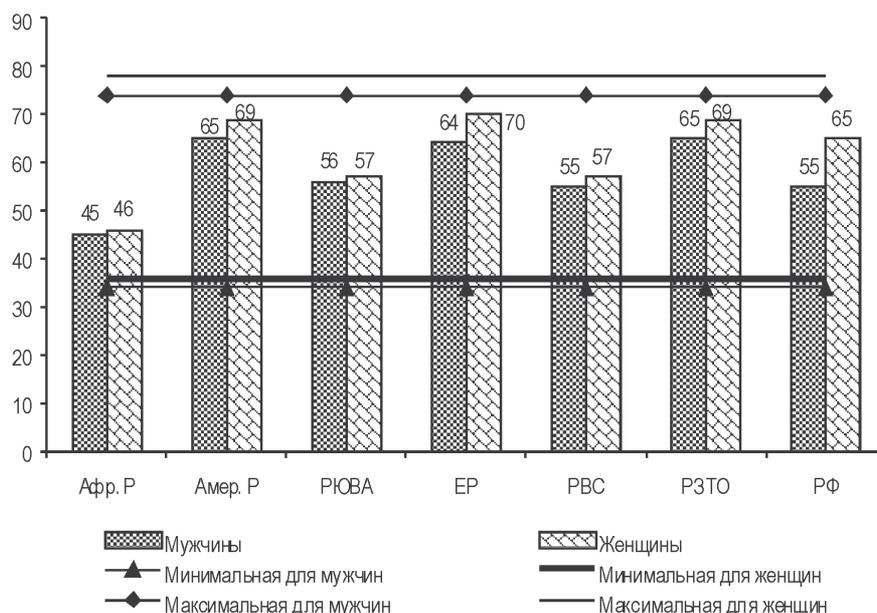


Рис. 2.5. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении в регионах ВОЗ и Российской Федерации (2007 г.), лет

Примечание: Афр. Р. – Африканский регион; Амер. Р. – Американский регион; РЮВА – регион Юго-Восточной Азии; ЕР – Европейский регион; РВС – регион Восточного Средиземноморья; РЗТО – регион западной части Тихого океана; РФ – Российская Федерация.

Источник: World health statistics 2009 / Всемирная организация здравоохранения, 2009 год. – URL: www.who.int/whosis/whostat/2009/

по странам Американского региона и региона западной части Тихого океана (рис. 2.5). К тому же разница между уровнем ОПЗЖ в гендерном сопоставлении в России составляет 10 лет, что существенно выше, чем в любом из регионов ВОЗ.

Первичная заболеваемость населения за период с 1998 по 2008 г. выросла на 15% (рис. 2.6). Рост заболеваемости отмечается среди всех возрастных групп и по большинству классов заболеваний, особенно по таким, как: болезни системы кровообращения – 200%, болезни крови и кроветворных органов – 200%, новообразования – 150% (см. прил. 5, рис. 2). Рост заболеваемости можно было бы отчасти объяснить успехами развития диагностической медицины, если бы не столь значительный уровень смертности по многим нозологическим формам.

Отмечается дифференциация территорий Российской Федерации по уровню заболеваемости населения. Наиболее высокие значения этого показателя зарегистрированы в Северо-Западном и Приволжском федеральных округах, в которых в 2008 г. уровень заболеваемости превышал среднероссийский показатель на 61 и 80 случаев на 1000 человек населения соответственно. Наиболее благоприятная ситуация на протяжении длительного периода наблюдается в Южном федеральном округе, где в 2008 г. уровень заболеваемости был на 119 случаев на 1000 человек населения ниже, чем в среднем по РФ (см. прил. 5, табл. 4). Вместе с тем даже на относительно благоприятных территориях показатели заболеваемости населения неуклонно увеличиваются.

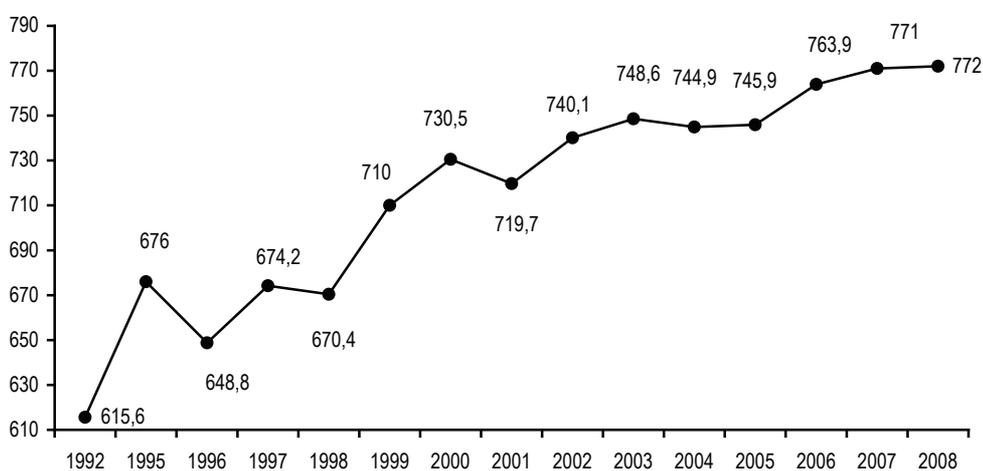


Рис. 2.6. **Заболеваемость населения** (на 1000 человек населения в РФ; зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с. (с. 306); Там же. – 2009. – 991 с. (С. 314).

Рост заболеваемости населения в России сопровождается увеличением показателей инвалидности. В 2008 г. общая численность инвалидов, состоявших на учете в системе Пенсионного фонда РФ, составляла 12722 тыс. человек (или 83,5 на 10000 населения; *табл. 2.7*). В ряде европейских государств также отмечается рост инвалидности, однако значение показателей и темпы прироста значительно ниже, чем в РФ (например, в Норвегии в 2007 г. зафиксировано 68 случаев инвалидности на 10000 нас., в Финляндии – 53,3; а в Швеции – 20,7 [18]).

Основными причинами инвалидности являются болезни органов кровообращения, удельный вес которых составляет более 50% всех причин инвалидности, и злокачественные новообразования, имеющие удельный вес около 13%.

Тревожную тенденцию представляет рост инвалидности детского населения. За период с 1990 по 2008 г. число детей-инвалидов выросло в 3,3 раза (*см. табл. 2.7*). Однако, по мнению специалистов, реальное число детей-инвалидов в России в 2 – 2,5 раза превосходит официально зарегистрированный уровень. В связи с нечеткостью механизма установления инвалидности многим детям ее просто не оформляют [4]. В то же время нельзя не отметить уменьшение темпов прироста числа детей-инвалидов после 2000 г. и снижение уровня инвалидизации населения.

Таблица 2.7. **Численность инвалидов в России**

Показатели	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Численность инвалидов, состоящих на учете в системе Пенсионного фонда РФ, тыс. чел.	4 338	7 139	10 597	10 679	11 223	12 546	13 014	12 753	12 722
Численность лиц, впервые признанных инвалидами, тыс.чел.	765	1 347	1 109	1 092	1 463	1 799	1 474	1 109	966
На 10 000 чел. населения	51,7	91,5	76,2	75,5	101,7	125,7	103,4	96,1	83,5
Из общей численности инвалидов детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии									
Всего, тыс. чел.	155	454	675	624	593	573	554	529	515
На 10 000 детей	38,6	119,3	201,7	207,1	204,2	205,0	205,0	200,2	197,6
Источники: Российский статистический ежегодник: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 825 с.; Здравоохранение в России. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 365 с.									

Важной характеристикой общественного здоровья служит число и степень распространения так называемых «социальных болезней», или «болезней социального неблагополучия», возникновение которых происходит при ухудшении социально-гигиенических условий проживания, при плохом состоянии бытовой и санитарной инфраструктуры,

увеличении маргинальных слоев, при низком качестве медицинского обслуживания. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней за период с 1990 по 2008 г. возросла в 2 раза (с 13 на 100 тыс. человек населения до 24,3 соответственно) [119].

Наиболее показательной в плане отражения степени благополучия социальных процессов является заболеваемость населения туберкулезом. Сложившаяся в России ситуация по заболеваемости туберкулезом может быть оценена как опасная (в 2008 г. – 85,1 чел. на 100 тыс. населения; *рис. 2.7*). По нормативам ВОЗ, при уровне заболеваемости туберкулезом 50 человек на 100 тыс. населения наступает эпидемия. Наиболее неблагоприятная ситуация складывается в Дальневосточном (в 2008 г. – 145,7 чел. на 100 тыс. населения), Сибирском (132,9) и Уральском (104,8) федеральных округах.

Рост заболеваемости туберкулезом отмечается и среди детского населения. Согласно данным Минздрава РФ, более высок уровень заболеваемости среди детей в возрасте от 3 до 6 лет: в 2007 г. он составил 23 чел. на 100 тыс. населения соответствующего возраста [199].

Туберкулезом в России чаще болеют мужчины – в три раза по сравнению с женщинами (в 2008 г. – 128,8 и 47,5 на 100 тыс. населения соответственно).

Особое место среди социально значимых болезней в России (как и во многих других странах) занимает ВИЧ-инфекция и СПИД. Ежедневно

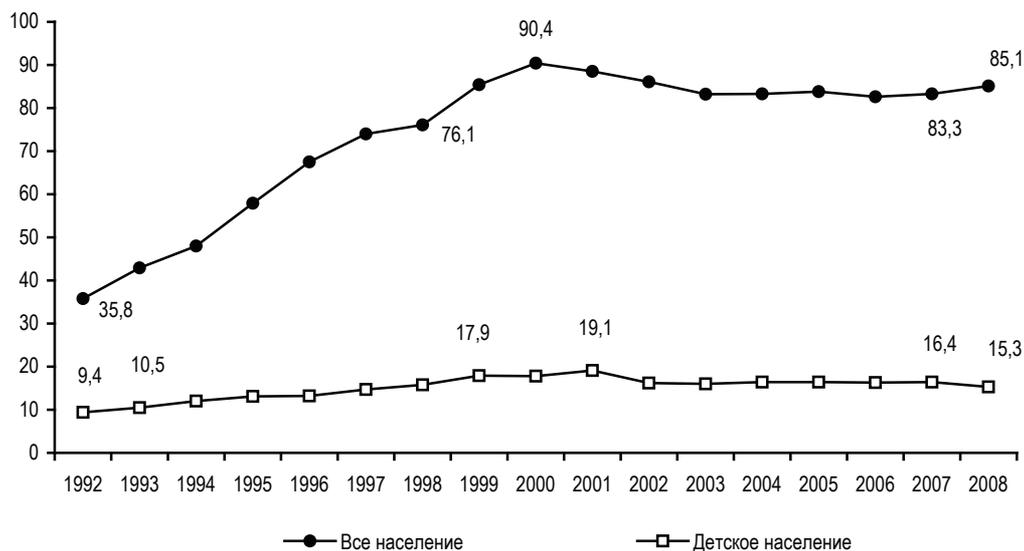


Рис. 2.7. Заболеваемость населения туберкулезом на 100 000 чел. населения (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

Источник: Российский статистический ежегодник: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 825 с.

в России регистрируется в среднем 110 – 120 новых случаев ВИЧ-инфекции. В течение 1987 – 1996 гг. Россия относилась к числу стран с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции. К 1996 г. медики зарегистрировали по стране 1090 случаев. Заражение происходило в основном половым путем (кроме инфицирования детей в больницах и заражения матерей от этих детей). Новый этап распространения ВИЧ и СПИДа начался с 1996 г., когда в ряде городов возникла вспышка этой инфекции среди потребителей внутривенных наркотиков. В 1995 г. было зарегистрировано всего восемь таких случаев, в 1996 г. – уже около тысячи. Дальше ситуация резко ухудшилась. За некоторые годы число зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИДа удваивалось. В 2001 – 2003 г. в России ежемесячно выявлялось около 5 тыс. новых ВИЧ-инфицированных (см. прил. 5, табл. 5). В настоящее время эпидемия ВИЧ затронула все регионы. Одной из особенностей России стало то, что инфицированных СПИДом больше всего сосредоточено в местах лишения свободы: по данным Международного Красного Креста, концентрация инфицированных заключенных в общем числе отбывающих наказание в 26 раз выше, чем в основной массе населения. Аналитики Центра стратегических и международных исследований прогнозируют, что если ситуация не будет переломлена, то темпы эпидемии СПИДа в России будут выше, чем в Африке. В этом случае СПИД, поражающий в основном молодых людей, станет фактором, который крайне негативно отразится на экономике России.

Заключая анализ общественного здоровья на межстрановом и страновом уровне, отметим, что характерная для современного мира совокупность тенденций глобализации, урбанизации и старения населения ведет к изменению структуры ведущих причин заболеваемости и смертности населения мира. Такими причинами становятся неинфекционные болезни: депрессия, диабет, сердечно-сосудистые заболевания и рак. Прогнозируется также смещение границ смертности от молодых к старшим возрастным группам. Старение населения обуславливает рост частотности сочетанной заболеваемости. Эти тенденции в полной мере присущи России.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что страны с сильной экономикой успешнее противостоят вызовам современности. Судя по оценкам состояния общественного здоровья, Россия находится на уровне развивающихся стран по большинству позиций (исключением служат уровни рождаемости, младенческой и детской смертности, развитие служб родовспоможения).

Более подробный анализ общественного здоровья населения России показал, что его численность сокращается, депопуляция, начавшаяся в 1992 г., охватила все регионы. За период с 2000 по 2008 г. лишь наметились положительные изменения в трендах естественного движения населения. Рождаемость увеличилась с 8,7 чел. на 1000 населения в 2000 г. до 12,1 чел. в 2008 г., а смертность снизилась соответственно с 15,4 чел. на 1000 населения до 14,6 чел. За 2005 – 2008 гг. увеличилась ожидаемая продолжительность жизни населения (с 65,3 до 67,9 года соответственно). Отчасти это стало возможным благодаря стабилизации социально-экономической ситуации в стране, активизации социальной политики государства, старту национального проекта «Здоровье». Хотя, учитывая инерционность демографических процессов, можно с уверенностью сказать, что принятых мер недостаточно. Для стабилизации демографической ситуации необходима продолжительная целенаправленная работа, учитывающая особенности страны в целом и отдельных ее регионов.

Если в демографической ситуации наметились положительные изменения, то здоровье россиян за относительно благополучный период с 1998 по 2008 г. даже не стабилизировалось. Во всех регионах отмечается рост заболеваемости населения. За этот период в целом по стране она выросла на 15%. Особенно значительное увеличение показателя отмечено в классах болезней системы кровообращения – 200%, болезней крови и кроветворных органов – 200%. Заболеваемость социально обусловленными болезнями, такими как туберкулез, остается на опасно высоком уровне (85,1 чел. на 100 тыс. населения), превышающем порог эпидемии (по нормативам ВОЗ – 50 чел. на 100 тыс.).

Снижение численности населения страны и ухудшение его здоровья представляет угрозу ее национальной безопасности, поэтому требуются безотлагательные активные меры по улучшению сложившейся ситуации.

2.2. Региональные особенности общественного и индивидуального здоровья

Качество общественного здоровья можно оценить, используя наиболее важные и достоверные показатели, такие как ожидаемая продолжительность жизни, коэффициенты смертности (от всех причин и отдельно по причинам), младенческая смертность, общая заболеваемость и заболеваемость некоторыми «социальными»³ болезнями и др.

³ Социальные болезни – болезни человека, возникновение и распространение которых в определенной степени зависят от влияния неблагоприятных условий социально-экономического строя. К социальным болезням относят: туберкулез, венерические заболевания, алкоголизм, наркомании, рахит, авитаминозы и другие болезни недостаточного питания, некоторые профессиональные заболевания.

Анализ совокупности этих показателей позволяет достаточно точно оценить уровень здоровья населения в стране в целом и в отдельных регионах.

Оценка тенденций изменения здоровья будет более полной, если она основывается на анализе не только популяционной статистики, но и информации об изменениях, происходящих на микроуровне, т.е. на анализе самооценок здоровья. В ходе социологических исследований выявляется субъективная характеристика состояния здоровья индивида, его отношение к здоровью.

Выполненный нами анализ здоровья базируется на материалах во многом типичного для России региона – Вологодской области. Являясь субъектом РФ, область входит в Северо-Западный федеральный округ. Ее площадь составляет 145,7 тыс. кв. км (0,9% территории Российской Федерации). Вес ВРП Вологодской области в общероссийских показателях – 0,9% (2007 г.). Численность населения области почти не отличается от соответствующего показателя соседних регионов Центра и Северо-Запада России, составляя 0,9% населения страны. Средняя плотность населения в области, как и в среднем в стране, – 8,4 человека на один квадратный километр. В городах и поселках городского типа проживает 68% населения области, в сельской местности – 31%, что соответствует среднероссийским данным (73 и 27%). Демографические тенденции и тренды здоровья соответствуют таковым в России. В то же время по многим показателям здоровье населения области хуже, чем в целом по стране. Поэтому мы считаем возможным более подробно рассмотреть тенденции и причины изменения здоровья населения в регионе на популяционном и индивидуальном уровне. Полученные в результате исследования выводы могут быть распространены на все население России.

В данном параграфе представлен анализ здоровья населения Вологодской области по качественным составляющим (физическое, психическое здоровье) на основе статистических данных и социологических исследований в период с 1998 по 2008 г.

Физическое здоровье населения. Статистические данные о заболеваемости, инвалидности и смертности среди населения Вологодской области в сравнении со среднероссийскими и данными экономически развитых стран показывают, что уровень здоровья населения региона ниже не только уровня европейских стран, но и среднего показателя по России (табл. 2.8).

Таблица 2.8. Основные показатели здоровья населения Вологодской области (2007 г.)

Территория	Заболеваемость на 1000 нас.	Инвалидность на 10000 нас.	Смертность на 1000 нас.
Вологодская область	836,3	81,0	15,9
Россия	770,4	78,0	14,6
Страны ЕС	Н.д.	53,1	9,7

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. 2007 / Вологдастат. – Вологда, 2008; Сайт Федеральной службы государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru>; База данных «Здоровье для всех» (БД ЗДВ). – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (январь 2009 г.). – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>

С 1992 г. в России началось стремительное сокращение численности населения из-за его высокой смертности, уровень которой в 1,5 – 2 раза превышал аналогичный показатель экономически развитых стран.

В Вологодской области в целом естественная убыль населения также отмечается с 1992 г. С этого времени область вступила в длительную полосу депопуляции. Суммарная убыль за 10 лет (1998 – 2007 гг.) превысила 100 тыс. человек. В результате население сократилось на 9% (см. прил. 5, табл. 6).

На территории Вологодской области, так же как и в России, уменьшение численности населения произошло не только за счет снижения рождаемости, но и в большей степени за счет увеличения смертности населения. Смертность в области превышает аналогичные показатели по России и СЗФО (рис. 2.8).

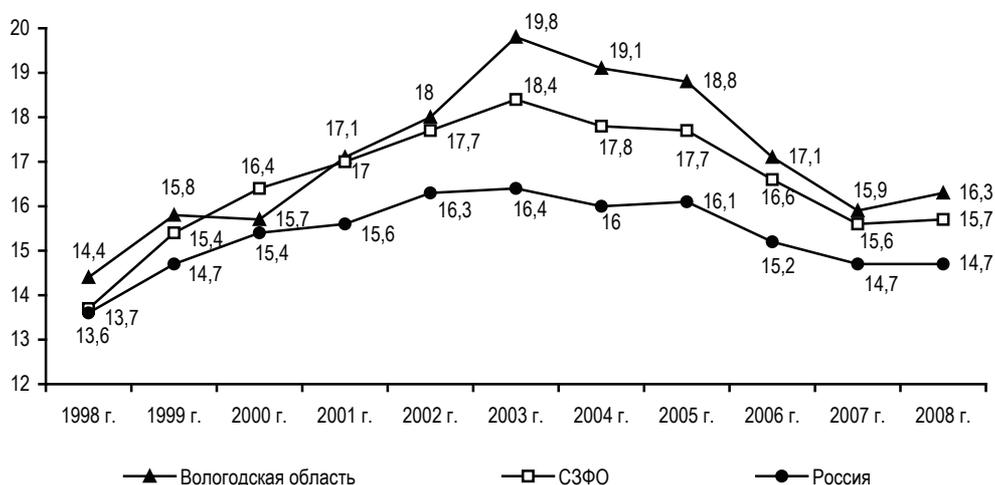


Рис. 2.8. Динамика смертности населения Вологодской области в сравнении с СЗФО и РФ (на 1000 населения)

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области / Вологдастат. – Вологда, 2008; Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с.; Там же. – М., 2007. – 991 с.; М., 2008. – 999 с.; Демографический ежегодник России. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 557 с.

За 10 лет смертность населения Вологодской области от всех причин возросла на 10%. В структуре смертности преобладают причины, предотвратимые посредством мер профилактики и адекватной медицинской помощи: болезни системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи, отравления и травмы, болезни органов пищеварения и дыхания.

В последнее десятилетие ранговая структура основных причин смертности населения региона менялась незначительно. Интенсивное нарастание показателей в период с 1998 по 2003 г. отмечено в группах болезней пищеварительного тракта (в 3 раза) и инфекционных и паразитарных болезней (в 2,8 раза).

В период с 2003 по 2008 г. произошло некоторое снижение смертности по всем группам причин. Наиболее существенное сокращение зафиксировано в смертности от воздействия внешних причин – с 298,4 на 100 тыс. населения в 2003 г. до 196,5 на 100 тыс. населения в 2007 г. – за счет снижения смертности от дорожно-транспортных происшествий и от алкогольных отравлений. Это позволило данной группе переместиться со второго на третье место в ранговом списке причин смертности (см. прил. 5, табл. 7).

Общее число умерших в 2008 г. по сравнению с 1998 г. возросло на 13%, а умерших в трудоспособном возрасте – на 22%. Каждый четвертый из числа умерших в 2008 г. находился в трудоспособном возрасте, а смертность мужчин почти в 3 раза превышала смертность женщин. Все это указывает на более высокий темп сокращения численности трудоспособного населения в сравнении с сокращением общей численности за прошедшие 10 лет (табл. 2.9).

Анализ показывает, что негативные тенденции смертности населения в регионе начались задолго до 1992 г.; реформы лишь ускорили происходившие процессы. Особого внимания требуют группы населения

Таблица 2.9. Смертность трудоспособного населения Вологодской области в сравнении с общей смертностью (на 1000 нас.)

Показатель	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2008 г. к 1998 г., в %
Смертность (общая)	14,4	15,8	15,7	17,1	18,0	19,8	19,1	18,8	17,1	15,9	16,3	113
Смертность трудоспособного населения	6,2	6,9	7,1	7,9	8,7	10,4	10,6	10,4	8,7	7,6	7,1	114,5
Источники: База данных ГУЗ ВО «МИАЦ»; Демографический ежегодник: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.												

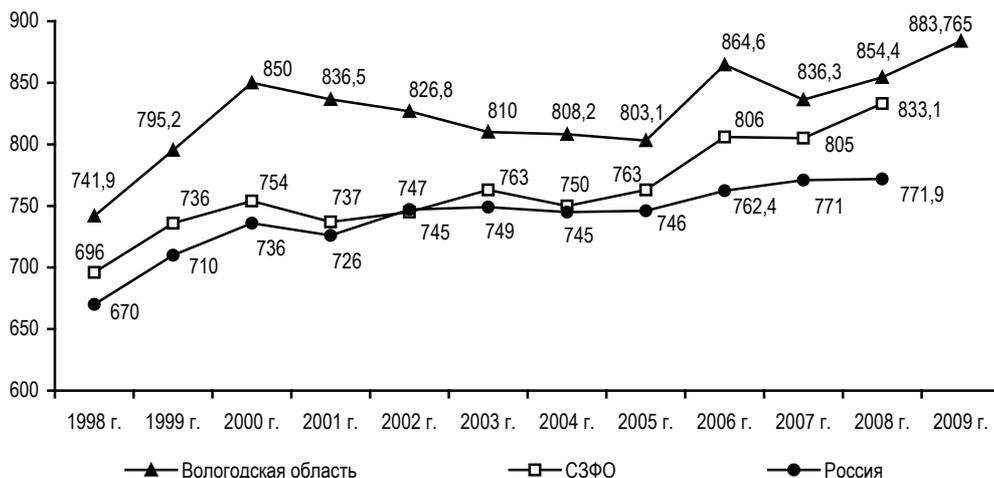


Рис. 2.9. Заболеваемость населения Вологодской области (на 1000 нас.)

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 990 с.; Статистический ежегодник Вологодской области. 2008: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2009. – С. 131.

трудоспособного возраста, и прежде всего мужчины 40 – 59 лет, хотя резервы предотвратимой смертности формируются в молодом возрасте.

Заболеваемость населения региона – одна из важнейших характеристик общественного здоровья. Этот показатель был выше, чем средний показатель по России и СЗФО, на протяжении всего рассматриваемого периода (рис. 2.9). В целом за 1998 – 2008 гг. первичная заболеваемость увеличилась на 15% за счет роста практически по всем группам болезней.

В то же время следует отметить, что рост заболеваемости в регионе был неравномерным. Выделяются два периода с наиболее значительным приростом показателя – 1998 – 2000 годы и 2005 год. Если в первый период увеличение первичной заболеваемости было связано с кризисными явлениями в экономике и социальной сфере, то во второй – с ростом потребления алкоголя и алкогольсодержащих продуктов. В 2005 г. розничная продажа алкогольных напитков на душу населения в регионе составила 14,06 л (в 2000 г. – 9,63 л). Принятые меры⁴ (снижение шаговой доступности винно-водочных изделий, изъятие из продажи в уличных павильонах технических спиртов) снизили продажу алкоголя в 2006 г. до 11,69 л на душу населения. Но и при отмеченном снижении показатели реализации водки, ликеро-водочных изделий и

⁴ Речь идет о мерах, принятых в соответствии с поправками, внесенными (№ 102-ФЗ от 21.07.2005) в Федеральный закон от 22.11.1995 № 171 с целью совершенствования правового регулирования отношений в сфере производства и оборота алкоголя, усиления государственного контроля в данной сфере экономики и планомерного вытеснения из нее теневого сектора. Данные поправки способствовали значительному сокращению розничной продажи водки и ликеро-водочных изделий (на 9,7%) по сравнению с 2005 г.

пива в Вологодской области превосходят окружные и среднероссийские значения, что ведет к снижению здоровья населения. За период с 2000 по 2008 г. заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами выросла на 19%.

Некоторый рост заболеваемости в 2007 г. может быть отчасти обусловлен диспансеризацией работающего населения [68]. В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2007 г. была проведена дополнительная диспансеризация трудоспособного населения. Впервые осмотрено 76,9 тыс. человек, выявлено 42251 заболевание или 7,8% от общего числа впервые выявленных болезней.

За относительно благоприятный период развития государства и реформ здравоохранения структура заболеваемости населения региона практически не изменилась. Ведущими причинами являются болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки, инфекционные и паразитарные заболевания (см. *прил. 5, табл. 8*). По частоте первичных заболеваний системы кровообращения (фактор высокой смертности) Вологодская область занимает пятое место в СЗФО.

По ряду групп болезней заболеваемость в области значительно превышает среднероссийские показатели. Так, заболеваемость болезнями органов дыхания в области выше, чем в РФ, на 23%, крови и кроветворных органов – на 17%, мочеполовой системы – на 16%, органов пищеварения – на 14%. Ниже среднероссийских показателей заболеваемость по осложнениям беременности, родов и послеродового периода, болезням глаза, уха, врожденным аномалиям.

Показатели временной нетрудоспособности в целом по области за пятилетний период снизились: количество случаев уменьшилось на 15 216 (360 307 и 345 091 соответственно), количество дней нетрудоспособности – на 30 342 (4 836 142 и 4 805 800 соответственно).

Длительность одного случая нетрудоспособности за 5 лет увеличилась на 0,5 дня (13,4 и 13,9 соответственно), что, возможно, свидетельствует о несвоевременности обращения населения за медицинской помощью и, следовательно, больших затратах времени на лечение.

Снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности отчасти может быть обусловлено несвоевременностью обращения за медицинской помощью, отказом от больничных листов, самолечением. Причинами этого могут быть как страх быть уволенными, особенно на предприятиях негосударственных форм собственности, так и низкая доступность качественной медицинской помощи.

Область обладает обширной, в основном слабозаселенной территорией, неоднородной с точки зрения заболеваемости населения. Можно

выделить группы муниципальных образований с высокой и низкой заболеваемостью (см. прил. 5, рис. 3 и 4). В большинстве районов уровень заболеваемости ниже среднеобластного. В 1998 – 2008 гг. заметно снизились показатели заболеваемости только в Чагодощенском районе (с 700,0 до 672), в остальных 27 муниципальных образованиях заболеваемость увеличилась.

Перейдем теперь к следующему важнейшему показателю общественного здоровья – инвалидности, позволяющему судить об уровне здоровья населения. Инвалидность или стойкая нетрудоспособность – это длительная или постоянная потеря трудоспособности вследствие значительного нарушения функций организма, вызванного хроническим заболеванием или травмой.

На процесс формирования инвалидности особенно влияют факторы внешнего воздействия, уровень общей заболеваемости, доступность качественной медицинской помощи населению.

Общее число лиц, впервые признанных инвалидами, среди взрослого населения Вологодской области в период с 1998 по 2008 г. снизилось почти на 20% (см. прил. 5, табл. 9). Однако это существенно выше по сравнению с уровнем инвалидности в России, который в 2008 г. составил 97,8 на 10000 взрослого населения (для сравнения: в Европейском регионе в 2005 г. – 61,1). Среди территорий, входящих в состав СЗФО, по уровню инвалидности Вологодская область занимала в 2005 г. последнее, 10-е место (132,9 на 10 тыс. нас.).

Анализ структуры первичной инвалидности взрослого населения указывает, что за десять лет численность лиц, впервые признанных инвалидами в связи с болезнями системы кровообращения, снизилась на 16%, в связи с травмами – на 14%, но в связи с новообразованиями возросла на 7%. Следует отметить, что за последние пять лет произошло увеличение доли трудоспособного населения на 19% (с 29% с 2004 г. до 48% в 2008 г.). Значительная доля в общем числе впервые признанных инвалидами приходится на инвалидов 1 и 2-й группы – соответственно 13 и 53%, немногим более трети – на инвалидов 3-й группы. Это свидетельствует о тяжести хронической патологии, являющейся причиной инвалидизации. Вместе с тем отметим, что в период с 2000 по 2008 г. произошли значимые изменения: снизился удельный вес населения с первичной инвалидностью – с первой и второй группой, но на 29% увеличилось число инвалидов третьей группы.

За 1998 – 2008 гг. улучшились показатели инвалидности в 21 муниципальном образовании, ухудшились – в шести (см. прил. 5, табл. 10). В то же время существует значительная дифференциация муници-

пальных образований области по первичному выходу на инвалидность взрослого населения. Так, в 2008 г. уровень инвалидизации в Верховажском районе («лидере» по этому параметру) был выше, чем в Белозерском районе (где ситуация была наиболее благоприятной), в 3 раза, а по сравнению со среднеобластным показателем – в 1,6 раза. Это говорит о необходимости дифференцированного подхода к проблеме инвалидности на региональном уровне.

Обобщающим показателем, оценивающим уровень общественного здоровья населения, является средняя ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ)⁵. В Вологодской области в 2008 г. она достигла уровня 1998 г., составив 67 лет. В сравнении с 1995 г. показатель увеличился на 3 года. Однако это на год меньше, чем в среднем по России, и на 10 – 16 лет – чем в экономически развитых странах. Разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин в регионе равен 14 годам (см. прил. 5, табл. 11).

Сведения о продолжительности жизни российского населения с учетом показателей стран мира позволили классифицировать регионы России по величине ОПЖ. К территориям с очень плохим уровнем здоровья отнесены регионы, в которых ОПЖ населения находится в пределах 56 – 59 лет; величина ОПЖ 60 – 63 года свидетельствует о плохом уровне здоровья в регионе; удовлетворительным уровнем здоровья характеризуются регионы с ОПЖ 64 – 67 лет. Относительно хорошее здоровье там, где ожидаемая продолжительность жизни составляет 68 – 72 года [231, с. 126]. Согласно этой классификации Вологодская область относится к регионам с удовлетворительным уровнем здоровья населения.

В ходе работы были произведены расчеты возможного увеличения ОПЖ за счет снижения смертности от трех ведущих причин (болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины). Анализ гипотетических таблиц смертности показал, что при комплексном снижении смертности по трем основным классам причин на 30% в каждой группе средняя продолжительность жизни мужчин увеличилась бы на 14 лет, женщин – на 5 лет. В целом эффект роста продолжительности жизни при гипотетическом устранении отдельной группы причин смерти (или при снижении ее роли в смертности) может служить важнейшей характеристикой при формировании системы мер, направленных на увеличение

⁵ Ожидаемая продолжительность жизни при рождении – число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте остается таким, как в годы, для которых вычислен показатель. ОПЖ является наиболее адекватной обобщающей характеристикой современного уровня смертности во всех возрастах.

продолжительности жизни населения области. Существенный прирост этого показателя дают комплексные меры по снижению смертности от основных классов причин.

Таким образом, согласно статистическим данным, в межкризисный период физическое здоровье населения Вологодской области ухудшилось по большинству показателей. Однако нельзя не отметить снижение инвалидизации, смертности в период с 2003 по 2008 г. по всем группам причин, особенно внешних, и рост ожидаемой продолжительности жизни.

Социологические исследования позволяют увидеть и проанализировать изменения индивидуального здоровья населения. Данные социологических опросов дают возможность дополнять, конкретизировать статистические данные, отражая социальную реальность, которая имеет субъективную природу. В целом взгляд на проблему на каждом уровне детализации помогает выявить закономерности и особенности, «невидимые» на других уровнях. Метод самооценок (несмотря на некоторые ограничения) признан достаточно надежным и рекомендован Всемирной организацией здравоохранения для мониторинга здоровья и внутри отдельных стран, и для межстрановых сравнений [361].

Удельный вес населения стран ЕС, характеризующего свое здоровье как хорошее, в 2007 г. составлял 67% [17]. Согласно исследованиям Института социологии РАН, 42% населения России оценивает состояние своего здоровья как среднее (удовлетворительное); суммарная доля отличных и хороших оценок превышает долю плохих и очень плохих (45 и 13% соответственно) [276].

Судя по данным обследования качества жизни населения регионов СЗФО, проведенного с нашим участием, 41% жителей округа оценивает свое здоровье как «очень хорошее, довольно хорошее»; 45% – как «удовлетворительное» и 14% – как «плохое, очень плохое» (табл. 2.10).

Анализ самооценок здоровья населения Вологодской области, выявленных в ходе мониторинга здоровья, свидетельствует в целом об улучшении этих показателей за годы реформ. В полтора раза возросла доля жителей области, оценивающих свое здоровье как «хорошее, довольно хорошее»; в 1,6 раза уменьшилась доля оценивающих свое здоровье как «плохое, очень плохое»; на 6 процентных пунктов – как «удовлетворительное» (рис. 2.10).

Несмотря на общий положительный тренд в изменениях самооценок здоровья, выявленные тенденции сопоставимы с отмечаемыми в статистической отчетности. Во-первых, улучшение самооценок здоровья в целом подтверждается ростом ожидаемой продолжительности жизни населения.

Таблица 2.10. Оценка состояния собственного здоровья жителями регионов СЗФО (2008 г.; в % от числа опрошенных)

Регион	Оценка здоровья		
	Очень хорошее, довольно хорошее	Удовлетворительное (более или менее)	Плохое, очень плохое
Республика Карелия	39,6	49,5	10,5
Республика Коми	39,2	48,3	12,4
Архангельская область	42,4	46,9	10,7
Вологодская область	43,6	44,8	11,4
Калининградская область	44,3	37,9	17,8
Ленинградская область	49,3	26,6	24,0
Мурманская область	41,3	47,6	11,1
Новгородская область	28,1	54,1	16,6
Псковская область	34,9	48,3	16,8
г. Санкт-Петербург	43,9	44,3	11,1
Среднее по СЗФО	41,0	44,9	13,9

Источник: Данные мониторинга общественного мнения, проведенного на территории регионов СЗФО в 2008 г.

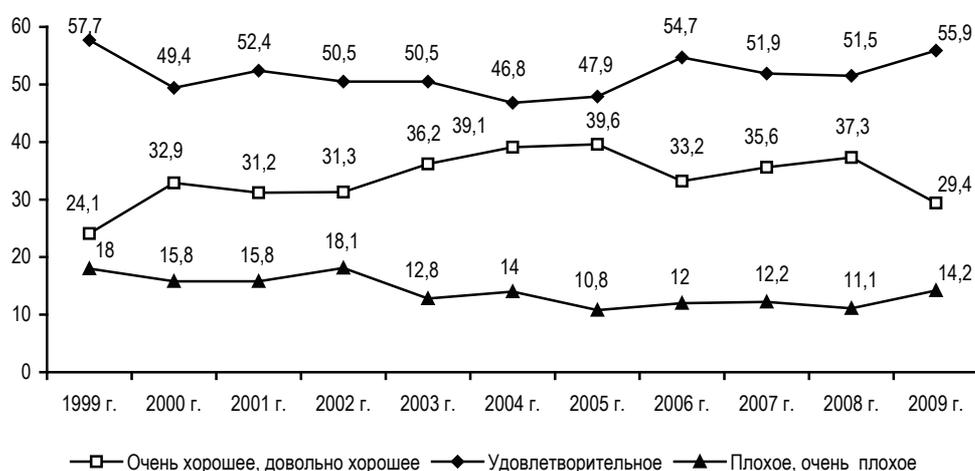


Рис. 2.10. Оценка состояния собственного здоровья жителями Вологодской области (в % от числа опрошенных)

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области, 1999 – 2008 гг.

За период с 1999 по 2008 г. ОПЖ в Вологодской области увеличилась на 1,5 года (с 65,4 до 66,9). Во-вторых, улучшение самооценок за 2000 – 2005 гг. коррелирует с периодом снижения заболеваемости населения, а ухудшение самооценок здоровья в 2006 г. соответствует росту заболеваемости, зафиксированному в статистической отчетности.

В целом улучшение самооценок здоровья в благоприятный период социально-экономического развития страны и региона отражает состояние не только соматического (физического) здоровья, но и психологического самочувствия населения.

Перевести качественные характеристики здоровья индивидов (микроуровень) в количественную оценку здоровья популяции (макроуровень) позволяет предложенный нами индекс здоровья. Проведенные расчеты показывают, что индекс здоровья населения региона имеет незначительную положительную динамику. Используя интерпретацию значений ИЗ, мы можем оценить уровень здоровья населения региона: значение до 0,6 соответствует низкому уровню здоровья; 0,61 – 0,8 – среднему; 0,81 – 1,0 – высокому. Из этого следует, что здоровье населения Вологодской области даже в благоприятный период было не выше среднего уровня (рис. 2.11).

Данные мониторинга экономического положения и здоровья населения России подтверждают выявленные нами тенденции. В 2000-е годы – период общей стабилизации и роста экономики – отмечается последовательное улучшение самооценок здоровья населения. Например, за 1994 – 2003 гг. у 26,8% жителей страны здоровье улучшилось, у 58,3% – осталось без изменений и у 14,9% – ухудшилось. Кроме того, значительно снизилась доля респондентов, оценивающих свое здоровье как «плохое и очень плохое», – с 27% в 1998 г. до 15% в 2005 г. [190, с. 102].

Между возрастом и состоянием здоровья человека существует определенная зависимость: с увеличением возраста здоровье постепенно угасает. Молодые люди значительно лучше оценивают свое здоровье, наиболее низкие оценки дают жители области пенсионного возраста. В то же время более низкие индексы здоровья присущи группам лиц, имеющих начальное или среднее образование, низкие доходы, живущих в сельской местности.

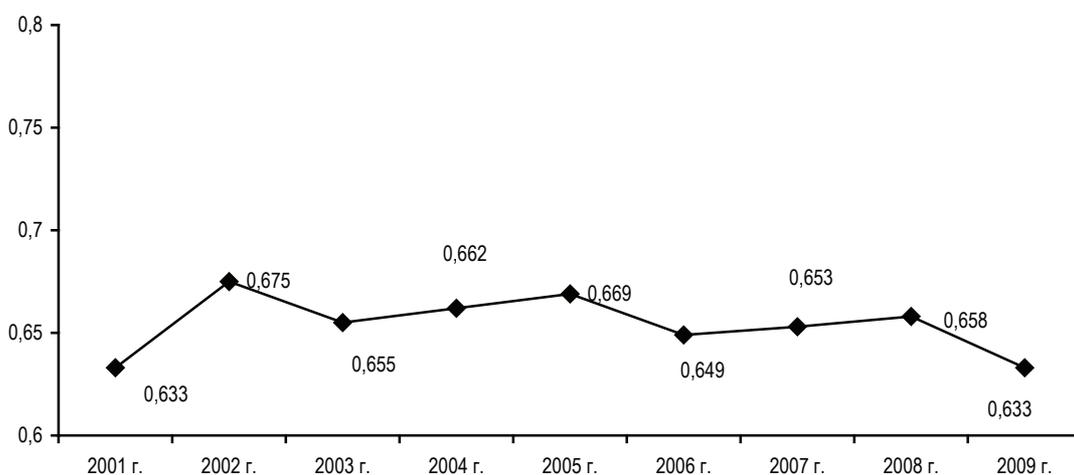


Рис. 2.11. Динамика индекса здоровья населения Вологодской области

Рассчитано по данным мониторинга здоровья населения Вологодской области, 1999 – 2008 гг.

Состояние здоровья традиционно критичнее оценивается женщинами, что обуславливает более низкие значения индекса здоровья по сравнению с мужчинами (табл. 2.11). Хотя в период с 2002 по 2008 г. у женщин отмечается более интенсивное улучшение здоровья, чем у мужчин (на 5 и 3% соответственно). Подобная тенденция отмечается и по данным мониторинга экономического положения и здоровья в России. Средние оценки здоровья улучшились на 3% у женщин и на 2% у мужчин [190, с. 103].

Таблица 2.11. **Гендерные различия в оценке состояния здоровья жителей Вологодской области**

Пол	Значение индекса здоровья							
	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2008 г. к 2002, в %
Мужской	0,656	0,677	0,694	0,689	0,671	0,677	0,673	102,6
Женский	0,617	0,641	0,638	0,658	0,632	0,638	0,646	104,7

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Анализ самооценок частоты и тяжести болезней показал, что наиболее распространены недомогания, не требующие больничного листа и не снижающие в целом трудоспособности (3 балла по 4-балльной шкале; см. прил. 5, табл. 12). Чаще всего недомогания испытывает женское население старших возрастов, а также служащие, руководители предприятий, интеллигенты, пенсионеры, горожане.

Отмечено снижение частоты заболеваний, приводящих к потере способности работать на производстве, учиться, – с 2 баллов в 2002 г. до 1,8 балла в 2008 г. Средний балл упоминаний о возникновении болезней, приковывающих к домашней постели, приводящих к полной потере способности ухода за собой, требующих лечения в стационаре, снизился с 1,5 балла в 2002 г. до 1,3 – в 2008 г. Это можно расценивать как улучшение здоровья населения региона.

В период с 2002 по 2008 г. в области увеличилась доля населения, у которого «не было необходимости» пропускать рабочие дни по болезни, и произошло снижение доли населения, пропускавшего рабочие дни по данной причине (5,7 и 8,7 процентного пункта соответственно). Однако в г. Череповце и районах за этот же период возросла доля жителей, которые болели, но не оформляли больничный лист, даже если нуждались в этом. С одной стороны, это свидетельствует об ухудшении их здоровья, а с другой – о снижении медицинской активности (жители области не обращаются за медицинской помощью, что ведет к увеличению риска возникновения отклонений в здоровье и росту хронической заболеваемости), о боязни потерять работу. Кроме того, это может быть связано с тем, что листы временной нетрудоспособности на частных предприятиях не оплачиваются (табл. 2.12).

Таблица 2.12. Распределение ответов на вопрос: «Приходилось ли Вам в течение года пропускать рабочие дни по болезни?»
(в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районы		Область	
	2002 г.	2008 г.	2002 г.	2008 г.	2002 г.	2008 г.	2002 г.	2008 г.
Нет, не было необходимости	27,7	46,9	34,7	37,8	40,6	41,9	36,3	42,0
Нет, хотя необходимость была	34,9	22,9	26,3	32,5	25,5	33,7	27,8	30,7
Да, пропускал(а)	37,4	30,2	39,0	29,6	33,9	24,5	36,0	27,3

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

На наличие хронических заболеваний в 2008 г. указывало 36% населения области (в 2001 г. – 49%), причем около трети – на болезни системы кровообращения, 13% – органов пищеварения, 11% – костно-мышечной системы, 7% – органов дыхания. Длительно протекающие заболевания беспокоили в последние 12 месяцев 56% от числа их имеющих.

Женщины более внимательны к своему здоровью, поэтому они чаще мужчин (66 и 34% жителей городских поселений соответственно; 54 и 46% жителей сельских поселений соответственно) отмечают у себя различного рода хроническую патологию. Поскольку мужчины беспечно относятся к своему здоровью, они настроены более оптимистично и оценивают его выше, чем женщины (*табл. 2.13*). У врача наблюдаются в среднем 62% женщин и только 38% мужчин, имеющих хронические заболевания. Это также указывает на низкий уровень медицинской активности мужского населения региона.

Таким образом, анализ результатов обследований выявил, что за период с 1999 по 2008 г. в целом по области произошли положительные изменения в самооценках здоровья населения региона. Причиной этих изменений может быть улучшение показателей социального

Таблица 2.13. Распределение ответов на вопрос: «Имеются ли у Вас длительно протекающие (хронические) заболевания или состояния?» – в зависимости от пола и места жительства (2008 г., в % от числа опрошенных)

Место проживания	Имеются ли у Вас длительно протекающие (хронические) заболевания или состояния?		Вас эта проблема беспокоила последние 12 месяцев? (% от числа положительно ответивших на первый вопрос)		Наблюдались ли Вы у врача по поводу Вашего состояния в последние 12 месяцев? (% от числа положительно ответивших на первый вопрос)	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Город	34,2	65,8	37,6	62,4	36,8	63,2
Село	46,0	54,0	55,2	44,8	46,2	53,8
Всего	36,9	63,1	41,0	59,0	38,3	61,7

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

настроения (см. рис. 2.12). Это можно расценивать как благоприятный фон для формирования положительных тенденций в сфере общественного здоровья населения, и необходимо приложить все возможные усилия для сохранения данной ситуации.

Одним из важных индикаторов благополучия социального фона является психическое здоровье населения, оказывающее влияние на развитие демографической ситуации в регионе и вносящее весомый вклад в формирование общественного здоровья.

Психическое здоровье населения. Состояние психического здоровья населения можно рассматривать не только как результат социально-экономических и политических процессов, но и как фактор, оказывающий существенное влияние на демографическую ситуацию. Специалисты отмечают, что общественное психическое здоровье играет не меньшую роль в формировании демографической картины, чем состояние экономики и уровень доходов населения.

Состояние социально-психологической атмосферы особенно важно с экономической точки зрения. «Душевный настрой народа имеет большее значение, чем можно предположить с первого взгляда. В экономике, не входя явным образом в экономические расчеты, он в значительной мере определяет готовность экономических игроков к риску, а значит, прямо влияет на ценообразование и другие основные экономические параметры» [83].

Комплексным индикатором социально-психологического самочувствия населения является показатель социального настроения. В его динамике с 1998 г. наблюдаются положительные изменения (рис. 2.12). За этот период численность людей, испытывающих преимущественно



Рис. 2.12. Динамика показателя социального настроения (в % от числа опрошенных)

Источник: Данные мониторинга общественного психического здоровья, 1999 – 2008 гг.

позитивные эмоции, увеличилась на 19% (с 49 до 68%), в то время как удельный вес тех, кто негативно оценивает свое настроение, сократился на 21% (с 47 до 26%). Вероятно, это стало основой улучшения самооценки и физического здоровья населения.

При этом в категории наиболее обеспеченных удельный вес позитивных оценок социального настроения в 1,5 раза выше, чем в низкодоходных группах (табл. 2.14). Мужчины и женщины в возрасте моложе 30 лет чаще характеризуют свое настроение как «прекрасное, нормальное, ровное состояние», чем люди старше 60 лет.

В то же время улучшение показателя социального настроения особенно ярко проявилось среди наименее обеспеченных слоев населения (увеличение с 47 до 53%) и людей пожилого возраста (увеличение с 59 до 65% среди мужчин и с 54 до 59% среди женщин). Такие изменения могут свидетельствовать об эффективности социальной политики государства, поскольку

именно данные категории населения в настоящее время являются наиболее социально уязвимыми. Вывод подтверждают данные, характеризующие благосостояние жителей региона: за период с 2005 по 2007 г. численность населения с доходами ниже прожиточного минимума сократилась с 229 до 190 тыс. человек; размер среднемесячной заработной платы в 2000 г. составлял 2562 руб. (в 2,5 раза больше прожиточного минимума), в 2007 г. – 12914 руб. (в 3,3 раза больше прожиточного минимума); темп роста среднемесячных назначенных пенсий составил в 2000 г. 172%, в 2005 г. – 180%, в 2007 г. – 178%.

По данным И.Б. Назаровой, в России в послереформенный период увеличилось число людей, удовлетворенных жизнью. При этом городские жители удовлетворены жизнью больше, чем сельские, в 1,2 – 2,3 раза. Представители бедных домохозяйств на 42 – 70% удовлетворены жизнью меньше, чем обеспеченные граждане. Значимое влияние на удовлетворенность жизнью имеют пол и возраст, например, мужчины 49 – 50 лет удовлетворены жизнью менее молодых на 25%; женщины – на 15 – 22% [190, с. 307].

Таблица 2.14. **Динамика социального настроения в различных группах населения** (вариант ответа «прекрасное, нормальное, ровное состояние», в % от числа опрошенных)

Категории населения	2007 г.	2008 г.
<i>Доходные группы</i>		
20% наименее обеспеченных	46,7	53,1
60% среднеобеспеченных	63,7	67,3
20% наиболее обеспеченных	78,1	82,9
<i>Пол/возраст</i>		
Мужчины до 30 лет	82,8	78,6
Мужчины 30 – 60 лет	67,8	71,3
Мужчины старше 60 лет	59,4	65,0
Женщины до 30 лет	69,4	71,2
Женщины 30 – 60 лет	61,3	65,1
Женщины старше 60 лет	54,4	58,9

Заболеваемость психопатологиями по сравнению с 1998 г. снизилась, однако произошло это только в 2007 г., в то время как в период с 2004 по 2006 г. данный показатель имел негативную тенденцию (рис. 2.13).

Анализируя динамику заболеваемости психическими патологиями на территории Вологодской области, мы опирались на следующие особенности:

1. Высокий уровень заболеваемости до 2000 г. связан с последствиями экономического кризиса, который отразился не только на экономическом положении и психологическом самочувствии жителей области, но и на показателях функционирования системы здравоохранения.

2. Результаты антикризисных мероприятий и постепенная адаптация населения проявились на динамике психопатологий в 2001 г. и в последующий период.

3. Увеличение уровня заболеваемости в 2006 г. и его снижение в 2007 г. связано с диспансеризацией населения в рамках национального проекта «Здоровье», которая позволила диагностировать развитие психических заболеваний на ранних стадиях развития.

Сотрудниками НИЦ профилактической медицины было проведено исследование, целью которого являлся поиск факторов, обуславливающих динамику смертности населения России. Его результаты показали, что динамика смертности на 70% определяется озлобленностью, на 11% – безысходностью и только на 16% – социально-экономическими параметрами [132, с. 86].

Состояние общественного психического здоровья отражается на динамике смертности от таких причин, как самоубийства, алкогольные отравления, убийства, терроризм и т.д. Все эти причины входят в состав



Рис. 2.13. Динамика заболеваемости психическими расстройствами

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 363 с.; Здравоохранение в России. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 365 с.; База данных «Здоровье для всех» (БД ЗДВ). – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (январь 2009 г.). – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>

категории «Несчастные случаи, травмы и отравления», численность которой, по данным Федеральной службы государственной статистики, имеет тенденцию к снижению как в регионе, так и в среднем по стране (рис. 2.14).

Наиболее показательной является динамика распространения самоубийств. Уровень смертности от них в области значительно выше аналогичного показателя по России на протяжении всего последнего десятилетия (рис. 2.15). Существенный рост суицидальной активности отмечался в 1992 и 1998 гг., то есть непосредственно следом за известными социально-политическими и социально-экономическими событиями в стране. С 2000 г. наблюдается тенденция снижения суицидальной активности, что, возможно, является следствием приспособления населения к новым социально-экономическим условиям, а также их частичного улучшения в период с 2003 по 2007 г.

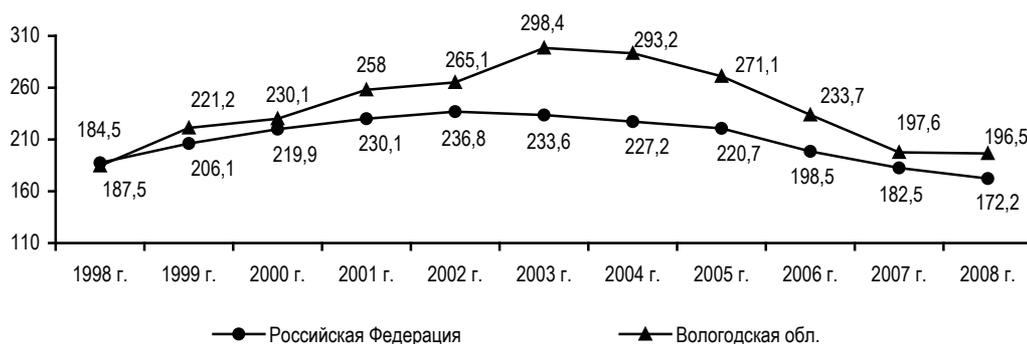


Рис. 2.14. Смертность от несчастных случаев, травм и отравлений (на 100 тыс. чел.)

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 363 с.; Российский статистический ежегодник. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 847 с.

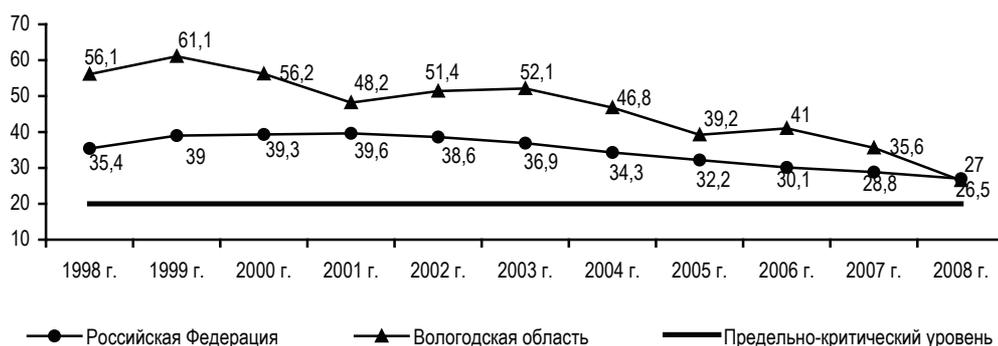


Рис. 2.15. Смертность населения от самоубийств в Вологодской области и Российской Федерации (умерших на 100 тыс. населения)

Источники: Ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 1995 – 2007. – С. 363; Российский статистический ежегодник. 1995 – 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 1995 – 2008.

За период с 1999 по 2008 г. средний уровень суицидальной активности населения региона составил около 49 случаев на 100 тыс. населения, что почти в 2,5 раза превышает предельно-критическое значение, установленное специалистами Всемирной организации здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения) [205, с. 185]. В большинстве районов Вологодской области уровень смертности от самоубийств за данный период составлял от 60 до 80 случаев на 100 тыс. населения. В городах уровень суицидальной активности населения несколько ниже (в 2007 г. – 24,5 на 100 тыс. нас. в г. Вологде; 12,0 – в г. Череповце), что, на наш взгляд, может быть связано с более благоприятной социально-экономической ситуацией и развитой структурой специализированных учреждений, оказывающих помощь суицидентам и их близким.

В 2007 г. по сравнению с 1999 г. уровень самоубийств снизился в 20 районах области. Увеличение смертности от суицидов за этот период отмечается в Бабушкинском, Белозерском, Вашкинском, Верховажском, Кичменгско-Городецком и Чагодощенском муниципальных образованиях.

С точки зрения характеристики психологического климата в регионе не менее важным, чем суицидальная активность населения, является уровень потребления алкоголя. Реальные масштабы проблемы алкоголизма установить достаточно сложно, поскольку вести такую статистику затруднительно даже по объемам продаж и выпуска алкогольной продукции.

По данным официальной статистики, уровень заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами возрос с 46,6 на 100 тыс. населения в 1998 г. до 63,9 в 2007 г., а число лиц, состоящих с данным диагнозом на учете, – с 1229 до 1395 на 100 тыс. населения. В целом за указанный период от причин, связанных с употреблением алкоголя (случайные отравления, хронический алкоголизм, алкогольный психоз, алкогольный цирроз печени), в Вологодской области умерло 7035 человек, из них 5890 (или 84%) – в трудоспособном возрасте. Данный показатель имел тенденцию повышения в период с 1998 по 2005 г. Это стало следствием увеличения потребления алкогольсодержащей продукции.

Ужесточение правил торговли алкогольсодержащей продукцией позволило заметно снизить уровень смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя (сокращение за период с 2005 по 2008 г. составило 51%; *рис. 2.16*). Заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами уменьшилась на 15%.

В создании психологического климата свою роль играет и уровень тяжких преступлений, в частности убийств. В 2001 – 2002 гг. и в стране, и регионе наблюдается снижение данного показателя, причем в регионе оно менее стабильное, чем в целом по стране. За этот период уровень смертности от убийств сократился на 32 и 42% соответственно.

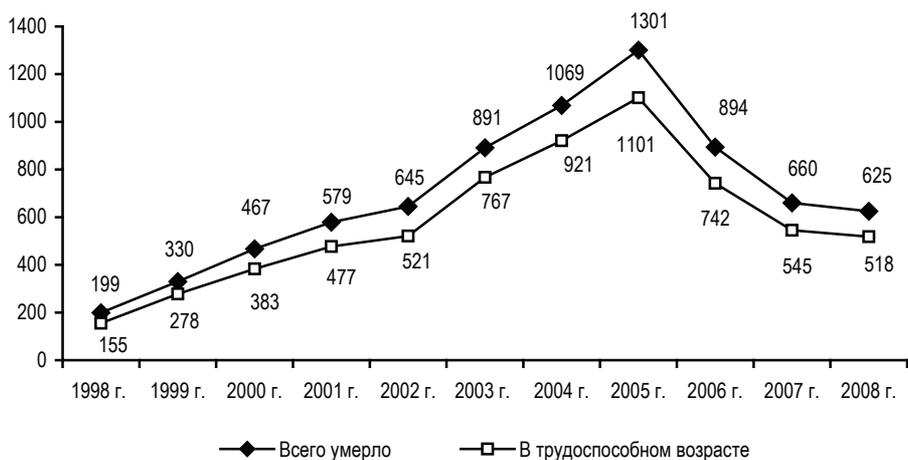


Рис. 2.16. Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя (абс.): случайных отравлений алкоголем, хронического алкоголизма, алкогольного психоза, алкогольного цирроза печени

Источник: Ежегодник Вологодской области. 1995 – 2008: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 1995 – 2008.

Следствием уменьшения уровня убийств является рост числа жителей области, чувствующих себя в безопасности на улице в вечернее время суток (с 30% в 2008 г. до 40% в 2001 г.). В то же время, по данным мониторинга общественного мнения, проблемы преступности и алкоголизма продолжают оставаться для населения одними из наиболее волнующих: в 2008 г. обеспокоенность ими выразили 60 и 57% (для сравнения: в 2001 г. актуальность проблемы преступности отметили 40% жителей области, алкоголизма – 24%) (см. прил. 5, табл. 13).

Официальная статистика включает в себя только те случаи психических расстройств, которые были зарегистрированы в соответствующих медицинских учреждениях. На самом же деле распространение психических патологий в пограничной форме значительно шире, что вызывает необходимость более точной оценки состояния общественного психического здоровья, а также диагностики психических патологий на ранних стадиях развития. Одним из способов решения данной задачи является мониторинг психологического самочувствия, который проводится с нашим участием с 2002 г. Для оценки уровня распространенности симптомов тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии, для оценки уровня неврозов – методика экспресс-диагностики неврозов Хека и Хесса.

Согласно полученным данным, в Вологодской области в 2008 г. доля лиц, имевших признаки невротического расстройства, составила 16% в общей численности жителей, депрессии – 29%, повышенной

Таблица 2.15. Распространение симптомов тревоги, депрессии и невроза среди жителей региона в 2002 – 2008 гг. (в % от числа опрошенных)

Уровень тревоги и депрессии	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2002 г. к 2008 г., в %
Уровень тревоги в норме	59,5	61,1	66,3	65,8	66,6	73,2	72,1	121
Уровень тревоги превышает норму	40,3	38,2	33,3	34,2	32,9	26,7	27,9	69
Субклинически выраженная тревога	37,8	35,4	30,6	31,5	31,3	25,1	27,0	71
Клинически выраженная тревога	2,5	2,8	2,7	2,7	1,6	1,6	0,9	45
Уровень депрессии в норме	66,8	66,5	67,4	69,2	65,6	70,3	70,9	106
Уровень депрессии превышает норму	32,9	33,3	32,2	30,8	34,4	29,6	29,0	88
Субклинически выраженная депрессия	30,3	30,3	29,1	28,5	31,5	26,9	26,1	86
Клинически выраженная депрессия	2,6	3,0	3,1	2,3	2,9	2,7	2,9	111
Симптомы невроза	27,0	21,0	20,0	22,0	15,0	14,1	15,7	58

Источник: Данные мониторинга общественного психического здоровья.

тревоги – 28% (табл. 2.15). При этом следует учитывать, что затяжной характер любого из вышеперечисленных состояний создает опасность его осложнения и проявления симптомов на более глубинном уровне.

По оценкам экспертов ВОЗ, в настоящее время депрессия находится на третьем месте среди ведущих причин заболеваемости и инвалидности в Европейском регионе [210]. В то же время нельзя не отметить, что за период с 2002 по 2008 г. измеряемые показатели заметно улучшились. Удельный вес населения с уровнем тревоги, не превышающим норму, увеличился на 21%, на 6% выросла доля жителей области, имеющих показатели депрессии, не превышающие норму. Параллельно отмечалось снижение удельного веса населения с клинически выраженной тревогой (на 55%). Однако произошел рост (на 11%) доли населения с проявлениями клинически выраженной депрессии.

Таким образом, в динамике общественного психического здоровья в 2000 – 2008 гг. на территории страны и региона наблюдались в целом позитивные тенденции. Одной из причин этого является социально-экономическая и политическая стабилизация относительно кризисного периода 90-х годов. Вместе с тем по некоторым показателям психологический климат в регионе существенно хуже среднероссийского уровня. Кроме того, судя по результатам мониторинга, на территории Вологодской области широко распространены пограничные состояния психопатологий. Они не учитываются официальной статистикой, однако являются потенциальной основой для увеличения контингента учреждений, занимающихся охраной общественного психического здоровья.

Проявления современного финансово-экономического кризиса уже в 2008 г. повысили тревожность населения и стали причиной ухудшения его психологического самочувствия. По данным Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, в 2008 г. на 20% увеличилась тенденция обращения пациентов к психологам, на 10% – к психиатрам, количество звонков по «горячей» линии научного центра возросло в 4 раза. Как показали результаты социологических опросов, проведенных на территории Вологодской области в декабре 2008 г., 36% ее жителей ощутили на себе последствия мирового финансового кризиса: 21% опрошенных столкнулись с задержками выплат зарплат и пенсий, 36% – с уменьшением их размеров, 20% – с увольнениями, 13% – с приостановкой деятельности предприятий. Таким образом, если первую половину 2000-х гг. можно назвать периодом относительной стабилизации по сравнению с 90-ми годами, то в настоящее время существует вероятность ухудшения общественного психического здоровья вследствие кризисных явлений. Причем обострения данной проблемы следует ожидать как на федеральном, так и на региональном уровне.

Итак, согласно статистическим данным, за относительно благоприятный период развития государства и реформ здравоохранения заболеваемость населения Вологодской области, как и страны в целом, увеличилась по большинству нозологических единиц. Структура заболеваемости практически не изменилась. Ведущими причинами заболеваемости остаются болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки, инфекционные и паразитарные заболевания.

Вместе с тем нельзя не отметить положительные тенденции в показателях общественного здоровья за это время: рост ожидаемой продолжительности жизни населения, снижение инвалидизации, сокращение общей смертности населения во всех группах причин, особенно внешних.

В период с 2000 по 2008 г. на фоне благоприятного социально-психологического самочувствия населения произошло улучшение самооценок здоровья. Это подтверждает и положительная динамика индекса здоровья. В то же время здоровье населения даже в благоприятный период было не выше среднего уровня (ИЗ = 0,633 – 0,658; при установленном интервале среднего уровня от 0,61 до 0,8).

Об относительном улучшении здоровья говорит уменьшение удельного веса населения, жалующегося на хронические заболевания, – с 49% в 2001 г. до 36% в 2008 г. Произошло и снижение частоты упоминаний о заболеваниях, приводящих к потере трудоспособности, – с 2 баллов в 2002 г. до 1,8 балла в 2008 г. Снизился средний балл упоминаний о возникновении болезней, приковывающих к домашней постели, приводящих к полной потере способности ухода за собой, требующих лечения в стационаре, – с 1,5 в 2002 г. до 1,3 в 2008 г.

Несмотря на общий положительный тренд изменений самооценок здоровья, выявленные тенденции сопоставимы с отмечаемыми в статистической отчетности. Во-первых, улучшение самооценок здоровья в целом подтверждается ростом ожидаемой продолжительности жизни населения. За период с 1999 по 2008 г. ОПЖ в Вологодской области увеличилась на 1,5 года (с 65,4 до 66,9). Во-вторых, улучшение самооценок в 2000 – 2005 гг. коррелирует с периодом снижения заболеваемости населения, а ухудшение самооценок здоровья в 2006 г. соответствует росту заболеваемости, зафиксированному в статистической отчетности.

В целом улучшение самооценок здоровья в благоприятный период социально-экономического развития страны и региона отражает не только состояние соматического (физического) здоровья, но и психологическое самочувствие населения. За этот период численность людей, испытывающих преимущественно позитивные эмоции, увеличилась на 19% (с 49 до 68%). В динамике общественного психического здоровья на территории страны и региона в 2000 – 2008 гг. наблюдались позитивные тенденции. В Вологодской области удельный вес людей с повышенным уровнем тревоги снизился на 12%, с повышенным уровнем депрессии – на 4%. В 2007 г. по сравнению с 1999 г. уровень самоубийств снизился в 20 районах области, увеличение смертности от суицидов за этот период отмечается только в 6 муниципальных районах. Одной из причин этого является социально-экономическая и политическая стабилизация относительно кризисного периода 90-х годов.

Ухудшение экономической ситуации, связанное с современным финансово-экономическим кризисом, привело к значимому снижению самооценок социального самочувствия и здоровья населения. Удельный вес жителей, оценивающих свое здоровье как «хорошее и очень хорошее», в 2009 г. в сравнении с 2008 г. снизился на 7,9 п.п. (с 37,3 до 29,4%). Уровень суицидов в Вологодской области за год вырос с 26,5 случая на 100 тыс. населения до 29,6 случая на 100 тыс. населения.

2.3. Факторы, детерминирующие здоровье населения

Здоровье населения зависит от воздействия большого числа факторов, многие из которых взаимосвязаны, но при этом каждый играет существенную роль в возникновении заболеваний, снижении рождаемости и росте смертности населения. Среди причин, негативно влияющих на состояние здоровья, можно выделить следующие:

1) экономические (низкий уровень заработной платы, бедность, безработица, ухудшение условий жизни, труда, изменение в худшую сторону структуры и качества питания);

2) социально-психологические (чрезмерные стрессовые нагрузки из-за социально-экономической нестабильности общества, снижение уровня культуры в обществе, обуславливающее распространение вредных привычек и нездорового образа жизни);

3) социально-гигиенические факторы (вредные условия труда, плохая экология, низкий уровень социально-гигиенической грамотности, медицинского обслуживания).

В данном параграфе на основе анализа статистических данных и главным образом на материалах социологических исследований рассматриваются социально-экономические условия, под влиянием которых формируется здоровье населения в регионе (на примере Вологодской области).

Известно, что качество общественного здоровья населения формируется и поддерживается совокупностью условий его жизни [230, с. 124-137]. Изменения качества жизни отражаются на состоянии здоровья, что сказывается на ожидаемой продолжительности жизни. Негативные проблемы общественного здоровья взаимосвязаны с социально-экономическими, производственными, экологическими факторами. Факторы, определяющие качество жизни, имеют общую основу, а именно острый психологический стресс, возникающий при адаптации к неблагоприятным условиям жизни (безработица, недостаток денег, неудовлетворительные условия труда и жилищные условия, несбалансированность питания, высокая стоимость услуг, в том числе медицинских и т.д.). Современная цивилизация порождает новые (преимущественно техногенной природы) факторы, влияющие на ОПЖ.

Нами исследовано воздействие 85 различных факторов на ожидаемую продолжительность жизни населения Вологодской области (1992 – 2007 гг.) и установлено, что одни из них непосредственно влияют на ОПЖ (прямая или обратная степень корреляционной зависимости), другие – лишь косвенно или играют роль «пускового механизма» [267]. Наиболее существенные из них приведены в *таблице 2.16*.

Данные таблицы показывают высокую степень прямой связи ожидаемой продолжительности жизни с уровнем денежных доходов населения, а также с укомплектованностью физическими лицами должностей врачей и среднего медицинского персонала. Обратная взаимосвязь наблюдается между ОПЖ и смертностью населения, уровнем продаж алкогольной продукции, удельным весом работающих в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормативам. Для Вологодской области характерен повышенный уровень взаимосвязи ОПЖ с факторами, отражающими состояние окружающей среды.

Экономические факторы. Доказано, что крепкое здоровье населения – следствие хорошего состояния экономики, и это справедливо для отдельного человека и для населения страны в целом. Результаты исследований свидетельствуют, что именно острый экономический кризис

Таблица 2.16. Факторы, оказывающие влияние на ожидаемую продолжительность жизни населения Вологодской области

Анализируемые факторы	Коэффициент корреляции (r) с ОПЖ
<i>Факторы, оказывающие прямое воздействие на ОПЖ</i>	
Превышение денежных доходов населения над расходами	0,873
Укомплектованность штатных врачебных должностей физическими лицами	0,870
Укомплектованность штатных должностей среднего медицинского персонала физическими лицами	0,826
Количество уловленных и обезвреженных загрязняющих веществ, тыс. т	0,666
Число семей, улучшивших жилищные условия, тыс.	0,607
Потребление свежей воды на хозяйственно-питьевые нужды, млн.т	0,599
Потребление молока и молочных продуктов, кг на члена семьи в год	0,410
<i>Факторы, оказывающие обратное воздействие на ОПЖ</i>	
Общая смертность населения региона, на 100000 чел. нас.	-0,968
Количество продаваемой алкогольной продукции в натуральном выражении, тыс. дкл.	-0,860
Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя, на 100000 чел. нас.	-0,814
Инвалидность взрослого населения, на 10000 чел.	-0,806
Работающие в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормативам, % от общей численности работников	-0,784
Образование твердых промышленных и бытовых отходов, млн. т	-0,709
Общая заболеваемость населения региона, на 100000 чел. нас.	-0,702
Платные медицинские услуги на душу населения, руб.	-0,692
Количество проб питьевой воды, «неудовлетворительных» по санитарно-химическим показателям, %	-0,684
Число выполненных вызовов «скорой помощи», на 1000 чел. нас.	-0,662
Количество проб почвы, «неудовлетворительных» по санитарно-химическим показателям, %	-0,624
Число дорожно-транспортных происшествий, абс.	-0,620
Соотношение доходов 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения, раз	-0,593

(1992 г.) во многом спровоцировал резкое ухудшение здоровья населения России. Нами рассмотрены факторы, которые приводят к изменению здоровья населения.

В настоящее время в большинстве случаев социально-экономическая дифференциация рассматривается как неравенство уровней благосостояния. Главной категорией, определяющей уровень благосостояния населения, являются доходы.

В период с 1999 по 2007 г. значительно увеличились среднедушевой доход населения (в 2,6 раза) и его основная составляющая – заработная плата (в 2,9 раза; табл. 2.17). Отметим, что темпы изменения показателя в Вологодской области были ниже общероссийских (в сопоставимой оценке).

Таблица 2.17. Показатели доходов населения Вологодской области, России и СЗФО, 1999 – 2007 гг.

Территория	1999 г.	2001 г.	2003 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2007 г. к 1995 г., раз (в сопоставимой оценке)
<i>Среднедушевые денежные доходы населения, руб.</i>							
Вологодская область	1 396	2 719	4 412	6 302	8 497	10 524	2,6
Россия	1 630	3 062	5 170	8 023	9 947	12 551	3,0
СЗФО	1 612	3 084	5 404	8 425	Н.д.	Н.д.	
<i>Среднемесячная начисленная заработная плата работника, руб.</i>							
Вологодская область	1 673	3 511	5 498	8 828	10 667	12 914	2,9
Россия	1 523	3 240	5 499	8 555	10 634	13 527	3,6
СЗФО	1 722	3 655	6 144	9 757	11 851	Н.д.	
Источники: Российский статистический ежегодник. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 825 с.; Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007 гг.: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.							

Исходя из имеющихся доходов, население (человек) планирует и обеспечивает доступный для него уровень потребления. Высокие доходы позволяют обеспечить набор материальных благ, способствующих сохранению и укреплению потенциала здоровья. Если большую часть доходов семья использует только на минимально необходимый набор продуктов и самые неотложные платежи, то она не в состоянии удовлетворить другие свои потребности (социальные, медицинские, образовательные, культурные, рекреационные). Появляющиеся вследствие этого ограничения оказывают заметное влияние на здоровье. Это подтверждают данные социологического исследования, согласно которым существуют значительные различия в самооценках здоровья у населения с разным уровнем доходов. Лица с высокими доходами оценивают свое здоровье позитивнее, чем с низким: так, в 2008 г. 47% опрошенных оценивали свое здоровье как «очень хорошее и довольно хорошее», а в категории малообеспеченных доля таких оценок составляла

только 30% (табл. 2.18). В период с 2002 по 2008 г. самооценка здоровья в группе с высокими доходами постоянно росла, в группе же с низкими доходами «наилучшее» здоровье было отмечено в 2005 г. (46,9%).

Таблица 2.18. Оценка своего здоровья респондентами в зависимости от уровня их доходов (в %, без учета затруднившихся ответить)

Группы по уровню среднедушевого дохода	Вариант ответа								
	Очень хорошее, довольно хорошее			Удовлетворительное			Плохое, очень плохое		
	2002 г.	2005 г.	2008 г.	2002 г.	2005 г.	2008 г.	2002 г.	2005 г.	2008 г.
Нижний квинтиль	29,6	46,9	29,8	55,8	39,0	54,6	14,6	14,1	15,6
2 – 4 квинтили	23,5	34,5	36,3	50,7	51,5	52,0	25,9	14,0	11,7
Верхний квинтиль	38,8	46,5	47,0	49,5	48,8	47,0	11,7	4,7	6,0

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Уровень доходов населения прямо взаимосвязан с потенциалом здоровья (табл. 2.19). За рассматриваемый период индекс здоровья в низкодходной группе населения был значительно ниже, чем во всех остальных доходных группах. На основании этого можно заключить, что уровень благосостояния во многом обуславливает возможности сохранения и укрепления здоровья. Причем значение индекса в 2008 г. выше, чем в 2002 г., и это доказывает, что постепенно стабилизирующаяся экономическая обстановка в стране содействовала улучшению самооценки здоровья населения.

Таблица 2.19. Индекс здоровья респондентов в зависимости от уровня доходов

Группы по уровню среднедушевого дохода	Индекс здоровья		
	2002 г.	2005 г.	2008 г.
Нижний квинтиль	0,599	0,654	0,635
2 – 4 квинтили	0,636	0,692	0,656
Верхний квинтиль	0,670	0,701	0,695

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Уровень благосостояния населения зависит от места проживания. Сравнение данных, характеризующих уровень жизни на городских и сельских территориях области (табл. 2.20), показывает следующее: в сельской местности уровень безработицы в 1,5 – 3 раза больше, а располагаемые ресурсы и доходы на 30 – 50% меньше, чем в городской местности; а смертность сельского населения превышает смертность городского в 1,4 раза.

Уровень доходов определяется также и должностным статусом человека. Его изменение влечет за собой изменение материальных условий и опосредованно влияет на здоровье. Согласно данным мониторинга,

Таблица 2.20. Сравнение социально-экономических показателей городских и сельских территорий Вологодской области

Показатели	Городская местность			Сельская местность		
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Располагаемые ресурсы, руб.	6 559	10 727	10 255	4 534	5 564	7 372
Денежный доход, руб.	5 664	7 121	9 023	3 760	4 556	6 016
Потребительские расходы, руб.	4 929	5 976	7 065	3 059	3 700	4 284
Сумма сделанных сбережений, руб.	426	1426	1 345	365	497	1 127
Уровень безработицы, %	4,2	3,3	3,4	7,5	10,5	5,6
Общий коэффициент смертности, умерших на 1 тыс. чел.	16,7	15,1	14,1	23,4	21,4	20,0

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2007 гг.: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

соотношение доли вологжан, отмечающих улучшение материального положения семьи за последние пять лет, повышение своего должностного статуса, и доли населения, которое дает диаметрально противоположные оценки, составляет 2:1 – 2,6:1 соответственно (табл. 2.21). Позитивные показатели за этот период снизились на 10 – 14%, а негативные изменились незначительно – $\pm 1\%$. Таким образом, в целом за последние 5 лет наметились положительные тенденции изменения благосостояния населения.

Таблица 2.21. Распределение ответов на вопрос: «Как бы Вы оценили изменение своего материального положения и должностного статуса?»
(в % от числа опрошенных в 2008 г. без учета затруднившихся ответить)

Период	Вариант ответа			
	Улучшилось		Ухудшилось	
	материальное положение	должностной статус	материальное положение	должностной статус
За последние 5 лет	32,9	22,0	15,4	8,6
По сравнению с прошлым годом	23,1	15,0	16,9	7,6
За последние 6 месяцев	18,9	11,9	16,6	7,6

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Среди тех, кто отмечает улучшение своего материального и должностного положения, выявлен более высокий уровень здоровья (табл. 2.22). То есть одной из важных качественных характеристик здоровья выступает благосостояние индивида, которое во многом определяется социально-экономическим развитием общества.

Стоит отметить, что экономические последствия кризисов нивелируются гораздо быстрее, чем последствия социальной дезадаптации личности [106, с. 509]. И в этом контексте психическое здоровье населения

Таблица 2.22. **Индекс здоровья населения в зависимости от изменения материального положения и должностного статуса (2008 г.)**

Период	Значение индекса здоровья			
	Улучшилось		Ухудшилось	
	материальное положение	должностной статус	материальное положение	должностной статус
За последние 5 лет	0,690	0,715	0,620	0,632
По сравнению с прошлым годом	0,683	0,713	0,634	0,639
За последние 6 месяцев	0,696	0,713	0,626	0,644

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

является одной из наиболее уязвимых сторон. У многих людей вследствие этого сохраняется общий негативный фон восприятия своей повседневной жизни, что накладывает отпечаток и на их психику.

Судя данным мониторинга психического здоровья населения Вологодской области, симптомы тревоги, депрессии и невроза чаще встречаются у представителей малоимущих слоев (рис. 2.17). При этом в 2008 г. у 8% лиц, которые отнесли себя к «богатым», выявлены психологические проблемы, требовавшие помощи квалифицированного специалиста. В то время как среди «бедных» и «нищих» удельный вес таких людей составил 13%.

Улучшение социально-экономической ситуации в стране и регионе в период с 2002 по 2008 г. способствовало снижению проявлений психических расстройств, особенно среди низкообеспеченных групп населения.

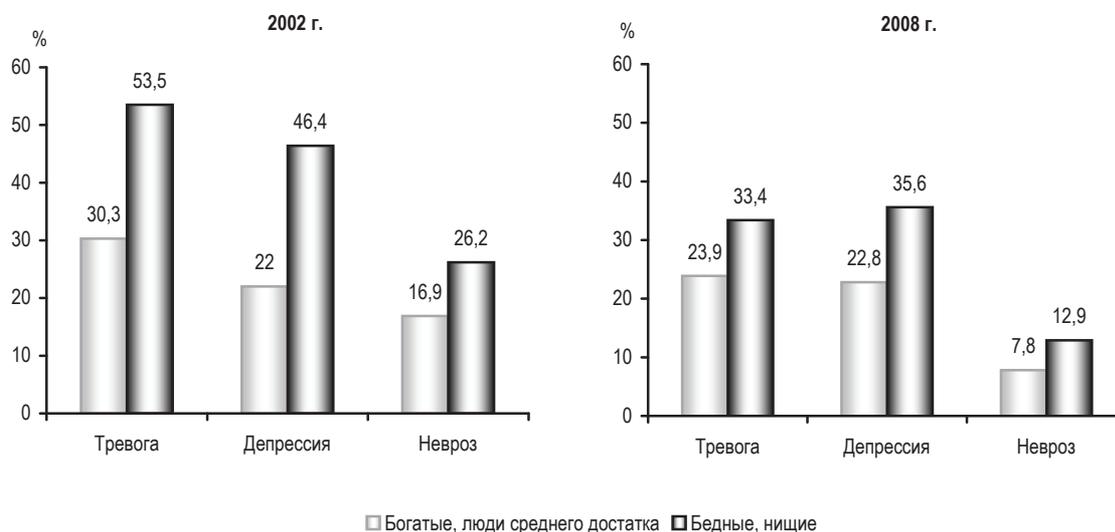


Рис. 2.17. **Распространение симптомов психических нарушений в зависимости от социальной самоидентификации населения**

Источник: Данные мониторинга психического здоровья населения.

В 2002 г. у 53% «бедных» отмечены признаки повышенной тревожности, а в 2008 г. – только у 33%; вдвое снизился удельный вес населения с признаками невроза.

Аналогичная ситуация наблюдается при анализе распределения симптомов тревоги и депрессии по доходным группам. Признаки тревоги и депрессии в доходной группе с высоким достатком встречаются в 1,5 – 2,4 раза реже, чем в доходной группе с низким достатком (табл. 2.23). Значения показателей за анализируемые годы межкризисного периода снизились, что свидетельствует о стабилизации обстановки и снижении рисков ухудшения психического здоровья населения.

Таблица 2.23. **Распределение симптомов тревоги и депрессии по доходным группам** (в % от числа опрошенных)

Группы населения по среднедушевому доходу	Признаки депрессии			Признаки тревоги		
	2002 г.	2005 г.	2008 г.	2002 г.	2005 г.	2008 г.
Нижний квинтиль	39,6	39,3	32,9	54,9	43,4	36,8
2 – 4 квинтиль	41,0	31,7	33,8	46,4	30,5	27,6
Верхний квинтиль	22,3	23,3	13,6	27,4	28,7	15,8

Источник: Данные мониторинга психического здоровья населения Вологодской области.

Важнейшей стороной жизни, обуславливающей психологическое равновесие человека, является степень его занятости, характер профессиональной деятельности и удовлетворенность ею. Работа дает человеку возможность быть материально независимым, обеспечивает (целенаправленно или стихийно) определенный уровень социального контроля, способствует расширению круга знакомств и интересов. Бедность и низкое социальное положение – оба эти следствия безработицы оказывают негативное влияние на здоровье, способствуя формированию тревоги, депрессии и повышая уровень суицидального поведения, особенно в том случае, если работа потеряна внезапно [194, с. 196].

В исследовании Д.И. Шустова в группе суицидентов насчитывалось 40% безработных трудоспособного возраста, а в группе парасуицидентов 43% в течение года перед попыткой самоубийства имели случаи потери работы. В исследовании, проведенном на материалах Вологодской области, у 49% парасуицидентов не было постоянного места работы (рис. 2.18).

В то же время в целом по региону численность безработных и экономически неактивного населения в трудоспособном возрасте составила 5,5 и 24% соответственно, т.е. среди парасуицидентов представительство неработающих трудоспособного возраста примерно в 1,7 раза больше.

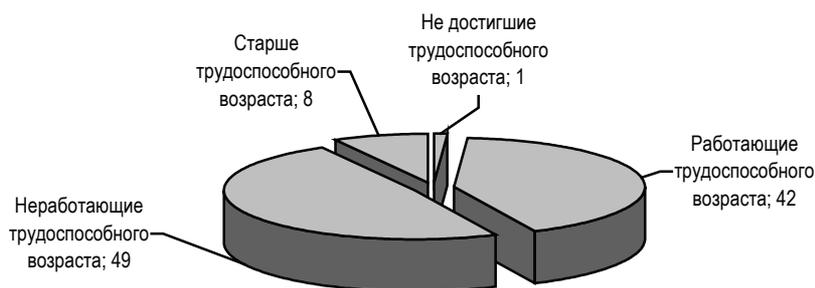


Рис. 2.18. Профессиональная занятость парасуицидентов (2007 г.; в %)

Источник: Данные исследования суицидальных попыток ИСЭРТ РАН.

Статистический анализ влияния уровня доходов на здоровье жителей Вологодской области был проведен с помощью логистической регрессии. В качестве зависимой переменной использовалась оценка здоровья по 5-балльной шкале, которая была дихотомизирована как «неплохое» здоровье (оценки «очень хорошее», «хорошее» и «удовлетворительное») и «плохое» здоровье (оценки «очень плохое» и «плохое»). В исследовании задавался вопрос о наличии хронических заболеваний (дихотомизированы как «имеет проблемы» и «без проблем»). Подобный анализ данных социологического исследования проводился учеными ИСЭПН РАН [267].

Результаты нашего анализа показали, что плохое здоровье связано с бедностью. Так, в 2002 г. респонденты со средними доходами (2 – 4 квинтили в доходных группах) в 1,7 раза чаще имели проблемы со здоровьем по сравнению с другими (табл. 2.24). В данной группе отмечается и больший риск (в 1,5 раза) возникновения хронических заболеваний. В 2008 г. в этой группе населения такой связи не выявлено, а в группе с низкими доходами риск возникновения проблем со здоровьем был равен 1,6 раза.

Таблица 2.24. Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от уровня дохода (для лиц с высоким уровнем дохода этот риск приравнен к 1)

Группы населения по среднедушевому доходу	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое» здоровье)		Наличие хронических заболеваний	
	2002 г.	2008 г.	2002 г.	2008 г.
Нижний квинтиль	0,95 (0,72 – 1,25)	1,59* (1,16 – 2,18)	0,85 (0,69 – 1,04)	0,93 (0,75 – 1,15)
2 – 4 квинтили	1,66* (1,34 – 2,07)	1,12 (0,85 – 1,48)	1,53* (1,3 – 1,8)	1,07 (0,91 – 1,27)
Верхний квинтиль	1,00	1,00	1,00	1,00

* $P < 0,05$ – уровень значимости. В скобках указаны 95%-ные доверительные интервалы.
Источник: рассчитано по данным мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Таким образом, за период с 1999 по 2008 г. произошло увеличение доходов населения. Самооценка его здоровья также значительно улучшилась: возросла доля жителей региона, оценивающих свое здоровье как «хорошее, довольно хорошее», уменьшилась доля оценивающих свое здоровье как «плохое, очень плохое», «удовлетворительное». Состояние здоровья зависит от благосостояния и социального статуса: среди тех, кто отмечает улучшение своего благосостояния за последние пять лет, индекс здоровья выше по сравнению с лицами, материальный и должностной статус которых ухудшился. Низкий уровень доходов обуславливает невысокую покупательную способность доходов семьи, что сказывается на качестве питания, качестве жилищных условий семьи, возможностях приобретения лекарств и оздоровления. Следовательно, высокие показатели здоровья дают возможность человеку делать карьеру, достойно содержать семью, соответственно, достигнув высокого благосостояния, сохранять здоровье, включая доступ к медицинской помощи и профилактическим мероприятиям.

Существенное влияние на состояние здоровья людей оказывает степень комфортности жилищных условий. В 2008 г. по сравнению с 2002 г. доля лиц, имеющих недостатки в жилищных условиях, снизилась на 9%, однако на недостатки указывают 44% населения, в том числе 41% – на необходимость капитального ремонта, 44% – на недостаток жилой площади, 14% – на низкую температуру в квартире в холодное время года.

На зависимость здоровья от степени комфортности жилищных условий указывает индекс здоровья: у населения, имеющего выраженные недостатки в жилищных условиях, значение индекса заметно ниже (табл. 2.25).

Таблица 2.25. **Взаимосвязь между степенью комфортности жилищных условий и здоровьем населения региона**

Вариант ответа	Индекс здоровья						
	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Есть недостатки в жилищных условиях	0,597	0,621	0,643	0,653	0,635	0,651	0,649
Нет недостатков в жилищных условиях	0,670	0,685	0,679	0,690	0,660	0,656	0,670

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Согласно результатам анализа, те респонденты, которые отмечали проблемы с жилищными условиями, имели двукратный риск (2,2 раза в 2002 г.) возникновения проблем со здоровьем (табл. 2.26). В 2008 г. такая связь не выявлена, тем не менее плохие жилищные условия в 1,3 раза повышают вероятность возникновения хронических заболеваний, которая несколько снизилась по сравнению с 2002 г. (в 1,9 раза). Подобная положительная

динамика свидетельствует, скорее всего, о некотором улучшении условий жизни населения и снижении неблагоприятных воздействий на здоровье.

Таблица 2.26. **Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от жилищных условий**
(для лиц, имеющих хорошие жилищные условия, этот риск приравнен к 1)

Наличие проблем с жилищными условиями	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое» здоровье)		Наличие хронических заболеваний	
	2002 г.	2008 г.	2002 г.	2008 г.
Есть проблемы	2,2* (1,68 – 2,89)	1,15 (0,83 – 1,59)	1,92* (1,56 – 2,36)	1,33* (1,07 – 1,64)
Нет проблем	1,00	1,00	1,00	1,00

* $P < 0,05$ – уровень значимости. В скобках указаны 95%-ные доверительные интервалы.
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Анализ распределения мнений респондентов относительно имеющих жилищных условий показал следующее. Оценки характеристик и особенностей условий проживания, практически не дифференцируясь, демонстрируют значимые различия по такому индикатору, как индекс здоровья. За рассматриваемый период показатели здоровья населения, проживающего в хороших условиях, улучшились, а населения, проживающего в неблагоприятных условиях, – ухудшились. Таким образом, установлено, что неблагоприятные жилищные условия негативно влияют на здоровье населения, являясь для него жизненно важным фактором.

Полноценное питание обеспечивает гармоничное развитие и функционирование организма, способствует профилактике заболеваний, улучшению работоспособности, является важнейшим условием продолжительной жизни человека. Нарушение структуры питания (недостаточное потребление витаминов, нарушение сбалансированности по содержанию белков, жиров, углеводов, микроэлементов) крайне отрицательно сказывается на здоровье.

Согласно данным официальной статистики, в 2008 году расходы на питание населения Вологодской области оставались основной статьей расхода семейного бюджета. В то же время за период с 1998 по 2008 г. удельный вес расходов на приобретение продуктов питания в потребительских расходах населения Вологодской области существенно снизился (с 53,6 до 37% соответственно). Вместе с тем по сравнению с уровнем 1998 г. более чем в 2 раза возросло потребление фруктов и ягод, в 1,7 раза – рыбы и рыбопродуктов, на 72% – мясопродуктов. Снизилось потребление сахара, картофеля, осталось примерно на прежнем уровне потребление хлебных продуктов [221].

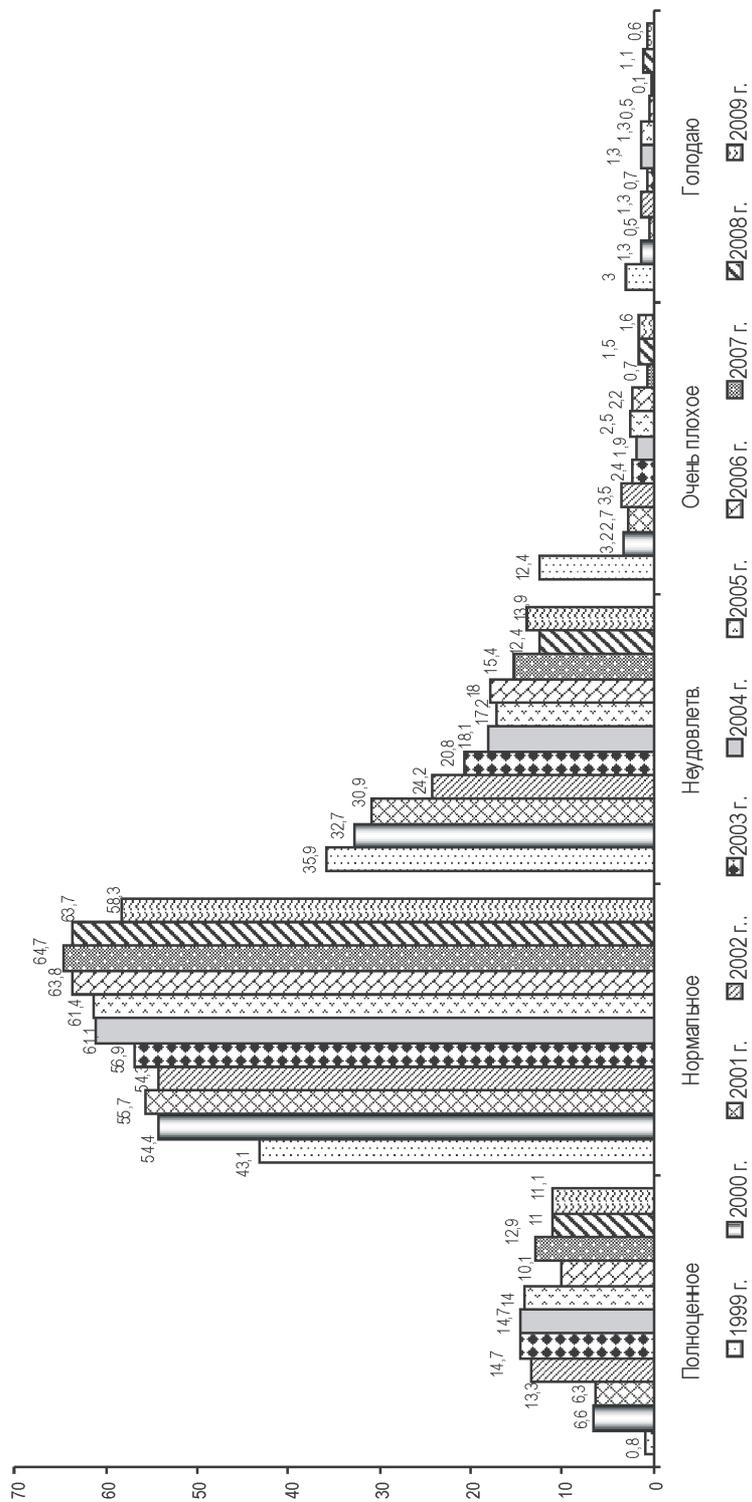


Рис. 2.19. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете свое питание?» (в %, без учета затруднившихся ответить)

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Доля жителей области, оценивающих свое питание как «неудовлетворительное, очень плохое», в 2009 г. по сравнению с 1999 г. снизилась втрое. Удельный вес тех, кто считает свое питание «нормальным», возрос за 10 лет в 1,6 раза. Однако «полноценным» считало свое питание лишь 11% населения (рис. 2.19). Это связано, в первую очередь, с недостаточно высоким уровнем жизни в регионе, а также с неудовлетворительными знаниями людей о здоровом питании.

Качество питания оказывает значительное влияние на здоровье: жители области, оценивающие питание как «полноценное», имеют более высокий индекс здоровья (табл. 2.27). Индекс здоровья в группе с «полноценным» питанием в 1,2 – 1,5 раза выше, чем в группе с «очень плохим» питанием. Причем произошедшее за рассматриваемые годы некоторое увеличение уровня здоровья в группе с «очень плохим» питанием (с 0,514 в 2002 г. до 0,591 в 2008 г.) сопровождается его снижением в группе с «полноценным» питанием (с 0,788 до 0,734 соответственно).

Таблица 2.27. Влияние качества питания на здоровье населения Вологодской области

Оценка качества питания жителями области	Индекс здоровья						
	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Полноценное	0,788	0,791	0,779	0,749	0,717	0,730	0,734
Нормальное	0,642	0,656	0,660	0,678	0,661	0,653	0,666
Неудовлетворительное	0,566	0,586	0,599	0,596	0,629	0,597	0,603
Очень плохое	0,514	0,540	0,587	0,588	0,590	0,600	0,591

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Выявленные динамические изменения могут быть вызваны улучшением качества питания всего населения в связи с ростом благосостояния. При этом в группу, оценивающую свое питание как «полноценное», в 2006 – 2008 гг., возможно, частично переместились лица, которые в предыдущий период оценивали качество своего питания как «нормальное» и имели более низкий уровень здоровья, что и вызвало снижение индекса здоровья.

Плохое питание негативно отражается на здоровье человека. С помощью логистической регрессии было установлено, что жители региона с «неудовлетворительной» оценкой своего питания имели двукратный риск возникновения проблем со здоровьем, среди «очень плохо» питающихся он выше в 3-4 раза, чем у людей, оценивших свое питание как «полноценное» (табл. 2.28). Возникновение хронических заболеваний у данных групп населения отмечается соответственно в 1,7 и 2 раза чаще, чем у «полноценно» питающихся.

Таблица 2.28. **Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от питания**
(для лиц с «полноценным» питанием этот риск приравнен к 1)

Самооценка питания	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое» здоровье)		Наличие хронических заболеваний	
	2002 г.	2008 г.	2002 г.	2008 г.
Нормальное	0,77 (0,54 – 1,1)	0,65 (0,4 – 1,08)	0,72* (0,55 – 0,95)	0,93 (0,68 – 1,28)
Неудовлетворительное	1,71* (1,19 – 2,47)	1,92* (1,12 – 3,3)	1,17 (0,87 – 1,57)	1,74* (1,2 – 2,52)
Очень плохое	4,07* (2,41 – 6,89)	3,38* (1,46 – 7,81)	1,71* (1,03 – 2,84)	2* (0,98 – 4,08)
Регулярно недоедаю, голодаю	2,66* (1,21 – 5,86)	0,45 (0,09 – 2,32)	2,54* (1,11 – 5,81)	0,51 (0,2 – 1,28)
Полноценное	1,00	1,00	1,00	1,00

* P < 0,05 – уровень значимости. В скобках указаны 95%-ные доверительные интервалы.
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Таким образом, качество питания оказывает значительное влияние на здоровье населения региона: жители области, оценивающие питание как «полноценное», имеют более крепкое здоровье в сравнении с населением, оценивающим свое питание как «плохое». Нарушение принципов рационального питания – верный путь к развитию болезней органов пищеварения и нарушения обмена веществ, что негативно сказывается на состоянии здоровья населения. За десять лет заболеваемость этими группами болезней возросла в среднем на 30%.

Социально-психологические факторы. Формирование общественного здоровья происходит под воздействием множества факторов риска, среди которых важное место занимают социально-психологические. Оценка влияния различных состояний здоровья позволяет выявить его характеристики, которые вносят решающий вклад в снижение отдачи от человеческого капитала. Выделение групп населения, обладающего критическими характеристиками здоровья, позволяет выделить людей, нуждающихся в мерах социальной защиты и в специализированной помощи.

Особую опасность для здоровья населения представляют курение, злоупотребление алкоголем, пренебрежение здоровым образом жизни, так как влияние этих факторов на человеческий организм носит замедленный характер и может длительное время не ощущаться [61].

Россия входит в число стран с наиболее высокой распространенностью потребления табака. Доля ежедневно курящих в возрасте 15 лет и старше составляет в России 38%, в странах ЕС 27% (табл. 2.29) [18, 329]. Каждый год потребление табачных изделий россиянами растет

на 1,5-2% [276]. Актуальность этой проблемы обостряется тем, что частота курения в России, являясь одной из самых высоких среди индустриально развитых стран, продолжает расти.

Таблица 2.29. Сопоставимые оценки доли ежедневно курящих среди мужчин и женщин стран Европейского региона ВОЗ, в %

Страна	Мужчины				Женщины			
	2002 г.	2005 г.	Относительное изменение	Ранг (2005 г.)	2002 г.	2005 г.	Относительное изменение	Ранг (2005 г.)
Россия	64,4	64,9	0,5	1	20,4	21,6	1,2	6
Австрия	40,4	41,3	0,9	2	36,5	40	3,5	1
Испания	35,5	32,7	-2,8	3	25,5	27,1	1,6	3
Германия	32,6	31,7	-0,9	4	22,7	22,4	-0,3	5
Италия	31,6	29,1	-2,5	5	16,1	15,5	-0,6	8
Великобритания	28,8	28,8	0,0	6	27,9	27,9	0,0	2
Дания	30,2	28,4	-1,8	7	25,8	24,0	-1,8	4
Швеция	16,3	14,4	-1,9	8	19,4	18,1	-1,3	7

Источник: Щербакова Е. Распространенность курения в Европейском регионе снижается, но ситуация в отдельных странах различна // Демоскоп. – 2006. – №305-306. – 15-28 октября. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0305/barom04.php>

Уменьшение ущерба здоровью, причиняемого алкоголем, наркотиками и табаком, выделяется в качестве основного направления деятельности в рамках многих федеральных и региональных программ, в том числе Стратегического плана «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области» [289]. Однако за последние годы численность курящего населения в области не снизилась и составляет треть ее жителей, из них 52% курят более 10 лет, интенсивность курения преимущественно составляет 1 пачку сигарет в день (табл. 2.30).

Таблица 2.30. Интенсивность курения (в % от числа курящих)

Вариант ответа	Годы обследования			
	2002 – 2006	2007	2008	2009
Курю не каждый день	4,0	4,5	4,8	7,0
Не более 5 штук в день	8,4	10,9	7,3	11,1
Менее половины пачки, пачки хватает на два дня	34,1	36,2	30,4	34,2
Не больше пачки в день	33,2	32,8	35,3	29,9
Более 1 пачки в день	19,6	12,8	19,7	15,3

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Самооценка здоровья курящим населением области представлена в таблице 2.31. Очевидно, что среди лиц, негативно оценивающих свое здоровье, преобладает доля выкуривающих 10 и более сигарет в день (10 – 44%), это в 2-3 раза больше доли лиц, выкуривающих менее 10 сигарет в день (6 – 16%). Вместе с тем среди часто курящих высока доля лиц

Таблица 2.31. Оценка состояния собственного здоровья курящим населением области, в %

Частота курения	Самооценка здоровья								
	2002 г.			2005 г.			2008 г.		
	Очень хорошее и довольно хорошее	Удовлетворительное	Плохое и очень плохое	Очень хорошее и довольно хорошее	Удовлетворительное	Плохое и очень плохое	Очень хорошее и довольно хорошее	Удовлетворительное	Плохое и очень плохое
Курю не каждый день	14,5	11,8	9,4	12,0	14,2	18,3	6,0	3,7	6,3
Не более 5 штук в день	14,5	6,1	15,6	14,7	11,1	8,3	8,4	6,9	6,3
Менее половины пачки	13,8	13,3	11,5	15,6	13,3	10,0	11,2	13,0	8,3
Хватает пачки на два дня	23,7	21,7	14,6	19,6	16,4	18,3	21,4	19,5	10,4
Не больше пачки в день	22,4	36,1	32,3	26,2	26,1	16,7	39,1	32,1	43,8
Более 1 пачки в день	11,2	11,0	16,7	12,0	19,0	28,3	14,0	24,8	25,0
Итого	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

с хорошей самооценкой здоровья – 11-39%, тогда как среди курящих она меньше – только 6-16%. Главная причина подобного обратного распределения лежит, на наш взгляд, в сфере массовой психологии и связана с дефицитом знаний о здоровье и здоровом образе жизни. А также со сложившимся убеждением: «Пока здоров – курю, заболел – брошу».

Еще одной вредной привычкой, которая оказывает негативное влияние на здоровье людей, является чрезмерное потребление алкогольных напитков.

Населению области за 2008 год было продано 1501,4 тыс. декалитров алкогольных напитков и пива (в пересчете на абсолютный алкоголь), это на 7,6 % больше, чем за предыдущий год, и на 7,6% меньше, чем в 2002 году. В период с 1995 по 2008 г. потребление алкоголя на душу населения в области возросло на 46%. Если в 1995 г. продажа составляла 8,44 литра на душу населения в год, то в 2008 г. – 12,3 литра (по Российской Федерации – 9,8).

За последние 7 лет в структуре потребления алкогольной продукции все большее предпочтение отдается пиву – доля его потребления в сравнении с уровнем 2002 года выросла почти в два раза, в то же время в 1,3 раза снизился удельный вес потребления населением водки и ликеро-водочных изделий (табл. 2.32) [220].

Самооценка здоровья населением области, потребляющим алкогольные напитки, представлена в таблице 2.33. Результаты исследо-

вания показывают, что лица, ежедневно употребляющие алкогольные напитки, имеют более низкую самооценку здоровья по сравнению с теми, кто употребляет их значительно реже. Имеет также значение вид употребляемых алкогольных напитков: чем крепче напитков и чем он чаще употребляется, тем ниже индекс здоровья у населения.

Таблица 2.32. Потребление алкогольных напитков
(в среднем одним жителем области, литров)

Виды алкогольных напитков	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Всего, в абсолютном алкоголе	12,77	15,08	16,31	14,06	11,69	11,39	12,30
В натуральном выражении:							
Водка и ликеро-водочные изделия	22,19	24,64	26,67	21,94	17,43	16,15	17,44
Вино	11,68	18,06	14,17	10,58	7,66	9,40	10,10
Коньяк	0,48	0,62	0,69	0,65	0,59	0,41	0,44
Шампанское	0,41	0,41	0,57	0,64	0,84	0,82	0,96
Пиво	51,86	61,70	85,08	89,20	85,13	86,11	93,18

Источник: Потребление алкогольной продукции и его последствия по Вологодской области: аналит. материал / Вологдастат. – Вологда, 2009. – 22 с.

Таблица 2.33. Оценка состояния собственного здоровья населением
Вологодской области в зависимости от частоты употребления алкогольных
напитков (в % от числа употребляющих)

Частота употребления алкоголя*	Самооценка здоровья					
	Очень хорошее, довольно хорошее		Удовлетворительное		Плохое, очень плохое	
	2007 – 2008 гг.	2009 г.	2007 – 2008 гг.	2009 г.	2007 – 2008 гг.	2009 г.
Ежедневно	5,55	9,55	4,4	5,2	5,9	16,5
По выходным	36,3	50,3	28,5	32,6	19,8	22,5
По праздникам	51,1	37,6	60,0	54,7	61,5	58,0
До 3-х раз в месяц	7	2,6	7,1	7,5	12,9	3,0

* Частота употребления алкоголя изначально принимается минимальной (до 3-х раз в месяц). Если хотя бы по одному из видов алкогольных напитков указана большая периодичность, то частота употребления принимает соответствующее значение.

Наиболее высокий уровень индивидуального здоровья наблюдается у тех, кто употребляет алкогольные напитки не чаще одного раза в неделю (по выходным). Индекс здоровья в данной группе равен 0,680 при среднем по области 0,633. Индекс здоровья у тех, кто практически не употребляет алкогольные напитки, несколько ниже – 0,630. В целом влияние потребления алкоголя на здоровье носит противоречивый характер. Некоторые исследователи говорят о благотворном воздействии на состояние здоровья потребления алкоголя в малых дозах – не более 30 мл крепких спиртных напитков, или 120 мл сухого

вина, или 250 мл пива в сутки. Результаты многочисленных исследований показывают, что умеренно пьющие имеют более низкие показатели смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с сильно пьющими и воздерживающимися [267]. Совсем не употребляют или редко употребляют алкогольные напитки в основном те, кто уже имеет плохое здоровье (в определенном смысле здесь причина и следствие поменялись местами). Потребление алкоголя в больших объемах несомненно наносит вред как физическому, так и психическому здоровью, приводит к деградации личности.

Алкоголизм же придает личности человека определенные черты, которые повышают риск суицидального поведения. «Пациенты, злоупотребляющие психоактивными веществами, отличаются повышенной чувствительностью, обидчивостью и склонностью к негативным интерпретациям. Как правило, своими манерами и поведением они сознательно или неосознанно провоцируют негативные реакции окружающих, которые, в свою очередь, вызывают у них чувство отвержения, ненужности и брошенности. Таким образом, возникает замкнутый круг, завершающийся чувством безнадежности и риском суицидального поведения» [279, с. 273].

Нарушение когнитивных способностей в состоянии опьянения ведет к снижению контроля и утрате гибкости мышления, вследствие чего исчезает способность видеть веер альтернативных вариантов разрешения проблемной ситуации. По данным Территориального органа ФСГС по Вологодской области, показатели заболеваемости и болезненности алкогольными психозами в 2007 г. по сравнению с 2005 г. снизились с 80 до 64 и со 148 до 121 случая на 100 тыс. населения. В то же время заметно увеличился уровень смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя (с 53 до 106 случаев на 100 тыс. населения). Это свидетельствует о широком уровне распространения неучтенных случаев злоупотребления алкогольной продукцией.

Результаты мониторинга общественного мнения показывают, что уровень потребления алкоголя на территории Вологодской области остается практически неизменным на протяжении последних восьми лет (рис. 2.20). Проблемой распространенности алкоголизма обеспокоены 57% жителей, 55% считают, что злоупотребление алкоголем «никогда не может быть оправданным».

Таким образом, можно заключить, что большая часть населения региона беспечно относится к своему здоровью: курит, потребляет значительное количество алкогольных напитков, особенно пива, и при этом мало знает и мало задумывается о своем здоровье. Можно сказать, что приоритет здоровья носит декларативный характер. Поэтому важно не только

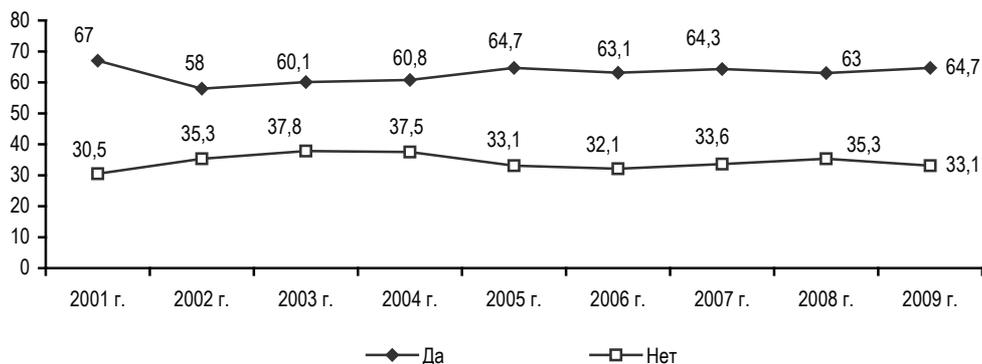


Рис. 2.20. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?»

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

пропагандировать здоровый образ жизни и всячески просвещать население о саморазрушительных формах поведения и последствиях их влияния на собственное здоровье и здоровье будущих поколений, но и сочетать меры побудительные с принудительными. К последним относятся такие меры, как беспрекословное соблюдение законодательных ограничений по продаже спиртных и алкогольсодержащих напитков лицам, не достигшим 18 лет, создание «некурящих предприятий», зон «свободных от потребления табака», включение в корпоративную культуру предприятий физкультурно-спортивных традиций, праздников без потребления алкоголя.

Физическая активность. Хорошо известно, что регулярная физическая активность благотворно влияет на состояние здоровья. Пассивные люди среднего и старшего возраста подвергаются значительно большему риску развития целого ряда неинфекционных болезней по сравнению с лицами, ведущими умеренно активный и активный образ жизни.

В то же время инфраструктура физической культуры и спорта в Вологодской области и в стране в целом развита слабо. Несмотря на существенное увеличение количества плоскостных спортивных сооружений – с 389 в 1998 г. до 612 в 2007 г., обеспеченность этим видом спортивных сооружений в регионе в 2008 г. составляла лишь 15% от федерального норматива (в среднем по стране – 24%). Обеспеченность спортивными залами также ниже нормы – 55%, плавательными бассейнами – 2% в области и 7% в России. Основной причиной низкой обеспеченности спортивными сооружениями, на наш взгляд, является недостаточное финансирование физической культуры и спорта.

Невысокой остается и единовременная пропускная способность спортивных сооружений. В Вологодской области в 2008 г. она равнялась 43 тыс. чел. на 10 тыс. населения, что составило 18% от федерального

норматива (в РФ – 23%). Состояние и оборудование государственных и муниципальных спортивных сооружений не способствует пробуждению у населения интереса к занятиям физкультурой и спортом. Целью государственной политики РФ в сфере физической культуры и спорта является увеличение показателя единовременной пропускной способности до 48% к 2020 году⁶.

Судя по результатам обследования физической активности населения области на работе, в 2009 г. треть его (34%) имела сидячую работу, деятельность 46% населения лишь в некоторой мере была связана с физическими нагрузками (табл. 2.34). Жители г. Вологды чаще указывали на «сидячий» характер работы, в то время как тяжёлый физический труд более характерен для жителей сельской местности.

Таблица 2.34. Распределение ответов жителей региона на вопрос: «Какова Ваша физическая активность на работе?»* (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
У меня в основном сидячая работа	31,6	33,3	30,6	34,0
Хожу на работе довольно много	29,3	23,7	24,9	23,0
Приходится выполнять небольшую физическую работу	20,6	24,6	28,4	22,5
Занимаюсь тяжелой физической работой	8,0	9,1	9,3	10,0
* Вопрос задается с 2006 г.				

В то же время 52% населения считает, что тратит достаточно времени на двигательную активность, и лишь менее половины (48%) придерживается противоположного мнения. Незначительно увеличился удельный вес жителей области, занимающихся профилактикой основных болезней, но их доля невелика – 39% в 2008 г. (табл. 2.35). Низкая активность населения в отношении поддержания своего здоровья и профилактики основных неинфекционных болезней негативно сказывается на состоянии здоровья.

Наиболее регулярно население применяет такие способы профилактики, как достаточный сон (56%), умеренность в употреблении продуктов питания, алкоголя (53%), старается оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых (43%), посещает баню, сауну (40%), а менее регулярно – делает зарядку, бегает, совершает прогулки (23%), посещает врача с профилактической целью (21%), занимается спортом (16%), закаливанием организма (13%), оздоровлением в санатории (9%). Зависимость состояния здоровья от частоты профилактики основных болезней представлена в таблице 2.36.

⁶ Распоряжение Правительства РФ от 7 августа 2009 г. № 1101-р «Стратегия развития физической культуры и спорта в РФ до 2020 г.».

Таблица 2.35. Распространенность профилактики основных болезней (в %) и взаимосвязь профилактики основных болезней и здоровья населения

Вариант ответа	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Занимаюсь профилактикой основных болезней	35,5	40,8	32,6	36,5	32,0	39,9	38,6
Не занимаюсь профилактикой основных болезней	62,6	55,9	63,7	60,9	66,6	58,3	60,7
<i>Индекс здоровья</i>							
Занимаюсь профилактикой основных болезней	0,656	0,660	0,676	0,680	0,659	0,658	0,667
Не занимаюсь профилактикой основных болезней	0,622	0,652	0,633	0,654	0,628	0,646	0,646

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Таблица 2.36. Оценка состояния собственного здоровья населением области, занимающимся профилактикой основных болезней (2008 г.; в %)

Способ профилактики основных болезней	Самооценка здоровья					
	Очень хорошее, довольно хорошее		Удовлетворительное		Плохое, очень плохое	
	Регулярность профилактики					
	постоянно	иногда	постоянно	иногда	постоянно	иногда
Сон не менее 7 часов в сутки	36,0	42,5	52,7	47,3	11,3	10,2
Умеренность в употреблении продуктов питания, алкоголя	36,9	42,1	54,8	47,7	8,1	9,2
Оптимальное сочетание трудовых нагрузок и отдыха	44,7	37,7	47,0	51,9	8,3	10,4
Посещение бани, сауны	35,2	43,3	53,1	48,7	11,7	8,1
Зарядка, бег, совершение прогулок	49,2	43,5	43,8	47,4	7,1	9,1
Посещение врача с профилактической целью	27,1	43,5	55,7	47,7	17,1	8,7
Занятия спортом	64,6	43,3	31,5	47,3	3,9	9,5
Закаливание организма	47,6	45,9	42,1	45,7	10,4	8,4
Оздоровление в санатории	39,2	44,7	51,4	46,0	9,3	9,3

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области.

Регулярная физическая активность благотворно влияет на состояние здоровья. Люди, чья физическая активность на работе сопровождается значительными передвижениями, подвергаются существенно меньшему риску ухудшения здоровья по сравнению с лицами, имеющими сидячую работу (в 0,4 раза меньше в 2002 г. и в 0,7 раза – в 2008 г.; табл. 2.37). Те, кто занимался тяжелой физической работой, в 2002 г. чаще отмечали проблемы со здоровьем (в 3,2 раза); в 2008 г. такой связи не выявлено. Тяжелая физическая работа и выполнение небольшой физической работы также способствовали риску возникновения хронических заболеваний (2,6 и 1,4 раза соответственно в 2002 г.), а вот продолжительная ходьба, напротив, снижает риск заболеваний (0,6 раза).

Таблица 2.37. Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения здоровья в зависимости от физической активности на работе и занятий спортом (риск приравнен к 1 для лиц, имеющих в основном сидячую работу и занимающихся спортом)

Физическая активность на работе	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое» здоровье)		Наличие хронических заболеваний	
	2002 г.	2008 г.	2002 г.	2008 г.
Хожу на работе довольно много	0,41* (0,26 – 0,65)	0,68* (0,48 – 0,97)	0,63* (0,49 – 0,81)	0,94 (0,77 – 1,15)
Приходится выполнять небольшую физическую работу	1,33 (0,95 – 1,87)	1,27 (0,95 – 1,69)	1,4* (1,13 – 1,73)	0,9 (0,74 – 1,09)
Занимаюсь тяжелой физической работой	3,2* (2,18 – 4,69)	1,05 (0,68 – 1,64)	2,57* (1,93 – 3,43)	0,87 (0,66 – 1,16)
У меня в основном сидячая работа	1,00	1,00	1,00	1,00
Не занимаюсь спортом	3,76* (2,29 – 6,18)	3,38* (1,47 – 7,77)	2,98* (2,22 – 4)	2,02* (1,37 – 2,98)
Занимаюсь спортом	1,00	1,00	1,00	1,00

* P < 0,05 – уровень значимости. В скобках указаны 95%-ные доверительные интервалы.
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Значительный риск ухудшения здоровья связан с отсутствием физической активности в свободное время. Так, именно плохое здоровье в 2008 г. имели чаще в 3,4 раза (3,8 – в 2002 г.) лица, не занимавшиеся спортом. У вологжан, которые занимаются спортом, в два – три раза меньше риск возникновения хронических заболеваний.

Таким образом, пассивные люди и занятые тяжелой физической работой подвергаются значительно большему риску возникновения заболеваний по сравнению с лицами, ведущими активный и умеренный образ жизни. В то же время только 7% жителей области в 2008 г. регулярно занимались физкультурой и спортом, 5% – посещали организованные спортивные занятия (клубы, секции и т.п.). Даже среди представителей молодого возраста большинство предпочитает пассивные формы досуга: в 2008 г. по сравнению с 2002 г. их удельный вес возрос на 19 п.п., составив 62%. Приведенные данные свидетельствуют о том, что меры, направленные на сбережение населения региона и увеличение физической активности, сохраняют свою актуальность. Важно включать в деятельность по охране и укреплению здоровья населения учреждения физкультуры и спорта, расширяя возможности занятий массовым спортом и физкультурой не только в коммерческих, но и в муниципальных, государственных учреждениях. Необходимо активизировать деятельность профсоюзных организаций в направлении создания условий для оздоровления работников предприятий, стимулирования развития корпоративных форм активного отдыха и снижения

физической нагрузки на рабочих местах. Кроме того, важно повышать социально-гигиеническую грамотность и активность населения в отношении сохранения своего здоровья, воздействуя с помощью социальной рекламы, центров и кабинетов медицинской профилактики, организации муниципальных и корпоративных спортивных мероприятий.

Проведенное исследование доказывает широкое распространение среди населения факторов, детерминирующих здоровье, или факторов риска. Объединение их в условные группы позволяет выделить совокупности населения, сходные по числу воздействующих факторов и степени их влияния на здоровье.

Опираясь на имеющиеся опросные данные, мы выделили группы факторов риска, воздействующие на здоровье, в равной мере относящиеся к мужчинам и к женщинам:

1. Первую группу составили социально-экономические факторы (низкий уровень образования – ниже среднего специального; некомфортность жилья; неудовлетворительное питание), зависящие от материального благополучия и социального статуса населения. В 2008 г. какие-либо факторы данной группы отмечались у 67% населения (60,1% в 2000 г.). Изменение их распространения зависит от эффективности мер социальной политики, направленных на повышение уровня жизни населения.

2. Вторая группа факторов связана с образом жизни населения (курение, употребление алкогольных напитков, низкая физическая активность, отсутствие профилактики основных болезней). Эта группа факторов наиболее характерна для населения, ее распространение в популяции в 2008 г. составило 93% (91,1% в 2000 г.). Противодействие данным факторам возможно лишь при условии ответственного отношения населения к сохранению своего здоровья и осознанной мотивации на изменение образа жизни, а также активизации деятельности социальных институтов.

3. Третья группа – медико-биологические факторы: возраст (старше 50 лет) и наличие хронических заболеваний, являющиеся как фоном ухудшения здоровья, так и причиной возникновения новых заболеваний. Представительство факторов данной группы среди населения составляет 52% (57% в 2000 г.). Их минимизация в большей степени зависит от качества и доступности медицинской помощи.

Следует отметить, что факторы разных групп неодинаково воздействуют на здоровье. Наибольшее число негативных самооценок здоровья выявлено у лиц, испытывающих влияние факторов риска 3 группы, что вполне объяснимо, так как это люди, уже имеющие хронические заболевания. Социально-экономические факторы риска, отнесенные к 1 группе, оказывают большее негативное воздействие на здоровье, чем факторы образа жизни – 2 группа (табл. 2.38).

Таблица 2.38. Оценка состояния собственного здоровья населением Вологодской области в зависимости от влияния факторов риска (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Группа факторов риска	Самооценка здоровья			
	Очень хорошее; довольно хорошее	Удовлетворительное	Плохое; очень плохое	Индекс здоровья
1 группа	24,9	58,3	16,8	0,62
2 группа	29,6	56,2	14,3	0,63
3 группа	12,9	65,0	22,0	0,58

Распространенность выделенных групп факторов риска среди населения с различным уровнем доходов не одинакова. Факторы 3 группы в равной степени представлены во всех доходных группах. В то время как среди малообеспеченных (нижний квинтиль) значительно преобладают по сравнению с наиболее обеспеченными факторы риска 1 группы (78,4 и 57,8% соответственно; см. *прил. 5, табл. 14*). Особенно велика разница между представителями разных доходных групп в оценке питания. Неудовлетворительные оценки своего питания дали 28% малообеспеченных и только 6% опрошенных в высокодоходной группе. Подобная зависимость прослеживается и в отношении факторов образа жизни, выделенных во 2 группу, их присутствие отмечено у 95% наименее обеспеченных и у 88% наиболее обеспеченных. В то же время необходимо отметить снижение распространенности факторов риска данной группы среди наиболее обеспеченных граждан с 95% в 2000 г. до 88% в 2008 г., произошедшее в основном за счет снижения потребления алкогольной продукции и большего распространения мероприятий по профилактике основных заболеваний.

Исходя из того, что люди испытывают воздействие разного числа факторов среды, выделены следующие группы населения:

- не подвержены влиянию перечисленных факторов риска – 2% (2,3% в 2000 г.);
- подвержены воздействию 1-2 факторов риска – 18,5% (19,3% в 2000 г.);
- подвержены воздействию 3-4 факторов риска – 47,7% (40,7% в 2000 г.);
- подвержены воздействию 5 и более факторов риска – 33% (37,6% в 2000 г.).

Наиболее многочисленной оказалась группа населения, испытывающая одновременно влияние 3-4 факторов риска. Социальные характеристики этой группы таковы: это люди, состоящие в браке; имеющие невысокий уровень образования (начальное и среднее); проживающие на селе; имеющие низкий уровень доходов; занимающиеся предприни-

мательской деятельностью. Менее всего подвержены «рискам» ответственные работники органов управления, руководители государственных предприятий, студенты и лица, имеющие высшее образование.

По мере увеличения числа факторов риска, воздействующих на индивида, соотношение хороших и плохих оценок здоровья изменяется: от абсолютного превосходства хороших оценок в группе, где рассматриваемые факторы риска отсутствуют, до преобладания отрицательных характеристик здоровья над положительными (21 и 17% соответственно) в группе с многочисленными факторами риска (табл. 2.39).

Таблица 2.39. **Оценка состояния собственного здоровья населением Вологодской области в зависимости от числа воздействующих факторов риска** (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Группы населения по числу факторов риска 100% →	Самооценка здоровья		
	Очень хорошее, довольно хорошее	Удовлетворительное	Плохое, очень плохое
Не подвержены воздействию факторов риска	72,7	27,3	0,0
Подвержены воздействию 1-2 факторов риска	44,2	48,9	6,8
Подвержены воздействию 3-4 факторов риска	31,1	55,8	13,0
Подвержены воздействию 5 и более факторов риска	17,0	62,0	21,0

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Учитывая неравномерное распределение наблюдаемых факторов среди домохозяйств с различным уровнем доходов, мы провели анализ сочетанности количества воздействующих факторов риска и среднедушевого дохода респондентов. Результаты позволяют утверждать, что люди с низким уровнем доходов чаще испытывают влияние большого числа факторов риска, чем люди с высоким достатком. Напротив, в домохозяйствах высокодоходной группы (верхний квинтиль) чаще отмечается небольшое число (0 – 2) факторов риска. При этом за анализируемый период снизилась распространенность факторов риска в высокодоходной группе населения (табл. 2.40).

Таблица 2.40. **Оценка распространения факторов риска в группах с разным доходом** (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Группы населения по среднедушевому доходу 100% →	Число факторов риска			
	Нет	1-2	3-4	5 и более
Нижний квинтиль	0,9	13,8	46,3	39,0
2 – 4 квинтили	0,9	16,5	49,3	33,2
Верхний квинтиль	4,1	26,6	41,7	27,5

Сопоставление самооценок здоровья и числа воздействующих на индивидов факторов позволило сформировать три типологические группы населения:

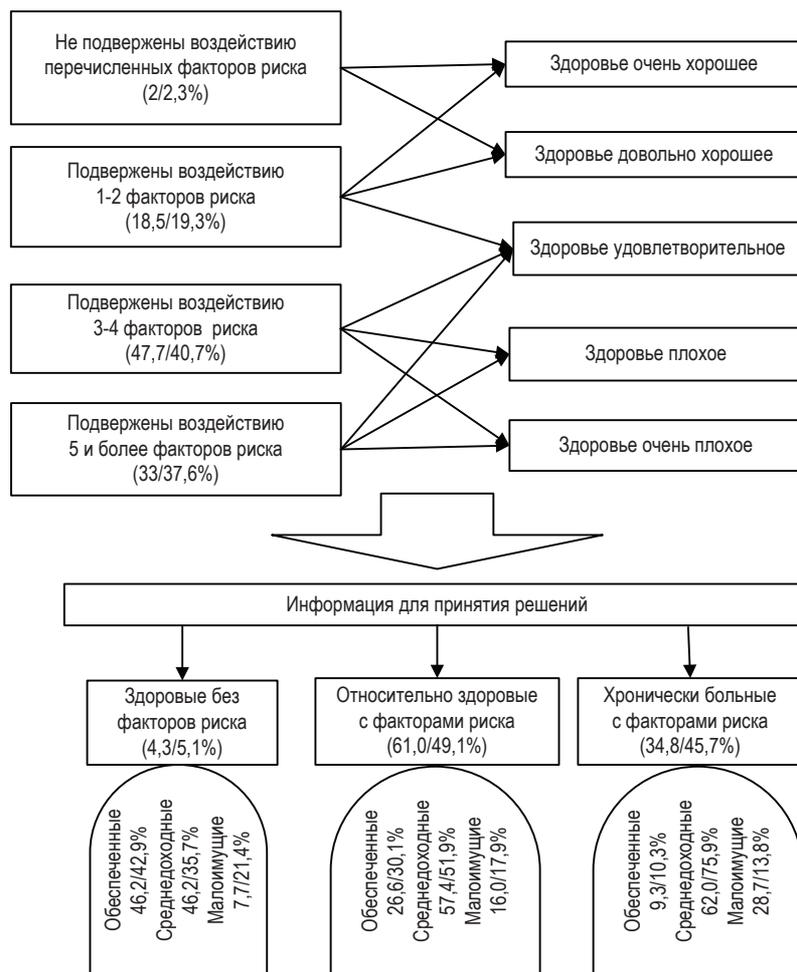


Рис. 2.21. Типологизация населения при цепочке «факторы риска – группы риска» (2008 г. /2000 г.)

- 1) здоровые, не имеющие факторов риска;
- 2) относительно здоровые с воздействием факторов риска;
- 3) хронически больные с воздействием факторов риска.

Схема (рис. 2.21) характеризует общий подход к формированию типологических групп населения. Первая группа – крайне малочисленна, к ней чаще всего относятся лица молодого возраста (до 30 лет), для которых достаточно информационно-профилактической работы и повышения физической активности (первичная профилактика болезней).

Две последующие группы – в основном лица более старшего возраста. При этом во второй типологической группе значительна доля тех, кто имеет «вредные привычки», такие как курение, чрезмерное потребление алкоголя, но пока не ощущает значимых изменений в здоровье, оценивая его как довольно хорошее или удовлетворительное. Этим людям нужны не только доступные медицинские услуги, но и возможность социальной реабилитации.

Обобщение анализа типологических групп позволило сделать следующие выводы:

- с 2000 по 2008 г. сохранился высокий уровень распространенности факторов риска, ухудшающих здоровье;
- воздействие выделенных факторов риска в группах с разным уровнем дохода не одинаково;
- люди с низким доходом чаще испытывают влияние большего числа факторов риска;
- в высокодоходной группе за рассматриваемый период снизилось потребление алкогольных напитков, стали более популярны меры по профилактике болезней;
- удельный вес материально обеспеченных в 1,5 – 3 раза выше, чем малоимущих, в группах здоровых и относительно здоровых лиц;
- представительство малоимущих в группе «больные с факторами риска» за 8 лет увеличилось в 2 раза.

Учитывая представительство людей с разными доходами в каждой из выделенных типологических групп, подчеркнем, что удельный вес обеспеченных в 1,5 – 3 раза выше, чем малоимущих, в группах «здоровые» и «относительно здоровые». Вместе с тем заметно преобладание малоимущих над высокодоходными в группе «больные с факторами риска». Это еще раз подтверждает гипотезу о том, что низкие доходы населения ограничивают возможности сохранения и укрепления здоровья. В период с 1998 по 2008 г. представительство группы малоимущих в регионе снизилось более чем в 2 раза (табл. 2.41), однако до сих пор треть его жителей испытывают значительные материальные трудности, что ограничивает их возможности в сохранении здоровья.

Таблица 2.41. **Распределение населения по покупательной способности доходов** (в % от числа опрошенных)

Оценка покупательной способности доходов	Объединенная группа	1998 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	Обеспеченные	5,3	10,0	11,0	12,4	11,1
Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает трудностей, однако покупка автомашины сейчас не доступна						
Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на «потом»	Среднедоходные	23,1	46,7	47,9	49,3	56,9
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	Малоимущие	69,8	41,0	38,7	34,9	29,8
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги						

Подводя предварительные итоги, отметим, что:

1. В 2000 – 2008 гг., в благоприятный период социально-экономического развития государства, наметились положительные изменения в демографической ситуации: рост ожидаемой продолжительности жизни населения, снижение инвалидизации, сокращение общей смертности населения от всех групп причин, особенно от воздействия внешних причин, значительное сокращение младенческой смертности. Но общий уровень этих показателей по-прежнему значительно отстает от такового в развитых странах.

В то же время во всех регионах России отмечается рост заболеваемости населения, ее структура практически не изменилась. Ведущими причинами являются болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки, инфекционные и паразитарные заболевания. Остается высокой заболеваемость социально обусловленными болезнями.

2. В оценках индивидуального здоровья населения, отражающих не только состояние его соматического (физического) здоровья, но и социально-психологическое самочувствие, за анализируемый период наблюдалось улучшение. Так, численность людей, испытывающих преимущественно позитивные эмоции, увеличилась на 19% (с 49 до 68%). В динамике общественного психического здоровья на территории страны и региона в 2000 – 2008 гг. наблюдались позитивные тенденции.

Вместе с тем улучшение самооценок здоровья населения Вологодской области в период с 2000 по 2005 г. коррелирует с периодом относительного снижения заболеваемости, а ухудшение самооценок здоровья в 2006 г. соответствует росту заболеваемости, судя по данным статистической отчетности.

3. Исследование факторов, детерминирующих здоровье населения, показало, что ожидаемая продолжительность жизни, важнейший показатель общественного здоровья, имеет прямую тесную взаимосвязь с уровнем денежных доходов населения и с уровнем кадровой обеспеченности служб здравоохранения. Увеличение продаж алкогольной продукции, а также удельного веса населения, работающего в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормативам, ведет к снижению ОПЖ.

4. Среди факторов, воздействующих на индивидуальное здоровье населения, наиболее распространены те, которые связаны с образом жизни (курение, употребление алкогольных напитков, низкая физическая активность, отсутствие профилактики основных болезней). Их влияние в той или иной мере ощущают 93% жителей области.

Регулярная физическая активность благотворно влияет на состояние здоровья. У вологжан, занимающихся спортом, в два – три раза

меньше риск возникновения хронических заболеваний. Плохое здоровье в 3,4 раза чаще имеют лица, не занимающиеся спортом. Однако в 2008 г. только 7% жителей области регулярно занимались физкультурой и спортом, 5% – посещали организованные спортивные занятия. Основной причиной этого служит неразвитость инфраструктуры физической культуры и спорта в области и в стране в целом. Несмотря на существенное увеличение количества плоскостных спортивных сооружений – с 389 в 1998 г. до 612 в 2007 г., обеспеченность спортплощадками в Вологодской области в 2008 г. составляла лишь 15% от федерального норматива (в среднем по стране – 24%). Обеспеченность спортивными залами также была ниже нормы – 55%, плавательными бассейнами – 2% в области и 7% в России.

5. В регионе заметно увеличился уровень смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя (с 53 до 106 случаев на 100 тыс. населения). Кроме того, треть жителей области курят, из них 52% – более 10 лет.

Таким образом, можно говорить о том, что большая часть населения региона беспечно относится к своему здоровью: курит, потребляет значительное количество алкогольных напитков, особенно пива, и при этом мало знает и мало задумывается о своем здоровье. Стоит отметить, что приоритет здоровья носит декларативный характер. Для большинства людей хорошее здоровье не является жизненной целью, а рассматривается как возможность получения более высоких доходов, карьерного роста, достойного содержания семьи. Подавляющее большинство населения не имеет перспективных планов сохранения и укрепления здоровья, а использует его как ресурс «здесь и сейчас».

6. Неблагоприятные социально-экономические факторы (низкие доходы, уровень образования ниже среднего специального, некомфортность жилья, неудовлетворительное питание) влияют на здоровье примерно 70% населения.

В период с 1999 по 2007 г. в регионе значительно увеличились среднедушевой доход населения (в 2,6 раза) и его основная составляющая – заработная плата (в 2,9 раза). Хотя представительство группы малоимущих в регионе снизилось более чем в 2 раза, треть населения продолжает испытывать значительные материальные трудности, что ограничивает возможности сохранения здоровья и воспроизводства трудового потенциала.

В группе населения с низкими доходами (нижний квинтиль) риск возникновения проблем со здоровьем в 1,6 раза выше, чем в высокодоходной группе. Среди тех, кто отмечает улучшение своего материального и должностного положения, зафиксирован и более высокий уровень здоровья.

7. Уровень доходов во многом определяет качество питания и условий проживания людей. Плохие жилищные условия в 1,3 раза повышают вероятность возникновения хронических заболеваний. За рассматриваемый период показатели здоровья населения, проживающего в хороших условиях, улучшились, а проживающего в неблагоприятных условиях – ухудшились.

Согласно данным официальной статистики, в 2008 году расходы населения Вологодской области на питание оставались основной статьёй расходов семейного бюджета. В то же время за период с 1998 по 2008 г. удельный вес расходов на приобретение продуктов питания в потребительских расходах населения существенно снизился (с 53,6 до 37% соответственно).

У лиц, оценивающих свое питание как «неудовлетворительное», риск возникновения проблем со здоровьем в 2 раза больше, чем у тех, кто оценивает его как «полноценное», а среди «очень плохо» питающихся он равен 3,4 раза. Нарушение принципов рационального питания ведет к развитию болезней органов пищеварения и нарушению обмена веществ. За десять лет заболеваемость этими группами болезней возросла в среднем на 30%.

Проведенная нами типологизация населения показывает, что треть жителей области, испытывая воздействие большого числа факторов, имеет ослабленное здоровье и относится к группе «больные с факторами риска». Вместе с тем большая часть населения (67%) входит в группу «относительно здоровые с факторами риска». Это говорит о том, что для улучшения здоровья необходимы не только меры, улучшающие здоровье больных людей, но и действия по сохранению здоровья здоровых.

На наш взгляд, сохранению здоровья населения будет способствовать реализация следующих направлений:

- расширение финансирования программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению;
- внедрение современных организационных, лекарственных и инструментальных методов диагностики и лечения;
- активизация работы по восстановлению кабинетов и центров медицинской профилактики, основной задачей которых будет медицинское просвещение населения, а также выявление потенциальных очагов возникновения социально-опасных болезней;
- внедрение эффективных информационных каналов по профилактике широко распространенных заболеваний (с использованием не только СМИ, рекламы, медицинских работников, но и волонтеров);

- повышение оплаты труда, снижение дифференциации доходов через совершенствование налоговой политики на федеральном уровне;
- дальнейшее развитие и совершенствование механизмов ипотечного кредитования и других возможностей улучшения жилищных условий населения;
- укрепление института семьи, формирование семейных традиций здорового образа жизни и активного отдыха через создание семейных клубов на базе физкультурных и культурно-развлекательных учреждений;
- создание условий для занятий физической культурой и спортом, развитие инфраструктуры учреждений, способствующих ведению здорового образа жизни (туризм, спорт, активный отдых);
- усиление контроля над выполнением законов об ограничении продажи и потребления алкогольных напитков, а также снижение «шаговой доступности» в приобретении алкогольной продукции;
- вовлечение в охрану здоровья населения бизнеса через создание на предприятиях медицинских кабинетов (пунктов), школ здоровья (например, школа больных гипертонией или сахарным диабетом), чтобы улучшать качество жизни людей, имеющих заболевания, корректируя их образ жизни;
- активизация деятельности профсоюзных организаций в направлении обеспечения условий безопасности труда, расширения возможностей социальной поддержки работников и улучшения их здоровья путем включения соответствующих мер в коллективные договоры;
- создание «некурящих предприятий», включение в корпоративную культуру предприятий физкультурно-спортивных традиций, праздников без потребления алкоголя и т.д.;
- формирование в городах и поселках «свободных от потребления табака зон», например детских городков, парков, скверов.

В общем, полученные результаты определяют механизм формирования здоровья, которое зависит не только от развития системы здравоохранения, но и от множества социально-экономических факторов, самосохранительной активности населения. Важным моментом в успешном осуществлении целей и задач сохранения здоровья служит интегрированный подход. Необходимо обеспечение межведомственного и многоуровневого подхода в вопросах повышения качества жизни, улучшения условий труда, быта, обучения и отдыха.

ГЛАВА 3

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

3.1. Репродуктивный потенциал населения: понятие, структура, состояние

Общее состояние соматического и психического здоровья популяции важно не только с точки зрения их влияния на качество трудовых ресурсов, но и с позиции поддержания жизнеспособности населения территории в целом. Важнейшей характеристикой жизнеспособности популяции является репродуктивный потенциал.

В оптимальных условиях имеет место состояние баланса репродуктивного здоровья – равновесия между репродуктивным потенциалом и действующими на него факторами. Репродуктивные ресурсы, т.е. возможность изменять баланс в положительную сторону и тем самым увеличивать репродуктивный потенциал, индивидуальны. Такой подход оправдан: во-первых, данные практически по всем показателям, характеризующим репродуктивное здоровье населения на постсоветском пространстве, таковы, что о состоянии баланса репродуктивного здоровья не может быть и речи, – правильнее рассматривать уровень репродуктивного потенциала; во-вторых, с возрастом все показатели индивидуального здоровья, как правило, ухудшаются [292].

Анализ научной литературы позволил выделить две принципиально отличные друг от друга позиции авторов по отношению к понятию репродуктивного потенциала населения. Первая позиция условно названа нами «биологической моделью»: репродуктивный потенциал понимается как способность человеческой популяции к воспроизводству и отражается уровнем нетто-коэффициента воспроизводства (количество рожденных девочек и вероятность их дожития до репродуктивного возраста) [15]. В данной трактовке репродуктивный потенциал реализован полностью, если всякая беременность заканчивается родами; аборт является наиболее значимым фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения. Так, С.П. Баранов [22], исследуя

проблемы изменения репродуктивного потенциала российских сельских женщин, предложил характеризовать репродуктивный потенциал женщин как эффективность наступившей беременности.

В условиях демографического кризиса исследования, посвященные проблемам репродуктивного потенциала, востребованы в любом контексте. Тем не менее «биологическая модель» ограничивает не только характеристики ситуации (сужая временные рамки), но и возможности прогноза, поскольку недостаточно полно отражает действие основных факторов, формирующих здоровье и репродуктивное поведение.

Академик Ю.П. Лисицын подчеркивал, что здоровье зависит от комплекса факторов: генетики и биологии человека, образа жизни, внешней среды, здравоохранения [275]. Современные исследования подтверждают важность для здоровья именно социальных факторов [52]. Кроме того, «биологическая модель» не учитывает некоторые социальные особенности (в том числе планирование семьи), поэтому утверждать, что репродуктивный потенциал населения оптимально реализован по завершении каждой беременности родами, принципиально неверно. При наличии социальной установки на малодетную репродуктивную линию следует говорить уже не столько о факте завершения беременности, сколько о факте ее наступления и качестве данного процесса.

Вторая позиция более полно характеризует репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал населения, поскольку рассматривает не только биологический, но и социальный его компонент, сочетание потенциального уровня здоровья и возможностей его практической реализации.

Она выражена в работах исследователей Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии (СПбГПМА), использующих понятие репродуктивного потенциала прежде всего применительно к детям и подросткам. Определяя репродуктивный потенциал девочек, В.К. Юрьев отмечает, что «под репродуктивным потенциалом следует подразумевать уровень физического и психического состояния, который позволяет при достижении социальной зрелости воспроизводить здоровое потомство» [336, с. 3-5].

А.Г. Иванов расширил понятие за счет добавления в него социальной составляющей и определил репродуктивный потенциал как уровень физического (соматического) и психического состояния (здоровья), совокупность поведенческих характеристик и образа жизни, которые в определенных социальных условиях позволяют воспроизвести здоровое потомство [120, с. 105-107]. В.А. Шапкайц и С.П. Баранов в работе «Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала сельских

женщин Северо-Запада России» [314] предлагают комплексную схему, включающую основные показатели, характеризующие репродуктивный потенциал женщин фертильного возраста (рис. 3.1). По мнению авторов, эффективность наступившей беременности у женщин в возрасте от 15 до 49 лет определяется долей беременностей (в процентах), завершившихся рождением здорового ребенка – без врожденных пороков развития и патологии в перинатальном периоде. Однако такое понимание репродуктивного потенциала не учитывает дальнейшее развитие родившихся детей и способность их к воспроизводству, а также в поле зрения исследователей не попадают мужчины, их репродуктивное здоровье, изучение которого, на наш взгляд, очень важно для комплексного анализа репродуктивного потенциала.



Рис. 3.1. Параметры, определяющие репродуктивный потенциал (по В.А. Шапкайцу и С.П. Баранову [314])

Г.М. Бурдули и О.Г. Фролова в работе «Репродуктивные потери в акушерстве» [37; 38], рассматривая репродуктивный потенциал населения как совокупность показателей (рис. 3.2), дают подробную характеристику репродуктивных потерь.

Такое трактование репродуктивного потенциала уже охватывает некоторые аспекты репродуктивной функции мужского населения, но не акцентирует внимание на качестве здоровья новорожденных и их дальнейшей способности к рождению здорового потомства.

И.П. Каткова определяет «репродуктивный потенциал» как способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение [133, с. 29-48]. Это означает не только наличие

Репродуктивный потенциал							
Смертность населения в репродуктивном возрасте	Детская смертность	Младенческая смертность	Рождаемость	Уровень больных бесплодием женщин и мужчин	Патология во время беременности	Уровень больных ЗППП	Репродуктивные потери

Рис. 3.2. Характеристики репродуктивного потенциала
(Г.М. Бурдули и О.Г. Фролова [37])

основных характеристик репродуктивного здоровья на том или ином этапе жизненного цикла женщины, его сохранение к моменту начала фертильного возраста и на всем его протяжении, но и возможность его передачи от одного рождения здорового ребенка к другому рождению здорового ребенка в следующем поколении. Репродуктивный потенциал тесным образом связан с успешностью решения медико-социальных проблем женщин, особенно в период беременности и подготовки к родам, а также с особенностями состояния функциональной системы «мать – плод». Подобная точка зрения более широко отражает сущность репродуктивного потенциала, однако требует дополнения характеристиками мужского репродуктивного здоровья, т.к. рождение и здоровье детей зависит от репродуктивного и соматического здоровья как матери, так и отца.

На наш взгляд, значимой и существенной является та сторона репродуктивного потенциала, которая отражает преемственность поколений, т.е. неразрывную связь: здоровые родители ⇒ здоровый плод ⇒ здоровый ребенок ⇒ здоровый подросток ⇒ здоровая женщина (мужчина) ⇒ здоровые родители – со всеми характеристиками, определяющими эти показатели.

Таким образом, в нашем понимании «репродуктивный потенциал» – это способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение. Что предполагает основные характеристики репродуктивного здоровья мужчин и женщин на том или ином этапе жизненного цикла, его сохранение к моменту начала репродуктивного возраста и на всем его протяжении, а также возможность его передачи от одного рождения здорового ребенка к другому рождению здорового ребенка в следующем поколении.

Традиционно оценка репродуктивного потенциала населения включает в себя анализ статистических данных: показателей естественного движения населения, младенческой и перинатальной смертности, материнской смертности; частоты искусственных прерываний беременности среди молодежи и лиц активного репродуктивного возраста; соотношения «аборты/роды» в соответствующих возрастных группах [292, с. 40-45].

Исходя из новой трактовки понятия и сущности репродуктивного потенциала, в его структуре следует выделять такие компоненты, как: демографическая ситуация на территории; особенности репродуктивного поведения мужчин и женщин; уровень и особенности гинекологической и андрологической заболеваемости; исходы наступивших беременностей; особенности течения беременности, закончившейся родами; здоровье детей.

Репродуктивный потенциал, как и здоровье в целом, можно разделить на индивидуальный и общественный. Индивидуальный – характеризует возможность каждого человека к воспроизводству, общественный – оценивается на уровне всей популяции.

Анализ состояния репродуктивного потенциала позволяет прогнозировать демографическую ситуацию, состояние здоровья будущих беременных, рожениц, родильниц и рожденных ими детей. На данный момент, в связи с тем что около 40% детей в России рождаются с плохим здоровьем, растет количество патологических состояний и осложнений во время беременности и родов, происходит снижение репродуктивного потенциала [253, с. 49-58]. Таким образом, крайне важно изучать влияние комплекса медико-социальных факторов на репродуктивное здоровье населения, а также на формирование репродуктивных установок и психологической готовности к материнству, отцовству и созданию семьи.

Переходя к оценке репродуктивного потенциала популяции на примере Вологодской области, отметим, что значительное влияние на него оказывает структура населения. Процессы старения населения ведут к снижению репродуктивного потенциала [268]. Снижение рождаемости и сокращение доли детей в общей численности населения ведет к его «старению»: хотя удельный вес жителей моложе трудоспособного возраста в Вологодской области (15,9% в 2008 г.) соответствует среднероссийскому уровню, он значительно снизился по сравнению с показателями 1991 г. – 24,5%. Причем, по прогнозам Росстата, данная тенденция сохранится и к 2016 г. показатель по области будет равен 14,7%. Вологодская область входит в число 41 субъекта Российской Федерации, доля детей и подростков в которых составляет менее 1/5 населения.

Происходящая трансформация модели рождаемости – откладывание браков и рождения детей на все более поздний возраст – оказывает заметное влияние на уровень репродуктивного потенциала. Еще в начале 1990-х гг. была отмечена возросшая склонность европейских женщин к самореализации в профессии, что повлекло за собой более длительный процесс обучения, более позднее вступление в брак и откладывание рождений, а это, в свою очередь, привело к тому, что первый ребенок остается единственным [378, с. 37; 215]. Кроме того, с увеличением возраста роженицы снижается индивидуальный потенциал ее здоровья и увеличивается риск возникновения осложнений беременности и родов.

Подобная тенденция в Российской Федерации (и в Вологодской области) стала отмечаться уже с середины 1990-х гг. Принципиальные отличия в возрастной модели рождаемости зафиксированы в период с 1992 по 1998 г. В это время в 1,5 раза сократилось число детей, рожденных женщинами в возрасте от 15 до 19 лет и от 20 до 24 лет, причем доля последних вносила максимальный вклад в уровень рождаемости. К 2008 г. было отмечено снижение уровня рождаемости у молодых женщин в возрасте от 15 до 19 лет, а рождаемость у женщин старше 25 лет, напротив, возросла (рис. 3.3).

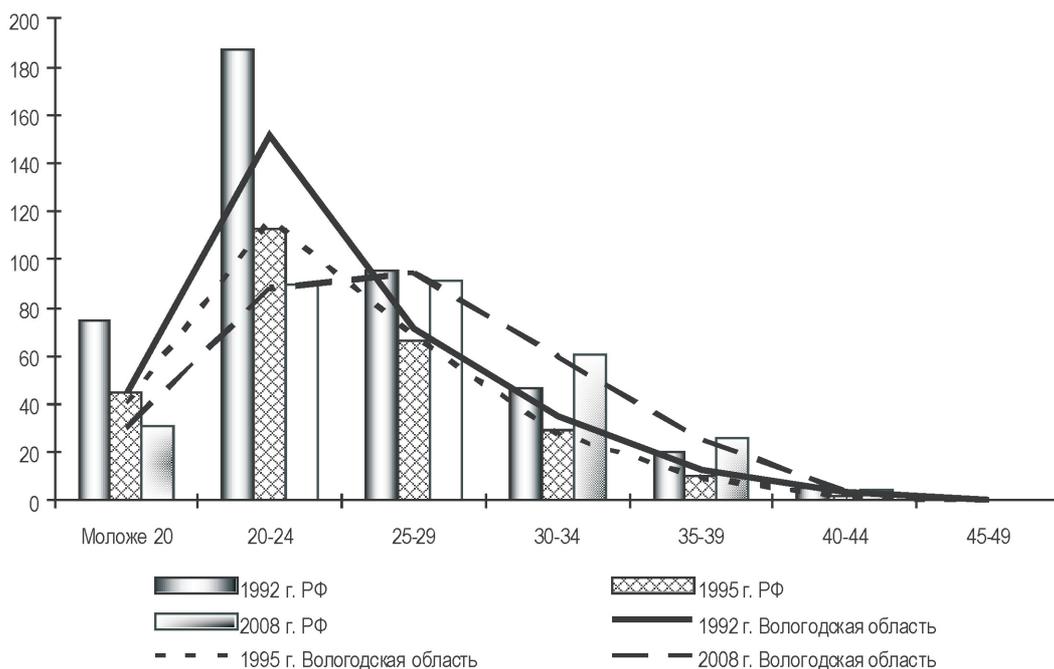


Рис. 3.3. Возрастные коэффициенты рождаемости

Источник: Данные Федеральной службы государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru>.

Об изменении модели рождаемости также свидетельствует и увеличение длины женского поколения (выражаемой в среднем возрасте женщины при рождении детей). На практике обычно используется косвенный метод расчета длины женского поколения:

$$T = \frac{\beta \cdot \sum x \cdot F_x \cdot L_x^w}{\beta \cdot \sum F_x \cdot L_x^w},$$

где β – доля девочек среди родившихся;

x – возраст;

F_x – возрастной коэффициент рождаемости у женщин в возрасте x ;

L_x^w – число живущих женщин в возрасте x из таблицы дожития [82].

В Вологодской области за 10 лет средний возраст женщины при рождении ребенка увеличился на 2 года: с 25,4 в 1998 г. до 27 лет в 2007 г.

Откладывание рождений на более поздний возраст происходит в результате давления неблагоприятной социально-экономической конъюнктуры. При этом едва ли стоит ожидать возврата к традиционной модели брака и высоким показателям рождаемости. Возможно, подобная тенденция является отражением более глубинных изменений в русле «второго демографического перехода», которому следуют все развитые страны.

Стержнем новейших тенденций рождаемости выступает поиск оптимальной модели жизненного цикла человека, отвечающего реалиям современной политической и экономической ситуации, среди которых: высокие требования к образованию и уровню материального благосостояния, увеличивающаяся роль женщин в формировании семейных доходов. Современный человек настраивает календарь важнейших событий в своей жизни, согласуя их с наиболее принципиальными переменами в экономической среде и реже оглядываясь на традиционные представления и нормативные ограничения. Ключевыми моментами наблюдаемых перемен, имеющих непосредственное отношение к формирующейся новой модели рождаемости, выступает расширение свободы выбора форм совместной жизни, переоценка моральных принципов поведения, появление новых технологий в области репродукции человека [113, с. 37-45].

Обсуждая проблему отложенных рождений и реализации потребности в детях, эксперты обращают внимание на влияние экономического фактора. Они отмечают, что, поскольку более половины семей с детьми в России проживает за чертой бедности, условия для реализации потребности во втором ребенке значительно ухудшились [60],

хотя пока еще представление о двухдетной семье как идеальной и желаемой сохраняется. Несмотря на значительное увеличение социальных выплат и сохранение до 40% заработка в течение полутора лет отпуска по уходу за ребенком, многие женщины не могут себе позволить полностью использовать отпуск по уходу и возвращаются на работу, чтобы вернуть в семью источник дохода либо чтобы не потерять работу, особенно в негосударственном секторе.

Отложенное и нереализованное рождение второго и третьего ребенка семейные пары объясняют неуверенностью в будущем и в своих возможностях содержать и воспитывать детей. Подобные убеждения отмечаются не только у россиян, но и у населения некоторых развитых стран, например Бельгии и Германии [357]. Современное экономическое устройство поощряет низкую рождаемость. Товары и услуги более доступны тем, кто не имеет детей.

Определив репродуктивный потенциал как систему и выделив круг входящих в нее понятий, мы получили возможность ее математического моделирования. Для первичного анализа репродуктивного потенциала было решено выбрать описательный вид модели, с помощью которой можно будет отразить его сущность. Она позволит нам воспроизвести весьма сложное явление с многообразными внутренними связями в наиболее простой форме, но без потери существенных связей, оказывающих решающее влияние на изучаемое явление.

В сущности, анализ репродуктивного потенциала – это процесс экономического моделирования репродуктивных отношений с целью дать всесторонние характеристики и определить тенденции его развития. Описательная модель поможет раскрыть механизм развития репродуктивного потенциала.

Определение показателей, необходимых для анализа, – важная проблема, возникающая при построении описательной модели. Они должны быть экономически представительными и обеспечивать сопоставимость данных; освещать все стороны исследуемого явления; поддаваться оцифровке; допускать возможность исчисления параметров экономико-математической модели. Если избранный показатель не является экономически представительным, то есть не отражает сущности явления, объективной экономической реальности, то его анализ не даст практического результата. При всех оговорках, например, при анализе сужения воспроизводства населения нельзя абстрагироваться от гендерной политики, геополитической ситуации, социально-экономического положения территории и др., так же как при исследовании основных процессов приращения человеческого капитала недостаточно рассматривать только

изменения рождаемости и смертности, оставляя без внимания качество медицинского обслуживания, уровень социально-экономического положения населения. И в том, и в другом случае произойдет потеря ценной информации о факторах, определяющих развитие репродуктивного потенциала, а результаты такого анализа окажутся не соответствующими действительности.

Поэтому только на основе качественного математико-экономического анализа можно отобрать и исследовать факторы, которые действительно будут отражать сущность изучаемого явления. Стоит также отметить, что решение поставленных задач не может быть осуществлено только статистическими методами, тем более что установление наличия связей между явлениями, в сущности, не статистическая задача. Эти связи устанавливаются и могут быть объяснены и путем логического анализа явлений. То есть необходимо не только математическое, но и экспертное изучение исследуемого явления.

Отдельно отметим, что немаловажным условием исследования репродуктивного потенциала служит изучение его развития в ретроспективе. Подобное изучение тенденций репродуктивного потенциала и репродуктивного здоровья за ряд прошлых лет позволит установить и количественно измерить происходившие изменения и выявить закономерности в этом процессе. Анализ ретроспективы – это средство найти решение проблемы через механизм закономерностей, происходивших в прошлом. Поэтому исследование репродуктивного потенциала должно начинаться с детального анализа современной демографической обстановки. При таком подходе будут охвачены изменения, характеризующие особенности развития репродуктивного потенциала, выражающие его специфику.

Важным показателем для оценки репродуктивного потенциала территории является доля женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет). За период с 2002 по 2008 г. средняя доля женщин в репродуктивном возрасте в Вологодской области снизилась с 27 до 24%. Молодое поколение, которое вступило в репродуктивный возраст в течение 5 лет, не заместило выбывшее население, т. е. произошло снижение репродуктивного потенциала населения области.

Для обеспечения воспроизводства населения территории важны не только количество женщин в детородном возрасте, но и равномерность их распределения. Территориальный срез показал, что по этому показателю имеются значительные межрайонные различия (рис. 3.4). Минимальное значение доли женщин репродуктивного возраста в 2008 г. было равно 9,9% (Вожегодский район), максимальное – 29,1% (г. Вологда).

Для формирования групп муниципальных образований со сходными характеристиками был выбран способ разбивки образовавшейся шкалы показателя на интервалы одинаковой длины: от 9,9 до 16,0% – низкий уровень, от 16,1 до 22,2% – средний и от 22,3 до 29,1% – высокий. К зоне с низким уровнем был отнесен только один район области – Вожегодский; группу со средним уровнем образовали два района – Усть-Кубинский и Вашкинский; остальные муниципальные образования были включены в зону с относительно высоким удельным весом женщин в детородном возрасте.

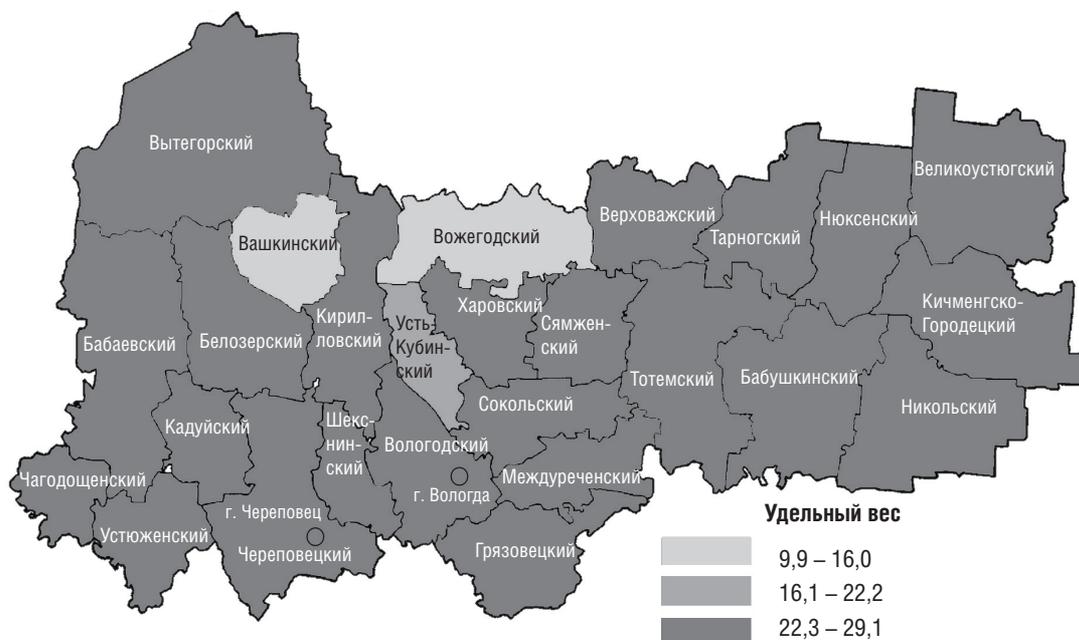


Рис. 3.4. Группировка районов Вологодской области по удельному весу женщин репродуктивного возраста в 2008 г., в %

Изменение доли женщин репродуктивного возраста по муниципалитетам за период с 2002 по 2008 г. наглядно показывает рисунок 3.5. Очевидно то, что в районах преимущественно западной части области имел место прирост женского населения репродуктивного возраста, а муниципальные образования, расположенные в восточной части области, наоборот, понесли потери женского населения.

Положительные изменения демографических показателей следует учитывать и использовать для укрепления репродуктивного потенциала области. Демографическая и социально-экономическая политика тех муниципальных образований, где отмечается увеличение показателей, должна включать в себя всемерную поддержку молодого поколения, создание условий, способствующих снижению миграционного оттока молодежи и формирующих положительный репродуктивный



Рис. 3.5. Группировка районов Вологодской области по изменению доли женщин репродуктивного возраста, 2002 – 2008 гг.



Рис. 3.6. Группировка районов Вологодской области по значению общего коэффициента рождаемости, 2008 г., ‰

настрой. В районах с ухудшающимися демографическими характеристиками, в свою очередь, необходимо приложить все усилия для сохранения репродуктивных показателей.

Был проведен также сопоставительный анализ, который выявил ряд муниципальных образований, где рост рождаемости произошел на фоне снижения удельного веса женщин детородного возраста, т.е. в основном за счет рождения второго и последующих детей. Очевидно, что важными предпосылками этого послужили общее оживление экономики в стране и регионе, мероприятия в рамках национального проекта «Здоровье».

Вместе с тем сопоставление уровня рождаемости и доли женщин детородного возраста на территориях Вологодской области (рис. 3.6) выявило в 2008 г. в ряде муниципальных образований (г. Череповец, г. Вологда, Белозерский, Грязовецкий районы) низкие показатели рождаемости при высокой доле женщин в детородном возрасте. Имеющийся в Сокольском и Великоустюгском районах «средний» потенциал также недоиспользуется и коэффициент рождаемости на данных территориях находится у нижней границы «среднего» уровня.

Для оценки репродуктивного потенциала Вологодской области проведен корреляционный и факторный анализ. Из множества показателей деятельности служб здравоохранения путем экспертных оценок был определен набор индикаторов, отражающих репродуктивное здоровье населения:

- заболеваемость новорожденных (человек на 1000 родившихся живыми);
- доля преждевременных родов (от числа закончивших беременность родами, в %);
- токсикоз второй половины беременности (от числа закончивших беременность, в %);
- число абортов на 100 родов;
- количество недоношенных (от числа родившихся живыми, в %);
- число родившихся (человек на 1000 чел. населения).

Прежде всего, необходимо было исключить коррелирующие между собой показатели. Эта задача решается путем расчета матрицы парных корреляций⁷ по всему сформированному перечню показателей. Матрица корреляции подтвердила отсутствие взаимной обусловленности среди выбранных факторов (кроме взаимообусловленности показателей преждевременных родов и рождения недоношенных детей). Это позволяет утверждать, что каждый из них характеризует отдельное направление в анализе репродуктивного потенциала.

⁷ Коэффициент корреляции – числовая характеристика, являющаяся измерителем степени тесноты линейной статистической связи между признаками.

Проведенный нами для парных выборок t-тест позволил определить, насколько существенными были изменения того или иного фактора за период с 1998 по 2008 г. (табл. 3.1). Анализ данных, полученных с помощью t-теста, позволяет разделить обсуждаемые показатели на три группы.

В первую группу попали показатели, у которых значимых⁸ изменений не выявлено: недоношенность ($p=0,425$ – 1998 г. и 2002 г., $p=0,305$ – 2002 г. и 2008 г.) и преждевременные роды ($p=0,694$ – 1998 г. и 2002 г., $p=0,623$ – 2002 г. и 2008 г.).

Во вторую группу вошли показатели, у которых были выявлены значимые изменения: рождаемость и токсикоз второй половины беременности ($p=0,014$, $p=0,020$ соответственно); заболеваемость новорожденных и уровень абортотв ($p=0,012$, $p=0,024$ соответственно).

Таблица 3.1. **Значимые и незначимые изменения показателей за периоды 1998 – 2002, 2002 – 2008 гг.**

Период (годы)	Показатели					
	Количество недоношенных детей	Доля преждевременных родов	Общий коэффициент рождаемости	Токсикоз второй половины беременности	Заболеваемость новорожденных	Число абортов на 100 родов
1998 – 2002	Незначимые	Незначимые	Незначимые	Значимые	Незначимые	Незначимые
2002 – 2008			Значимые		Значимые	Значимые

Проведенный факторный анализ показал изменение состава показателей внутри образующихся факторов, то есть в различные годы они объединялись в разные факторы. Это исключает возможность сравнения результатов проведенного в различные годы кластерного анализа. В данной работе представлен кластерный анализ, с предварительным факторным, только для 2008 г.

Оценка репродуктивного потенциала региона проводилась в двух направлениях:

- осложнения во время беременности, заболеваемость новорожденных;
- уровень рождаемости и абортов.

При проведении факторного анализа переменные, сильно коррелирующие между собой, были объединены в факторы. Первый фактор собрал отклонения в рождении детей и был условно назван

⁸ При значимом изменении значение показателя должно быть менее 0,05.

«Риск для вынашивания беременности». Во второй фактор – «Отклонение в здоровье» – вошли те характеристики, которые указывают на какие-то отклонения в здоровье рожениц и младенцев.

Фактор 1:

Преждевременные роды

Родившиеся недоношенными

Фактор 2:

Токсикоз

Заболееваемость новорожденных

Межрайонный анализ показал, что очень большой риск для здоровья новорожденных существует в Бабушкинском, Белозерском, Вожегодском, Никольском, Устюженском, Харовском районах Вологодской области; существенно меньше риск в Верховажском, Кадуйском, Кирилловском, Тарногском, Чагодощенском районах и г. Вологде.

Наиболее значительные отклонения в здоровье рожениц и новорожденных наблюдаются в Белозерском, Вожегодском, Кичменгско-Городецком, Нюксенском районах. Показатели здоровья несколько лучше в Тотемском, Бабушкинском, Грязовецком, Кирилловском, Сямженском, Тарногском районах. В г. Вологде ситуация лучше, чем в г. Череповце.

Следующим этапом анализа репродуктивного потенциала области стала кластеризация районов по итогам факторного анализа. Муниципальные образования были разбиты на три группы (кластеры), объединяющие районы с различной степенью риска потери репродуктивного потенциала.

Кластер 1 охватывает большинство районов области, а также города Вологду и Череповец, в которых отклонения в здоровье новорожденных и рожениц можно оценить как «средней силы» и риск для новорожденных значительно меньше, чем в остальных кластерах.

Самый высокий риск для жизни и здоровья новорожденных и матерей выявлен во втором кластере (*рис. 3.7*) – в таких районах, как Вожегодский, Харовский, Белозерский.

Кластер 3, в который вошел Устюженский район, характеризуется большим риском для исхода беременности, при наличии хорошего здоровья у беременных и новорожденных.

Сопоставление демографических характеристик районов с данными кластерного анализа показало, что в Устюженском районе при невысокой доле женщин в детородном возрасте, низких показателях рождаемости выявлен риск для благоприятного исхода беременности (высокие показатели преждевременных родов, невынашивания беременности). Неблагоприятна ситуация также в Вожегодском и Харовском районах, где на неблагоприятный демографический фон накладывается высокий риск для здоровья беременных женщин и новорожденных. Данные территории

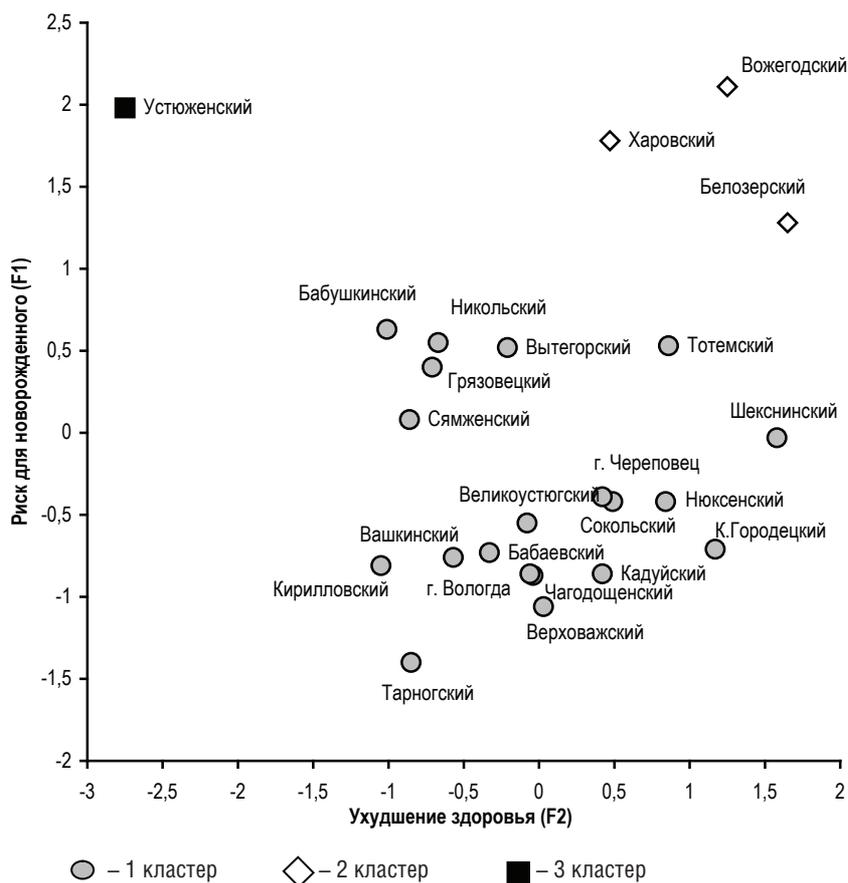


Рис. 3.7. Распределение районов Вологодской области по кластерам в зависимости от уровня риска для исхода беременности

следует рассматривать как крайне неблагоприятные, требующие принятия безотлагательных мер по сохранению репродуктивного здоровья населения.

Следующим направлением анализа репродуктивного потенциала стало сопоставление показателей рождаемости и числа аборт (на 100 родов) как прямой потери потенциальных рождений. Анализ показал, что, при общем увеличении рождаемости и незначительном снижении числа абортов, модели демографического поведения населения в районах Вологодской области существенно не изменились. Вашкинский район является «лидером» по уровню абортов – на 1 рождение приходится 6 абортов.

На основании данных диаграммы рассеяния было выделено четыре группы районов (табл. 3.2): 1 группа – районы относительно благополучные – с высокими показателями рождаемости (выше 12,4 – общий коэффициент рождаемости по Вологодской области, 2007 г.) и низким

Таблица 3.2. Распределение районов Вологодской области по уровню потерь потенциальных рождений

Высокий уровень рождаемости/ низкий уровень аборт	Высокий уровень рождаемости/ высокий уровень аборт
Бабушкинский, Великоустюгский Верховажский, Тотемский	Вытегорский, Кичм.-Городецкий, Никольский, Тарногский, Сокольский, Усть-Кубинский
Невысокий уровень рождаемости/ низкий уровень аборт	Невысокий уровень рождаемости/ высокий уровень аборт
Вожегодский Сямженский	Белозерский, Бабаевский, Вашкинский, г. Вологда, Грязовецкий, Кирилловский, Кадуйский, Междуреченский, Нюксенский, Устюженский, Харовский, г. Череповец, Чагодощенский, Шекснинский

уровнем аборт (меньше 128,0 – областной уровень); 2 группа – районы со значительной растратой репродуктивного потенциала вследствие высокого уровня аборт, при высоких показателях рождаемости; 3 группа – районы с низким репродуктивным потенциалом по причине невысокой рождаемости и невысокого уровня аборт; 4 группа – самые неблагоприятные районы, в которых при низкой рождаемости фиксируется высокий уровень аборт. Причем четвертая группа районов оказалась наиболее многочисленной, и это свидетельствует о том, что репродуктивный потенциал области мог быть гораздо выше при проведении профилактических мероприятий по снижению уровня аборт.

На основе демографических характеристик и данных анализа репродуктивного здоровья населения муниципальных образований (доля женщин репродуктивного возраста, информация о здоровье новорожденных и рожениц, уровень аборт и рождаемости) было проведено итоговое распределение районов по уровню репродуктивного потенциала (табл. 3.3).

Таблица 3.3. Распределение районов Вологодской области по уровню репродуктивного потенциала

Низкий	Средний	Выше среднего
Белозерский Вожегодский Вашкинский Сямженский Устюженский Усть-Кубинский Харовский	Вологодский, г. Череповец, Вытегорский, Бабаевский, Бабушкинский, Грязовецкий, Кирилловский, Кичм.-Городецкий, Междуреченский, Никольский, Нюксенский, Сокольский, Тарногский, Череповецкий, Чагодощенский, Шекснинский	Великоустюгский г. Вологда Верховажский Кадуйский Тотемский

Группу с «низким» уровнем репродуктивного потенциала образовали районы, где все индикаторы или большинство из них имели значения ниже среднего уровня по области. В группу «выше среднего» попали те районы, где большая часть характеристик выше среднего уровня по области. Группу с промежуточным, «средним» уровнем составили все остальные районы.

Результаты анализа показывают неоднородность муниципальных районов Вологодской области по уровню репродуктивного потенциала населения. Учет выявленных территориальных особенностей при планировании демографической политики может способствовать повышению эффективности проводимых мероприятий.

Репродуктивное поведение населения, его репродуктивный потенциал во многом определяются уровнем социально-экономического развития территории. Поэтому следующим шагом исследования стал анализ совокупности социально-экономических показателей районов Вологодской области.

Сравнительная оценка социально-экономического развития муниципальных районов выполнена по ключевым направлениям:

- доходы населения (среднемесячная начисленная заработная плата, руб.);
- занятость населения (уровень зарегистрированной безработицы, %);
- промышленное и сельскохозяйственное производство (объем промышленной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; объем сельскохозяйственной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.);
- инвестиционная политика (объем инвестиций в основной капитал в расчете на 1 жителя, тыс. руб.);
- бюджетная политика (бюджетная обеспеченность 1 жителя, собственные доходы бюджета района в расчете на 1 жителя, руб.);
- социально-бытовая инфраструктура (обеспеченность населения врачами – количество врачей на 10000 жителей, ед.; объем розничной торговли в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; объем платных услуг в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; жилищная обеспеченность, площадь жилищ в расчете на 1 жителя, кв. м).

На основе показателей, фактически достигнутых муниципальными районами, методом многомерного сравнительного анализа рассчитывался интегральный показатель – сводный рейтинг. При этом для каждого показателя определялось наилучшее значение (максимальное или, в некоторых случаях, минимальное, как, к примеру, для коэффициента безработицы). Далее показатели по каждому муниципальному образованию сопоставлялись со значением наилучшего показателя. Полученные

стандартизированные коэффициенты возводились в квадрат, а из суммы квадратов десяти (по количеству показателей) коэффициентов извлекался квадратный корень. Рассчитанное значение представляет собой интегральный показатель, который учитывает значения всех показателей совокупности. Для формирования групп муниципальных образований со сходными характеристиками был выбран способ разбивки образовавшейся шкалы показателя на интервалы одинаковой длины: от 1,463 до 1,801 – муниципалитеты с низким уровнем развития, от 1,802 до 2,139 – со средним и от 2,140 до 2,478 – с высоким (табл. 3.4).

Таблица 3.4. Распределение районов Вологодской области по уровню социально-экономического развития

Низкий	Средний	Выше среднего
Бабушкинский, Белозерский, Вашкинский, Верховажский, Вожегодский, Вытегорский, Грязовецкий, Кичм.-Городецкий, Междуреченский, Никольский, Нюксенский, Тарногский, Сямженский, Чагодощенский, Устюженский, Харовский	Бабаевский Вологодский Кирилловский Усть-Кубинский Тотемский Череповецкий Шекснинский Сокольский	Великоустюгский г. Вологда г. Череповец Кадуйский

На основании рассчитанных коэффициентов построен интегральный индекс социально-экономического развития для каждого муниципального образования региона (прил. 8, таблица).

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что районы с низким репродуктивным потенциалом чаще всего имеют низкий уровень социально-экономического развития (Устюженский, Харовский, Белозерский, Вашкинский, Сямженский; рис. 3.8).

Высокий уровень социально-экономического развития территории представляет большие возможности для формирования репродуктивного потенциала, но сам по себе не является определяющим фактором. Из анализа видно, что в городах Вологде и Череповце, при одинаково высоком уровне развития, репродуктивный потенциал имеет значимые различия. В то же время в Тотемском и Верховажском районах, при среднем и низком уровне социально-экономического развития, сохраняется высокий репродуктивный потенциал.

Изучение территориального аспекта репродуктивного здоровья населения Вологодской области позволило дифференцировать районы по уровню репродуктивного потенциала, классифицировать их с точки зрения социально-экономических условий его сохранения и развития – построена описательная модель репродуктивного потенциала населения региона. Подобное ранжирование, безусловно, поможет конкретизировать действия по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья и потенциала населения.



- Сектор повышенного риска, требует особого внимания служб здравоохранения и улучшения социально-экономического климата
- Существует определенный задел, главная задача – не растерять его, уделяя больше внимания репродуктивному здоровью
- Хороший репродуктивный потенциал, и есть возможности для его повышения
- Высокий уровень репродуктивного потенциала

Рис. 3.8. Описательная модель репродуктивного потенциала населения региона

Многие факторы отрицательного воздействия на здоровье матери и ребенка имеют социально-экономическую основу и могут быть подкорректированы со стороны государства, семьи и общества. Укрепление и сохранение репродуктивного потенциала – долгосрочная задача, но чтобы ее выполнить, необходимо принимать меры уже в настоящее время. В условиях ограниченности ресурсов требуется правильно расставить акценты и вложить средства туда, где ожидается получение наибольшего эффекта.

Заключая, отметим, что:

1. Репродуктивный потенциал является важной составляющей общественного здоровья населения. Его сущность мы попытались отразить в следующем определении: репродуктивный потенциал –

способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение. Это включает в себя основные характеристики репродуктивного здоровья мужчин и женщин на том или ином этапе жизненного цикла, его сохранение к моменту начала репродуктивного возраста и на всем его протяжении, а также возможность его передачи от одного рождения здорового ребенка к другому рождению здорового ребенка в следующем поколении.

2. Репродуктивный потенциал имеет сложную структуру, основными компонентами которой являются удельный вес женщин в репродуктивном возрасте, уровень рождаемости, репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение населения, особенности течения беременностей и здоровье детей не только в период новорожденности, но и до вступления их в репродуктивный возраст.

3. Репродуктивный потенциал России, как и Вологодской области, снижается. Об этом свидетельствуют уменьшение удельного веса женщин репродуктивного возраста в период с 2002 по 2008 г. (в Вологодской области – с 27 до 24% соответственно); старение населения, трансформация модели рождаемости; увеличение среднего возраста женщины при рождении ребенка.

4. Построенная описательная модель показывает, что существует взаимосвязь между уровнем социально-экономического развития территории и ее репродуктивным потенциалом. Муниципальные образования с высоким уровнем социально-экономического развития чаще имеют высокий репродуктивный потенциал.

5. На основании моделирования выделены территории с низким уровнем репродуктивного потенциала и риском снижения общественного здоровья и демографического развития. Эти муниципальные образования требуют повышенного внимания служб здравоохранения и улучшения социально-экономической обстановки.

Очевидно, что для поддержания высокого уровня репродуктивного потенциала нужна грамотная демографическая политика, подкрепленная мерами социально-экономического характера; дальнейшее развитие служб родовспоможения; укрепление института семьи; пропаганда модели репродуктивного поведения населения, направленной на сохранение здоровья и рождение детей.

Ориентируясь на итоги проведенного анализа, на наш взгляд, было бы целесообразным первоочередные усилия направить на решение следующих задач:

- охрана здоровья беременных женщин; обеспечение рождения здоровых детей будет служить основой для укрепления репродуктивного потенциала региона;
- продолжение демографической политики, направленной на поддержание рождения в семье первого и особенно второго и третьего ребенка;
- повышение престижа семьи, материнства и отцовства.

3.2. Репродуктивное здоровье населения

Характер рождаемости в России в целом определяется массовым распространением малодетности (1–2 ребенка), сближением параметров рождаемости городского и сельского населения, откладыванием рождения первого ребенка, ростом внебрачной рождаемости. Поменялись социальные и психологические установки на рождение детей, то есть изменилось само репродуктивное поведение. К проблеме снижения репродуктивных установок добавляется ухудшение репродуктивного здоровья населения, которое является важной составляющей репродуктивного потенциала, участвуя во всех звеньях репродуктивного цикла.

Репродуктивное здоровье, с одной стороны, определяет здоровье и возможность индивида к продолжению рода и в этом случае характеризует индивидуальное здоровье человека. С другой стороны, распространенность тех или иных заболеваний репродуктивной сферы в популяции позволяет судить о здоровье популяции в целом, то есть об общественном здоровье.

В то же время существующие определения репродуктивного здоровья характеризуют его на индивидуальном уровне. ВОЗ трактует репродуктивное здоровье как способность к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), гарантию безопасности беременности и родов, выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательной беременности. Репродуктивное здоровье – это важнейшая составляющая общего здоровья каждого конкретного человека, каждой семьи и общества в целом [268].

Репродуктивное здоровье – состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся функций и процессов репродуктивной системы, а также психосоциальных отношений на всех стадиях жизни. Оно является важнейшей основой общего состояния здоровья и занимает центральное место в развитии

человека. Создание в обществе благоприятных условий и предпосылок для достижения оптимального уровня репродуктивного здоровья позволяет женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и дает супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца [131, с. 27-42]. Понятие «репродуктивное здоровье» касается как женщин, так и мужчин.

Репродуктивное здоровье населения подразумевает факт рождения ребенка на фоне состояния здоровья женщины (физиологического, психологического, полового, биологического, соматического).

Рассмотрение репродуктивного здоровья в контексте репродуктивного потенциала предполагает способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение. Это означает не только наличие крепкого репродуктивного здоровья на том или другом этапе жизненного цикла женщины, его сохранение к моменту начала фертильного возраста и на всем его протяжении, но и возможность его передачи от одного рождения здорового ребенка к другому рождению здорового ребенка в следующем поколении [133, с. 29-48].

С улучшением показателей репродуктивного здоровья населения, в первую очередь женского, связано одно из важнейших направлений в решении проблемы охраны материнства и детства. Женщины наиболее чувствительно реагируют на все изменения в общественной, экономической и социальной жизни страны, что отражается, прежде всего, на состоянии их репродуктивного здоровья, репродуктивном поведении и качестве здоровья их детей. В силу этого репродуктивное здоровье выступает индикатором состояния здоровья общества и государства [268, 269].

Обычно под рождаемостью подразумевается количество новорожденных, общий и суммарный коэффициенты рождаемости. Понятие репродуктивного здоровья ставит следующие вопросы: «А кто родился?», «Какое здоровье у новорожденного?», «Способен ли он, при существующих условиях, вести полноценный образ жизни и произвести здоровое потомство?» и т.д. В настоящее время репродуктивное здоровье официально входит в качестве важнейшего направления в программы ВОЗ, Фонда ООН по народонаселению.

Состояние здоровья женщин является основой формирования взаимосвязи передачи из поколения в поколение потенциала жизненных сил и энергии. Однако именно оно сегодня становится тем слабым звеном, которое при определенных неблагоприятных обстоятельствах может

способствовать снижению репродуктивных возможностей женщины, уровня здоровья и жизнеспособности поколений новорожденных на всех последующих этапах жизненного цикла их развития.

К числу таких неблагоприятных обстоятельств следует отнести:

- наличие у женщин соматических, инфекционных и гинекологических заболеваний;
- проживание в состоянии постоянной психологической напряженности и затяжного хронического стресса, ведущих к различным проявлениям психических отклонений и дезадаптации;
- широкое распространение вредных привычек;
- низкий уровень жизни;
- недостаточное или несбалансированное питание;
- сложность получения своевременной и адекватной медицинской помощи. Вследствие этого в России имеет место значительное ухудшение репродуктивного здоровья женщин [131, с. 27-42].

Обобщенные индексы, характеризующие репродуктивное здоровье, пока не разработаны, поэтому большинство авторов экстраполируют методологию исследований общественного здоровья на область репродуктивного здоровья и рассматривают лишь отдельные его составляющие. Тем не менее, анализируя литературные данные, можно выделить три группы изучаемых параметров:

1) демографические показатели территории (общие и специальные коэффициенты естественного движения населения, младенческая и перинатальная смертность, материнская смертность);

2) некоторые показатели, характеризующие состояние здоровья населения исследуемой территории (частота экстрагенитальной патологии беременных, характер гестационных осложнений и осложнений родового акта, частота бесплодия в браке, распространенность генитальной и экстрагенитальной патологии, частота нарушений сексуального здоровья, распространенность ИППП);

3) санитарно-статистические данные о распространенности использования тех или иных методов контрацепции и частота искусственных прерываний беременности [292, с. 40-45].

Исходя из этого, при характеристике репродуктивного здоровья, обратимся к демографическим показателям. Так, например, суммарный коэффициент рождаемости, показывающий число детей, рожденных среднестатистической женщиной за репродуктивный период, в России в 2000 – 2008 гг. незначительно увеличился (с 1,34 до 1,49 на 1 женщину – все население, 1,89 – сельское), однако это существенно ниже показателей 1990 г. (1,89 на 1 женщину – все население и 2,6 – сельское).

В Вологодской области также отмечается повышение суммарного коэффициента рождаемости, его уровень в целом соответствует среднероссийскому, в то же время превышая его в сельской местности (в области – 2,01 на 1 женщину против 1,89 в РФ). Наиболее заметный рост показателя произошел в период с 2006 по 2008 г., и это связано, очевидно, с пронаталистскими мерами правительства в рамках национального проекта «Здоровье», а также с улучшением социально-экономической ситуации в большинстве регионов.

Младенческая смертность – один из важнейших интегрированных показателей, характеризующих не только репродуктивное здоровье, но и демографическую ситуацию в целом, отражающих социально-экономическое благополучие общества, эффективность деятельности учреждений здравоохранения. В каждом регионе уровень младенческой смертности определяется целым рядом причин, но наиболее существенный вклад в его формирование вносят организация и качество медицинской помощи беременным женщинам, новорожденным, детям первого года жизни и внедрение эффективных профилактических программ [21, с. 41-44].

Следует отметить существенное снижение младенческой смертности в России в период с 1998 по 2008 г. – ее уровень сократился почти в 2 раза и установился на отметке 8,5 на 1000 родившихся живыми. Этот показатель соответствует предельно допустимому значению младенческой смертности, установленному Европейским региональным бюро ВОЗ, – 10 детей на 1000 родившихся живыми. Но все же данный показатель в 2 раза выше, чем в развитых странах Европы. В Вологодской области также произошло снижение младенческой смертности, причем более интенсивное, чем в целом в РФ (с 17,4 на 1000 родившихся живыми в 1995 г. до 7,7 – в 2008 г.). В структуре причин младенческой смертности в области первое место занимают отдельные состояния перинатального периода – 43%, второе – врожденные пороки развития – 15%, третье – травмы, отравления и несчастные случаи – 9%.

Существенное влияние на динамику младенческой смертности в Вологодской области оказала реализация национального проекта «Здоровье» и региональной целевой программы «Здоровый ребенок»: снижение младенческой смертности на тысячу родившихся живыми за 1998 – 2007 гг. составило в России 43%, в Вологодской области 47% (табл. 3.5).

Не менее важен показатель материнской смертности, являющийся индикатором уровня развития служб родовспоможения и их доступности. За период с 1998 г. уровень материнской смертности в России снизился

Таблица 3.5. **Смертность среди детей** (до 1 года на 1000 родившихся живыми)

Территория	1998 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2008 к 1998 г., в %
РФ	16,5	15,3	14,6	13,3	12,4	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5	52
ВО	17,0	15,8	17,5	13,9	12,6	10,9	11,6	8,6	9,0	7,7	45
ЕС	6,5	5,9	5,8	5,5	5,4	5,3	5,2	4,7	4,6	Н.д.	71

Источники: Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2008 году. – М., 2009. – 42 с.; База данных «Здоровье для всех». – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (январь 2009 г.). – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/b/>

в 2 раза, составив в 2008 г. 20,7 на 100 000 новорожденных. При этом у городского населения, как правило, материнская смертность в 1,5 раза ниже, чем у сельского (исключение – 2008 год, когда показатель был одинаковым для обеих групп). Но снижение уровня материнской смертности в России не приблизило ее к уровню стран Европейского Союза (разница продолжает составлять более чем 3,5 раза). Это свидетельствует как о более низком уровне здоровья российских матерей, так и о значительном отставании в технологиях наблюдения беременности и родовспоможения в стране.

В Вологодской области также происходило снижение показателей материнской смертности, но вследствие неровной динамики сравнивать можно лишь средний многолетний показатель (за 9 лет), который несколько выше, чем в РФ (30,7 на 100 000 новорожденных против 28,5).

Репродуктивное здоровье россиянок (общая и гинекологическая заболеваемость женщин, заболеваемость беременных и рожениц, инфекционная заболеваемость, перинатальная, младенческая и материнская смертность, уровень абортот и др.) значительно хуже, чем у жителей развитых европейских государств.

Происходит ухудшение здоровья российских женщин в целом, что выражается в росте женской заболеваемости. Первые три места в ее структуре занимают болезни системы кровообращения и органов дыхания (по 19%), 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 в европейских странах 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. Возросло количество заболеваний злокачественными опухолями, прежде всего типично женских органов. Так, в 2008 г. выросла в 1,2 раза по сравнению с 1998 г. заболеваемость раком молочной железы (с 55,1 на 100 000 населения до 68,8), шейки матки (с 15,4 на 100 000 населения до 18,1). Они составляют около 40% всех злокачественных новообразований у женщин, причем их доля в 1990-е годы постоянно возрастала и стабилизировалась с конца 1990-х гг. на высоком уровне.

Снижение репродуктивного здоровья россиянок не прекращается с начала XXI века. Заболеваемость населения болезнями мочеполовой сферы в период с 2000 по 2007 г. увеличилась на 30% как в Российской Федерации, так и в Вологодской области. Лишь в 2007 – 2008 гг. данный показатель в Вологодской области снизился по отношению к уровню предыдущего года (рис. 3.9).

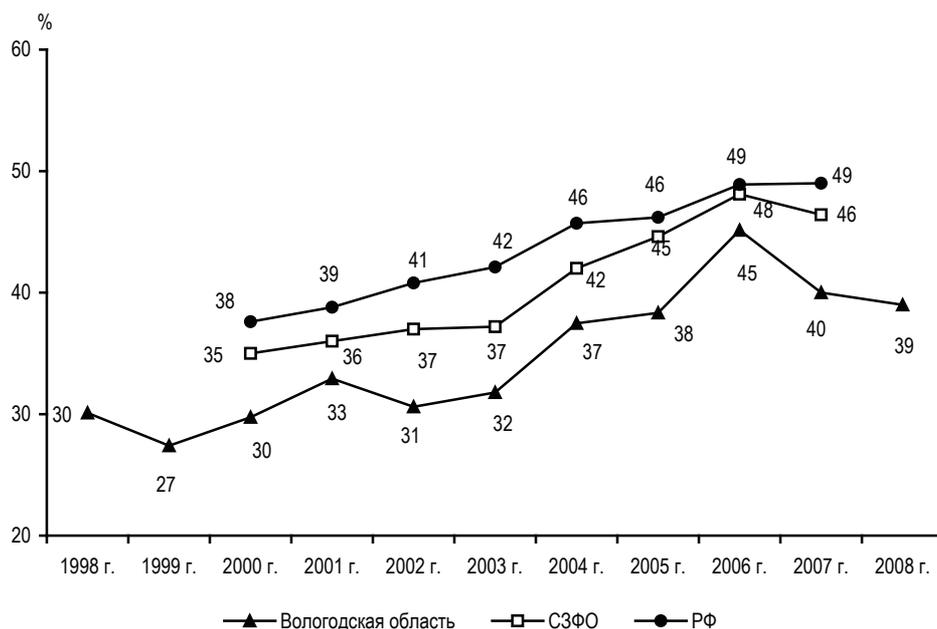


Рис. 3.9. Заболеваемость болезнями мочеполовой сферы (на 1000 чел.)

Рост заболеваемости отмечается и по многим нозологическим формам болезней репродуктивной сферы как женщин, так и мужчин, что увеличивает риск возникновения бесплодия, осложнений беременности и родов. Снижается способность к зачатию и вынашиванию ребенка. Существенно возросла заболеваемость женским бесплодием (табл. 3.6).

Показатель бесплодия у мужчин в 2008 г. почти в 4 раза превысил уровень 2000 г., однако он на два порядка ниже, чем у женщин.

Увеличение показателей отчасти связано с улучшением диагностирования данных болезней в ходе реализации национального проекта

«Здоровье» (диспансеризация населения) и работы региональных программ «Мать и дитя», «Здоровый ребенок», «Экстракорпоральное оплодотворение».

Таблица 3.6. **Заболеваемость болезнями половой сферы населения Вологодской области (на 100 тыс. чел.)**

Заболевания	2000 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2008 г. / 2000 г., в %
Болезни предстательной железы	234,8	211,1	239,5	287,0	270,6	334,6	315,6	352,5	150
Мужское бесплодие	0,3	0,5	0,3	0,5	1,0	1,2	1,2	1,1	4 раза
Сальпингит, оофорит	335,1	353,3	379,8	420,7	407,4	468,7	481,0	272,2	81
Эндометриоз	54,3	73,1	57,4	67,0	76,5	122,7	67,6	91,6	168
Эрозия и эктропион шейки матки	545,9	551,0	553,4	572,7	527,1	664,0	702,4	687,5	124
Расстройства менструации	1 441,1	1 309,2	1 272,0	1 833,8	1 765,4	2 152,5	2 146,7	1 549,6	107
Нарушения в менопаузе	158,2	159,3	172,7	252,5	315,2	449,1	386,7	305,0	190
Женское бесплодие	72,2	85,8	73,2	61,7	57,7	88,3	91,8	98,2	136
Осложнения беременности и родов	4 461,3	5 187,6	4 916,9	4 932,4	5 451,8	5 513,2	5 692,3	5 872,3	131
Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2008 годы.									

Существенно повышают вероятность бесплодия заболевания, передающиеся половым путем, также являющиеся характеристикой репродуктивного здоровья. Благодаря программе «АнтиВич-СПИД», реализуемой в Вологодской области, уровень общей заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, снизился с 13211 случаев в 2000 г. до 7207 – в 2007 г. Однако в области чаще, чем в РФ, встречается одна из наиболее распространенных инфекций – гонорея (106 случаев в области против 61 на 100 тыс. населения в РФ в 2007 г.).

Бесплодие является как медицинской, так и социальной проблемой. Важность ее обусловлена в первую очередь отрицательным естественным приростом населения в России. Всемирная организация здравоохранения выделяет 22 причины женского и 16 причин мужского бесплодия. По данным ВОЗ, бесплодный брак при частоте, достигающей 15%, оказывает на демографические показатели более значительное влияние, чем невынашивание беременности и перинатальные потери, вместе взятые [50, с. 3-4].

Распространенность бесплодных браков в России прогрессирует: их частота в некоторых регионах, согласно данным эпидемиологических исследований, превышает критический уровень, составляя от 8 до 19,6% [152, с. 245-247]. Тенденция к увеличению бесплодных браков отмечается во всем мире [354].

В настоящее время решена проблема диагностики бесплодия в браке, разработаны стандарты терапии, при которых эффективность восстановления репродуктивной функции составляет около 40% [154, с. 4-7]. Однако с учетом медико-демографической эффективности лечения бесплодия, под которой следует понимать не сам факт наступления беременности, а рождение здорового ребенка, эффективность лечения первичного бесплодия составляет 9,5%, вторичного – 10,9% [13, с. 21-22].

Судя по данным исследований, значительное неблагоприятное воздействие на женскую фертильность оказывают такие факторы, как: нарушения менструального цикла и менструальной функции, патология щитовидной железы, осложненные аборт, инфекции, передающиеся половым путем, абдоминальные гинекологические операции [321, с. 287-288].

Косвенное подтверждение этих выводов позволил получить анализ причин бесплодия, выполненный в ходе реализации программы «ЭКО», стартовавшей в Вологодской области с 2005 г. По экспертным оценкам, 80% случаев бесплодия вызвано неграмотным репродуктивным поведением.

Для полной характеристики репродуктивного здоровья важно знать соотношение различных исходов наступивших беременностей, структуру их причин, особенности их течения.

Около 56% беременностей в регионе заканчивается хирургическим прерыванием. Несмотря на снижение числа аборт с 68 на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста в 2000 г. до 50 – в 2008 г. (или на 26%), данный уровень в соответствии с классификацией ООН определяется как высокий⁹ (рис. 3.10).

В России в целом произошло более значительное снижение уровня аборт – на 30%, но, на наш взгляд, одной из значимых причин этого стало не более ответственное поведение женщин, а развитие сети платных клиник, предоставляющих подобные услуги без учета их в статистической отчетности.

Преждевременными родами заканчивается около 4% беременностей в регионе (табл. 3.7). В России преждевременными называют роды, наступившие на сроке от 28 до 37 недель беременности. При этом недоношенными принято считать детей, родившихся с массой тела от 1000 до 2500 г, при росте от 35 до 45 см и с признаками общей незрелости организма [178].

Частота рождения недоношенных детей в России составляет 5 – 10% от числа новорожденных. В Вологодской области отмечается более благоприятная, чем по стране в целом, ситуация: в 2007 году

⁹ Уровни частоты аборт на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста: очень низкий – менее 10, низкий – 10-19, средний – 20-49, высокий – 50 и более (ООН).

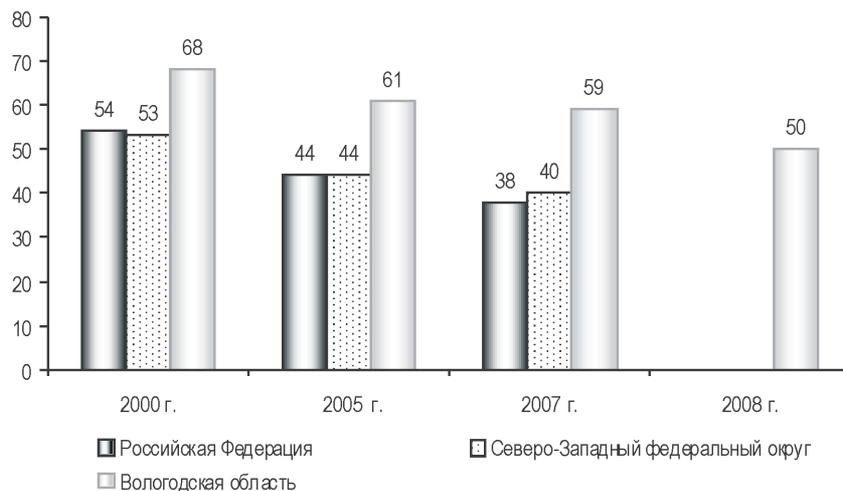


Рис. 3.10. Число абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет)

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000, 2005, 2007, 2008 гг. – Вологда: ДЗО, 2001, 2002, 2004, 2006, 2008, 2009; Данные Федеральной службы государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru>

Таблица 3.7. Преждевременные роды (в % от числа закончивших беременность)

Территория	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
г. Череповец	2,9	3,5	2,7	2,9	3,1	3,2	3,2	3,7
г. Вологда	4,1	4,0	3,4	3,8	3,9	4,2	4,2	3,9
Районы	7,0	4,0	4,2	4,2	4,5	4,2	4,2	4,3
Область	3,8	3,9	3,6	3,8	4,0	3,9	3,9	4,0

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

родилось недоношенными около 5% детей, за анализируемый период их удельный вес снизился в 1,3 раза (табл. 3.8). Причем в сельской местности в наблюдаемый период недоношенные дети рождались реже, чем в целом в области.

Таблица 3.8. Родилось недоношенными (в % от числа родившихся живыми)

Территория	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
г. Череповец	7,6	6,0	4,3	4,7	5,2	4,1	4,1	4,7
г. Вологда	7,3	6,5	5,1	5,6	4,9	5,3	5,3	5,3
Районы	5,3	4,8	4,7	5,3	5,8	5,3	5,3	4,9
Область	6,6	5,7	5,0	5,4	5,5	5,1	5,1	5,2

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Течение беременности и родов во многом определяет здоровье ребенка и поэтому требует тщательного контроля за самочувствием беременной женщины, своевременного выявления проблем и качественной помощи в их решении.

Осложнения беременности и родов регистрировались у вологжанок в целом реже в сравнении с общероссийским уровнем. Однако как республиканский, так и окружной тренд показателя имеет неблагоприятную тенденцию увеличения (рис. 3.11).

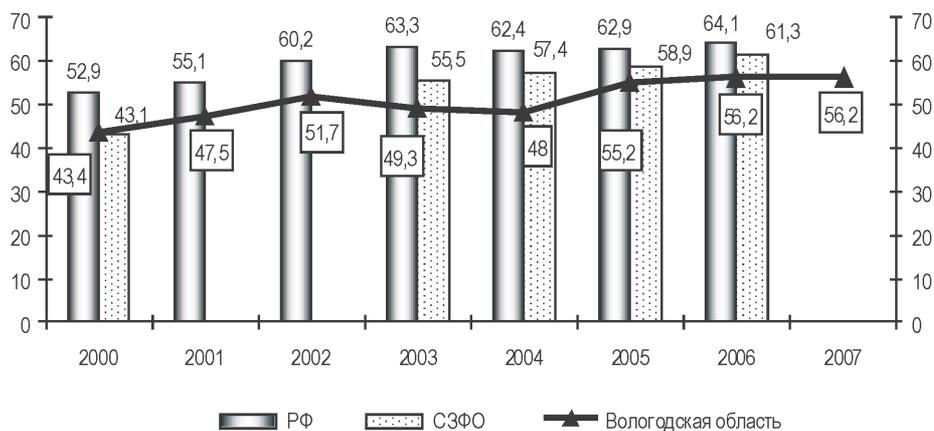


Рис. 3.11. Осложнения беременности и родов, заболеваемость на 1000 женщин фертильного возраста (15 – 49 лет) в 2000 – 2007 гг.

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2001, 2002, 2004, 2006, 2008.

Структура заболеваемости беременных женщин сохраняется практически неизменной за весь период наблюдений. Наиболее частым диагнозом остается анемия, на втором месте – болезни мочеполовой системы, на третьем – отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (табл. 3.9).

Часто отмечаются и такие болезненные состояния беременных, как токсикозы. Токсикозы беременных – многосимптомные состояния, которые возникают при нарушении процессов адаптации организма женщины к беременности. К их возникновению предрасполагают различные заболевания, перенесенные до беременности или во время ее, неправильное питание, нервные перенапряжения, переутомления, недосыпание.

В основе развития поздних токсикозов лежат изменения капиллярного кровообращения и сосудисто-тканевой проницаемости, т. е. главные нарушения происходят в сосудистой системе. Различают токсикозы беременных первой половины беременности, или ранние, и второй половины беременности, или поздние, которые наиболее опасны для развития плода.

Таблица 3.9. **Заболеваемость беременных женщин в 2003 – 2007 гг.**
Распределение заболеваний по видам, %

Виды заболеваний	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Анемия	36	35	33	34	31
Болезни мочеполовой системы	23	20	21	18	20
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	15	14	15	13	11
Болезни щитовидной железы	6	7	7	8	7
Болезни системы кровообращения	7	7	7	7	7
Венозные осложнения	2	2	2	3	2
Другие болезни	11	15	15	17	22
<i>Всего, в %</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Случаев заболеваний	12 999	14 158	13 515	14 128	14 176

Источник: Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

В регионе динамика доли беременностей, осложненных поздним токсикозом, в период с 2000 по 2006 г. была возрастающей, лишь в 2007 г. произошло снижение показателей (*табл. 3.10*). В территориальном разрезе токсикозы более часты в индустриальном Череповце, нежели на других территориях и по области в целом.

Таблица 3.10. **Токсикоз второй половины беременности**
(в % от закончивших беременность)

Территория	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
г. Череповец	15,2	16,0	18,4	17,2	15,9	19,2	19,2	16,0
г. Вологда	10,8	11,6	12,0	10,7	10,6	10,6	10,6	8,4
Районы	14,0	13,7	17,1	15,9	15,2	16,4	16,4	15,2
Область	11,5	13,7	16,1	14,8	14,2	15,6	15,6	13,6

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2001, 2002, 2004, 2006, 2008.

В профилактике поздних токсикозов важно соблюдение рационального питания во второй половине беременности, особенно воздержание от обильного употребления жидкости и соли, правильного режима труда и отдыха, устранение умственных и физических перегрузок.

В период с 1995 по 2000 г. произошло сокращение доли неосложненных родов как в Российской Федерации, так и в Вологодской области, что связано с ухудшением состояния здоровья беременных женщин, вызванным кризисным периодом 1998 г. (*рис. 3.12*). Плавный растущий тренд нормальных родов наблюдается в РФ с 2000 г. В Вологодской области до 2006 г. продолжали преобладать негативные тенденции. В 2007 г. по сравнению с 2006 г. произошло увеличение числа родов без осложнений на 17%.

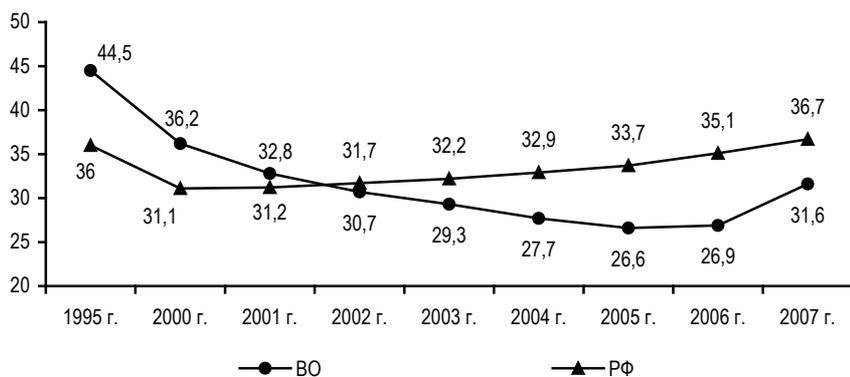


Рис. 3.12. Частота нормальных родов в родовспомогательных учреждениях России и Вологодской области (1995 – 2007 гг.; в % от числа родов в стационаре)

Источники: Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 году. – М.: МЗ и СР РФ, 2008. – 42 с.; Данные оргметодкабинета Вологодской областной детской больницы.

Но достигнутый уровень значительно ниже такового в 1995 г., а для Вологодской области – и ниже уровня в РФ. Таким образом, для региона эта проблема остается в числе приоритетных на данном этапе.

Серьезным стимулом для развития службы родовспоможения стала реализация программы родового сертификата [297]. Ее введение позволило укрепить материально-техническую базу родильных домов и женских консультаций, улучшить лекарственное обеспечение беременных женщин. Например, охват беременных женщин ультразвуковым скринингом в РФ в 2007 году увеличился до 97%, биохимическим – до 70%. Доля женщин, вставших на учет по беременности в ранние сроки, составляет 79%. Среднее количество посещений беременными женских консультаций возросло за период наблюдения до 13%. Доля родов без осложнений увеличилась с 34% в 2005 году до 36% в 2007 году [297].

В Вологодской области согласно областной целевой программе «Здоровый ребенок» на улучшение здоровья беременных женщин и новорожденных детей в 2007 г. было выделено 43,9 млн. руб. Софинансирование составило в 2006 г. 36,2 млн. руб., в 2007 г. 45,5 млн. руб. Финансирование в этом направлении дало результаты: снизилась младенческая смертность с 11,6 (на 1000 родившихся живыми) в 2005 г. до 9,0 (на 1000 родившихся живыми) в 2007 г. и вырос удельный вес родов без осложнений – с 27% в 2005 г. до 32% в 2007 г.

Репродуктивное здоровье женского организма закладывается с первых дней жизни. На всех этапах жизни человека (с момента рождения до достижения зрелого возраста) в его организме происходят органические и физиологические функциональные патологические процессы в органах тех систем, которые могут быть причиной тех или иных наруше-

ний репродуктивного здоровья. Негативные показатели здоровья (в особенности девочек) ведут к формированию замкнутого круга: больная девочка → больная мать → больной ребенок. Поэтому важнейшая задача здравоохранения – разорвать этот круг. Только тогда можно говорить о том, что родившееся поколение будет здоровым [62].

В связи с этим особого внимания заслуживает рассмотрение репродуктивного здоровья подростков. Заболеваемость девочек в возрасте от 15 до 18 лет нарушениями менструального цикла в Вологодской области возросла (на 100 тыс. девочек соответствующего возраста) с 1614,8 в 2002 г. до 3159,7 в 2007 г. (в 2 раза), по России – с 1206,2 до 3468,3 (в 3 раза). Увеличилось число девочек, входящих в группу риска абсолютного и относительного бесплодия. При этом сохраняется низкая обращаемость девочек с воспалительными заболеваниями органов малого таза к врачу-гинекологу либо из-за отсутствия выраженных клинических проявлений заболевания, либо из-за боязни огласки. По данным социологических исследований, в России около 50% подростков имеют опыт сексуальных отношений, а средний возраст сексуального дебюта составляет $15,8 \pm 0,2$ года. У сексуально активных девочек-подростков частота воспалительных заболеваний половых органов в 3 раза выше, чем у сверстниц, никогда не имевших сексуальных отношений (45,2 и 15,1% соответственно) [89]. Отрицательной и, к сожалению, преобладающей стороной проблемы беременности у юных женщин остаются аборт и их осложнения. В 2002 г. в Вологодской области число случаев осложнений беременности и родов (826,5 на 100 тыс. населения) среди подростков возросло в 1,5 раза по сравнению с 2000 г. (540,2 соответственно). Вследствие этого возрастает заболеваемость новорожденных, что требует вложений со стороны семьи, общества, здравоохранения, государства.

Ретроспективное исследование [114, с. 4-5] состояния здоровья девушек-подростков Казани, вступающих в репродуктивный процесс, показало, что гинекологическая и экстрагенитальная заболеваемость у них превышает таковую у женщин благоприятного репродуктивного возраста. Для них также характерна социальная дезадаптация: внебрачная беременность, отсутствие постоянного занятия, материальные затруднения, вредные привычки и др., что существенно снижает репродуктивное здоровье. Раннее выявление нарушений репродуктивного здоровья, проведение оздоровительных и профилактических мероприятий среди девушек-подростков должно стать важным направлением деятельности служб здравоохранения, образования, социальной защиты. Поэтому проведение комплексных исследований в области репродукции человека крайне важно для анализа репродуктивного здоровья населения и принятия мер для его улучшения.

Остановившись на гендерных аспектах изучения репродуктивного здоровья населения, необходимо подчеркнуть неоправданную диспропорцию, а именно сосредоточение внимания большинства исследователей на вопросах акушерства и гинекологии. Исследования, предметом которых являются составляющие репродуктивного здоровья мужчин, единичны [184, с. 145-146]. Тем самым недооценивается роль мужского фактора в сохранении репродуктивного здоровья семьи.

Репродуктивная функция традиционно связывается с организмом женщины. Именно в этой связи система охраны репродуктивного здоровья сегодня – это развитая и прекрасно функционирующая отлаженная сеть учреждений гинекологического профиля: имеются смотровые кабинеты, женские консультации, гинекологические стационары, служба детской и подростковой гинекологии. В то же время мальчик или юноша-подросток, а зачастую зрелый мужчина с репродуктивными проблемами не имеют конкретного адреса обращения. Существующая же урологическая служба поликлиник не рассчитана на профилактику и лечение мужского бесплодия. Таким образом, в этой системе отсутствует естественный логичный паритет, одной из причин которого является элементарное отсутствие специальности «андрология» в реестре врачебных должностей.

Осознание актуальности проблемы привело в 1998 г. к созданию, но только пока лишь в Москве, Центра детской и подростковой андрологии – единственного в России специализированного медицинского учреждения, в компетенцию которого попадает охрана репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков. В задачи Центра входят: раннее выявление и профилактика заболеваний органов репродуктивной системы у детей и подростков мужского пола, диагностика, терапевтическое и хирургическое лечение указанных заболеваний, а также репродуктивная реабилитация пролеченных пациентов. На сегодняшний день в медицинских учреждениях Вологодской области (как и в большинстве регионов страны) реализуется лишь принцип «коллективной ответственности», когда эндокринолог направляет больных к урологу, уролог – к хирургу, хирург – к специалисту по ультразвуковой диагностике и т.д. Таким образом, за пациента в целом – с точки зрения его репродуктивной системы – не отвечает ни один конкретный специалист, то есть услуги здравоохранения не отвечают потребностям мужчин в охране их репродуктивного здоровья.

Репродуктивное поведение человека оказывает воздействие на здоровье и развитие независимо от того, ведет оно к деторождению или нет. Перед лицом опустошающих социальных и экономических издержек,

эпидемии ИППП и ВИЧ/СПИДа нельзя не признать, что репродуктивное здоровье является фундаментальным вопросом развития всего человечества. Сегодня многие люди не могут полностью осуществить свои сексуальные и репродуктивные права, в том числе и из-за несовершенства системы охраны репродуктивного здоровья, недостатка необходимой информации. В условиях долгосрочного экономического и демографического кризиса программы охраны репродуктивного здоровья мужчин и женщин выходят за пределы здравоохранения и напрямую влияют на состояние национальной безопасности. На Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994 г.) 180 государств признали, что всеобщий доступ к информации и услугам в области охраны репродуктивного здоровья должен быть целью, которую необходимо достичь к 2015 г.

К сожалению, положительный опыт подхода к проблеме репродуктивного здоровья мужчин в Вологодской области единичен. В Центре планирования семьи г. Вологды работает единственный на всю область врач-сексолог, имеющий квалификацию андролога. В Вологодской области уровень мужского бесплодия составляет 1,2 на 100 тыс. населения, женского бесплодия – 91,8 на 100 тыс. населения (см. табл. 3.6). Для обследования и лечения женщин функционируют гинекологические койки, тогда как андрологических коек просто нет, а для лечения мужских проблем, связанных с репродуктивным здоровьем, в коечном фонде предусмотрены только урологические. В настоящее время официальная статистика не выделяет поражений органов репродуктивной системы у детей мужского пола из состава болезней мочеполовой системы, тогда как в заболеваемости детей женского пола (0 – 17 лет) отмечены: расстройство менструаций, сальпингит и оофорит. По данным Центра детской и подростковой андрологии (г. Москва), потребность в андрологической помощи составляет 37 – 39%, то есть каждый третий мальчик имеет отклонения в состоянии репродуктивного здоровья, а треть таких детей, или в целом каждый десятый, серьезно рискуют оказаться бесплодными. Среди заболеваемости взрослых мужчин официальная статистика выделяет только болезни предстательной железы (заболеваемость которыми за период с 2000 по 2008 г. увеличилась на 50%; см. табл. 3.6) и мужское бесплодие. Женское бесплодие встречается у 35 – 40% бесплодных браков, на долю мужского бесплодия приходится 30 – 35%, в остальных случаях причинами бесплодия являются заболевания обоих супругов. Таким образом, методы статистического учета заболеваемости, существующие в уроандрологии, не позволяют прогнозировать демографический ресурс региона по заболеваниям мужской половой сферы и репродуктивный потенциал.

На наш взгляд, в приоритетах, поставленных в сфере охраны и укрепления репродуктивного здоровья, необходимо четко обозначить задачи сохранения репродуктивного здоровья мужчин. Такая необходимость вполне оправдана, так как на сегодняшний день в данной области можно констатировать следующие факты:

1. Отсутствие врачей-андрологов в поликлиническом звене.
2. Большой удельный вес отклонений в репродуктивном здоровье мальчиков, что впоследствии становится причиной бесплодия.
3. Отсутствие статистики, позволяющей определить уровень и масштабы репродуктивных проблем мужского населения.
4. Высокий уровень бесплодных семей, которые примерно в 40% случаев связаны с мужским бесплодием.

Характеризуя направления расходов национального проекта «Здоровье», главная цель которого – повышение рождаемости и сохранение здоровья нации, приходится констатировать их односторонность в решении проблем, касающихся охраны репродуктивного здоровья, в особенности мужского. Вместе с тем отрадно отметить, что четко и системно прописаны меры материального стимулирования рождаемости (программа «Материнский капитал»), повышения качества медицинского обслуживания беременных женщин (родовые сертификаты, увеличение пособия по уходу за ребенком). Однако не уделено должного внимания сохранению и повышению репродуктивного здоровья мужчин. Так, меры по его укреплению ограничиваются лишь осмотром их урологом, вместо андролога, наличие которого требуется для проведения минимально необходимых профилактических осмотров.

С учетом того, что репродуктивные проблемы связаны со здоровьем не только женщин, но и мужчин, гендерные подходы в анализе и решении этой проблемы особенно актуальны. Современная демографическая ситуация вкупе с общим дефицитом мужского населения по отношению к числу женщин, его сниженным нынешним и ожидаемым репродуктивным потенциалом определяет необходимость осуществления неотложных организационных мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи мужскому населению по профилю «андрология». Следует повысить роль научных центров и научно-исследовательских институтов в разработке и внедрении эффективных медицинских технологий диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья.

В заключение отметим следующее:

1. Суммарный коэффициент рождаемости в России в период с 2000 по 2008 г. незначительно увеличился (с 1,34 до 1,49 на 1 женщину – все население, 1,89 – сельское), однако это существенно ниже показателей

1990 г. (1,89 на 1 женщину – все население и 2,6 – сельское). Наиболее заметный рост показателя произошел в период с 2006 по 2008 г., что, очевидно, связано с пронаталистскими мерами правительства в рамках национального проекта «Здоровье», а также с улучшением социально-экономической ситуации в большинстве регионов в обозначенный период.

2. В России отмечается существенное снижение младенческой смертности. В период с 1998 по 2008 г. ее уровень сократился почти в 2 раза и установился на отметке 8,5 на 1000 родившихся живыми. Этот показатель соответствует предельно допустимому значению младенческой смертности, установленному Европейским региональным бюро ВОЗ, но все же в 2 раза выше, чем в развитых странах Европы.

3. Уровень материнской смертности за 1998 – 2008 гг. снизился в России в 2 раза. Однако разница с аналогичным показателем в странах Европейского Союза продолжает составлять более 3,5 раза. Это свидетельствует как о более низком уровне здоровья матерей, так и о значительном отставании в технологиях наблюдения беременности и родовспоможения.

4. Серьезным стимулом для развития службы родовспоможения стала реализация программы родового сертификата. Ее введение позволило укрепить материально-техническую базу родильных домов и женских консультаций, улучшить лекарственное обеспечение беременных женщин. Доля родов без осложнений возросла с 34% в 2005 году до 36% в 2007 году.

5. В то же время репродуктивное здоровье российского населения продолжает ухудшаться:

- заболеваемость населения болезнями мочеполовой сферы в период с 2000 по 2007 г. увеличилась на 30%;

- возросло количество заболеваний злокачественными опухолями, прежде всего типично женских органов: так, в 2008 г. по сравнению с 1998 г. заболеваемость раком молочной железы – в 1,2 раза, шейки матки – с 15,4 на 100 000 населения до 18,1; высок уровень злокачественных новообразований предстательной железы (в 2008 г. – 33,7 на 100 000 населения);

- снижается способность к зачатию и вынашиванию ребенка. Существенно возросла заболеваемость бесплодием. Частота бесплодных браков в некоторых регионах России превышает критический уровень и составляет от 8 до 19,6%.

6. Структура заболеваемости беременных женщин сохраняется практически неизменной. Наиболее частым диагнозом остается анемия – 30% от общего числа заболеваний беременных женщин.

7. Существует значительный гендерный диспаритет в возможностях диагностики и лечения заболеваний репродуктивной сферы, что снижает репродуктивный потенциал населения. Выявлено, что услуги здравоохранения не отвечают потребностям мужчин в охране их репродуктивного здоровья. В данной области можно констатировать следующие факты:

- отсутствие врачей-андрологов в поликлиническом звене;
- большой удельный вес отклонений в репродуктивном здоровье мальчиков, что впоследствии становится причиной бесплодия;
- отсутствие статистики, позволяющей определить уровень и масштабы репродуктивных проблем мужского населения, что не дает возможности прогнозировать демографический ресурс по заболеваниям мужской половой сферы и репродуктивный потенциал.

3.3. Репродуктивное поведение населения как фактор репродуктивного потенциала

Изучение репродуктивного поведения и репродуктивных установок (потребностей) является важным условием для понимания и прогнозирования тенденций рождаемости в регионе, разработки конкретных мероприятий эффективной демографической и семейной политики.

Репродуктивное поведение – понятие, обозначающее систему действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка в браке или вне брака. В.А. Борисов выделяет три основных типа репродуктивного поведения: многодетное (потребность в 5 и более детях), среднететное (потребность в 3 – 4 детях), малодетное (потребность в 1 – 2 детях) [20]. Из двух факторов, детерминирующих число детей в семье, – условий и уровня жизни и потребности в детях – ведущая роль принадлежит последнему. Если число детей в семье соответствует потребности супругов в детях, то никакое улучшение условий жизни не приведет к повышению этого числа. Но если имеющееся число детей меньше уровня потребности, тогда улучшение условий реализации этой потребности способно повысить число рождений [20].

В рамках репродуктивного поведения выделяют несколько направлений [59, с. 251]:

- совокупность поведенческих актов и решений, непосредственно направленных на рождение ребенка, – собственно репродуктивное поведение;
- контрацептивное поведение, то есть действия, направленные на предотвращение зачатия;
- абортное поведение, включающее действия, имеющие целью предотвратить нежелательное рождение.

Собственно репродуктивное поведение направлено на реализацию полного репродуктивного цикла – от момента принятия решения о зачатии ребенка до его рождения. Контрацептивное и абортное поведение служат инструментами регулирования как каждого конкретного репродуктивного цикла, так и всего репродуктивного цикла семьи (формирование желательных протогенетических и интергенетических интервалов – периодов между началом сожителства и рождением первого ребенка и интервалов между рождением всех последующих детей соответственно) для достижения желаемого числа детей.

Соотношение полных и неполных репродуктивных циклов в семьях с равным социальным статусом, обладающих одинаковыми этнодемографическими характеристиками и не имеющих нарушений плодovitости, определяется репродуктивными установками супругов, то есть их психологической предрасположенностью к рождению определенного числа детей. Репродуктивные установки делятся на две основные группы: непосредственно связанные с деторождением и определяющие масштабы и способы регулирования процесса деторождения [59, с. 251].

Потребность в детях – социально-психологическое состояние индивида, когда без детей надлежащего количества и пола человек не может состояться как личность. Потребность в детях, установки на детей – внутренние регуляторы репродуктивного поведения, тогда как социальные нормы детности – внешние детерминанты отношения личности к детям. Эмпирические исследования репродуктивных установок показывают, что для потребности в 5 и более детях ведущими являются экономические мотивы рождаемости, для потребности в 3–4 детях – социальные и для потребности в 1–2 детях – психологические [153].

Результаты социологических исследований, проведенных нами на территории Вологодской области, позволяют определить репродуктивное поведение ее населения как малодетное. Непосредственную характеристику репродуктивных предпочтений дает показатель «желаемого» числа детей, то есть такого количества, которое женщина предпочла бы иметь в своей семье «вообще», исходя из собственных потребностей, без учета конкретных обстоятельств жизни и индивидуальной биографии [27]. В среднем по области желаемое число детей в семье составляет 2,01 ребенка (табл. 3.11). Однако оно не реализуется полностью: планируемое число детей в регионе в 2008 г. – 1,86 (см. табл. 3.11).

Примечательно, что городские мужчины демонстрируют более высокую по сравнению с женщинами потребность в детях и стремление ее реализовать (табл. 3.12). Вероятно, это связано с тем, что в условиях города женщины имеют больше возможностей для профессиональной самореализации. В сельской местности женщины демонстрируют более высокие репродуктивные установки, чем мужчины.

Таблица 3.11. **Желаемое и планируемое число детей**

Год	Желаемое число детей			Планируемое число детей		
	г. Вологда, г. Череповец	Районы	Область	г. Вологда, г. Череповец	Районы	Область
2005	2,13	2,22	2,20	1,77	1,78	1,77
2007	1,88	2,02	1,99	1,78	1,96	1,91
2008	2,00	2,02	2,01	1,86	1,86	1,86

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения Вологодской области, 2005 г., n=1586; 2007 г., n=1461; 2008 г., n=1536.

Таблица 3.12. **Гендерные различия репродуктивных установок сельских и городских жителей Вологодской области в 2008 г.**

Среднее число детей	Город		Село	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Желаемое	2,05	1,98	1,89	2,11
Планируемое	1,94	1,8	1,73	1,93

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения Вологодской области, 2008 г., n=1536.

Анализ данных обследования женщин с разными исходами беременности показывает, что среди родивших доля тех, кто хочет иметь двоих детей, почти в 2,5 раза больше доли желающих иметь одного ребенка (табл. 3.13). Репродуктивные установки родивших женщин также в большей степени нацелены на многодетность. Так, среди них трех и более детей желали иметь 4%, тогда как среди сделавших аборт – только 2%. А 3% женщин, прервавших беременность, вообще не хотели иметь детей. Обращает на себя внимание то, что при нежелании иметь детей все же родили ребенка 3% женщин моложе 19 лет и 1% – в возрасте от 20 до 24 лет. Причиной этого послужило настояние родителей, родственников или медицинских работников.

Таблица 3.13. **Мнение женщин о желаемом числе детей в семье в зависимости от возраста, в %**

Возрастные группы, лет	Желаемое количество детей в семье									
	Ни одного		Один		Два		Три и более		Затрудняюсь ответить	
	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт
До 19	2,5	1,5	30,0	40,0	60,0	46,2	5,0	-	2,5	12,3
20 – 24	0,8	2,2	31,5	34,1	55,1	54,9	2,4	1,1	10,6	7,7
25 – 29	-	6,3	18,8	43,8	65,0	40,6	6,3	9,4	10,0	-
30 – 34	-	12,5	10,0	25,0	83,3	62,5	3,3	-	3,3	-
35 лет и старше	-	-	33,3	25,0	44,4	66,7	11,1	8,3	11,1	-
Всего в исследовании	0,7	3,2	25,5	36,1	61,2	51,4	4,2	2,3	8,3	6,9

Ведущие демографы развитых стран ведут оживленные дискуссии о том, как правильно оценить «истинный» текущий и перспективный уровень рождаемости в условиях продолжающейся трансформации ее возрастной («тайминговой») модели. Оценка итогового показателя рождаемости для России, выполненная с использованием различных методологических приемов, составляет 1,5 – 1,6 детей в расчете на одну женщину за всю ее жизнь (для когорт, которые сегодня находятся в активных репродуктивных возрастах) [113, с. 37-45]. Анализ репродуктивных установок населения позволяет утверждать, что в области существует резерв рождений. В 2008 г. суммарный коэффициент рождаемости составил 1,36‰, при реализации хотя бы планируемого числа детей – 1,91‰ – он мог бы существенно приблизиться к уровню простого воспроизводства, который составляет 2,17‰ (рис. 3.13).



Рис. 3.13. Соотношение суммарного коэффициента рождаемости, желаемого и планируемого числа детей с уровнем простого воспроизводства населения

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения.

Наибольшее планируемое число детей демонстрирует население области активного репродуктивного возраста – 25 – 30 лет (рис. 3.14). Общие репродуктивные установки населения различных возрастных групп в 2008 г. сходны, что, вероятно, обусловлено идентичностью условий их формирования (в первую очередь, общественными стереотипами детности).

Рейтинг факторов, лимитирующих репродуктивные планы населения области, возглавляет материальное положение семьи. Оценка роли жилищных условий осталась неизменной за годы исследования. Отсутствие потребности в детях несколько снизилось – вариант ответа «Столько детей мне вполне достаточно» потерял 3 процентных пункта.

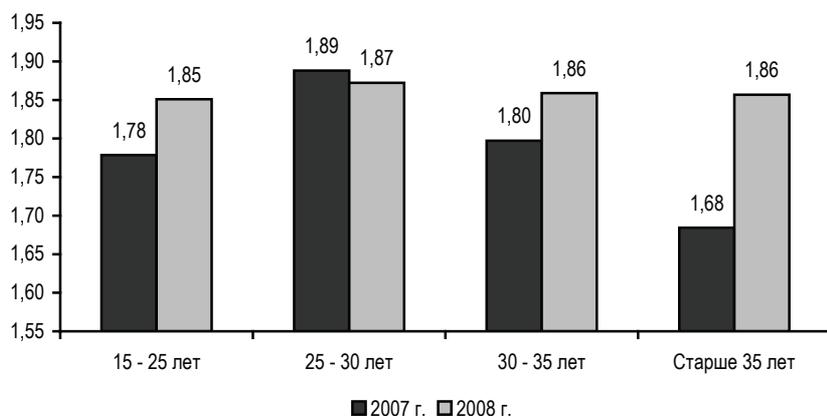


Рис. 3.14. Планируемое число детей в различных возрастных группах населения Вологодской области

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения.

Этот факт косвенно подтверждается и некоторым увеличением желаемого числа детей, обусловленным повышением стабильности, экономического и политического оптимизма.

О том, что малодетность становится общепринятой нормой, говорит 2 место в рейтинге такого фактора, как «семейная традиция иметь мало детей в семье» (табл. 3.14).

Таблица 3.14. Рейтинг факторов, лимитирующих репродуктивный выбор семьи (по оценке респондентов)

Варианты ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь менее трех детей, укажите причины, по которым Вы не хотите иметь больше»	Рейтинговое место
Низкие доходы и дороговизна товаров	1
Семейная традиция иметь мало детей в семье	2
Плохие жилищные условия	3
Столько детей мне вполне достаточно	4
Нестабильная экономическая обстановка в стране	5
Роды – это риск для здоровья женщины	6
Многодетность никак не поощряется государством	7
Много детей в семье препятствует карьере (отдыху)	8
Риск остаться без работы	9
Другое	10

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения Вологодской области, 2008 г., n=1536.

Желаемое число детей не зависит от уровня доходов семьи, а определяется потребностью в детях. В то же время реально планируемое число детей заметно лимитируется семейным бюджетом (табл. 3.15). То есть благоприятные материальные условия способствуют более полной реализации репродуктивных планов.

Таблица 3.15. **Желаемое и планируемое число детей в группах населения Вологодской области с разным уровнем дохода**

Оценка доходов	Число детей	
	Желаемое	Планируемое
Денег вполне достаточно, чтобы не отказывать себе ни в чем Покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна	2,21	1,87
Денег хватает только на приобретение необходимых продуктов питания и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на «потом»	1,97	1,84
Денег хватает только на приобретение продуктов питания Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится «влезать в долги»	2,08	2,06

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения Вологодской области, 2008 г., n=1536.

Для большинства жителей области дети были и остаются радостью жизни, без детей не мыслится семья. Сохраняется высоким экономический аспект деторождения: почти половина жителей области в детях видит продолжателей дела, наследников. На помощь детей в старости рассчитывает 44% населения, чуть меньше четверти семей (22%) полагают, что дети станут помощниками в ведении хозяйства (рис. 3.15).

В семьях, ориентированных на многодетность, дети гораздо чаще воспринимаются как помощники в ведении хозяйства (32% против 2% в малодетных семьях) и помощь в старости (52% против 42%). Это говорит о большем вкладе экономического компонента в репродуктивную мотивацию данной группы населения. В то же время трех и более детей люди планируют иметь только в том случае, если в этом есть потребность, выраженная в любви к детям (рис. 3.16).

Анализ данных обследования когорт женщин с различным исходом беременности позволил выделить еще два существенных фактора, оказывающих определяющее воздействие на репродуктивное поведение женщин:

1. Репродуктивные ориентации женщин зависят от их семейного положения. На современном этапе вопросы социальной сущности семей, семейно-брачных и семейно-бытовых отношений привлекают все большее внимание исследователей различных специальностей. И это не случайно, ибо семья органически связана с важнейшими элементами существования нашего общества – производством и потреблением материальных благ, воспроизводством населения. Под воздействием перемен в нормах социального поведения незарегистрированные сожительства и гражданские браки все чаще перестают осуждаться общественным мнением и воспринимаются как одна из социально приемлемых форм

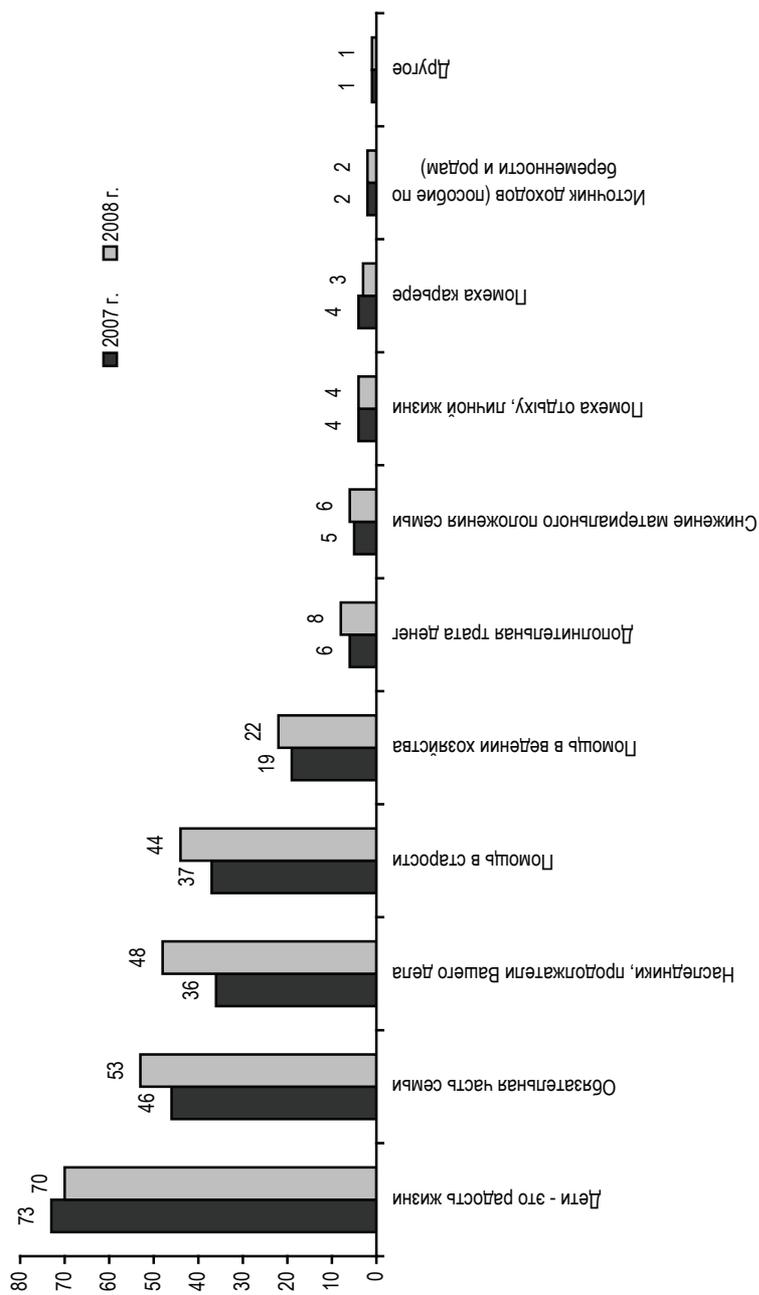


Рис. 3.15. Распределение ответов на вопрос: «Для Вас дети – это ...» (в % от числа опрошенных)

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения.

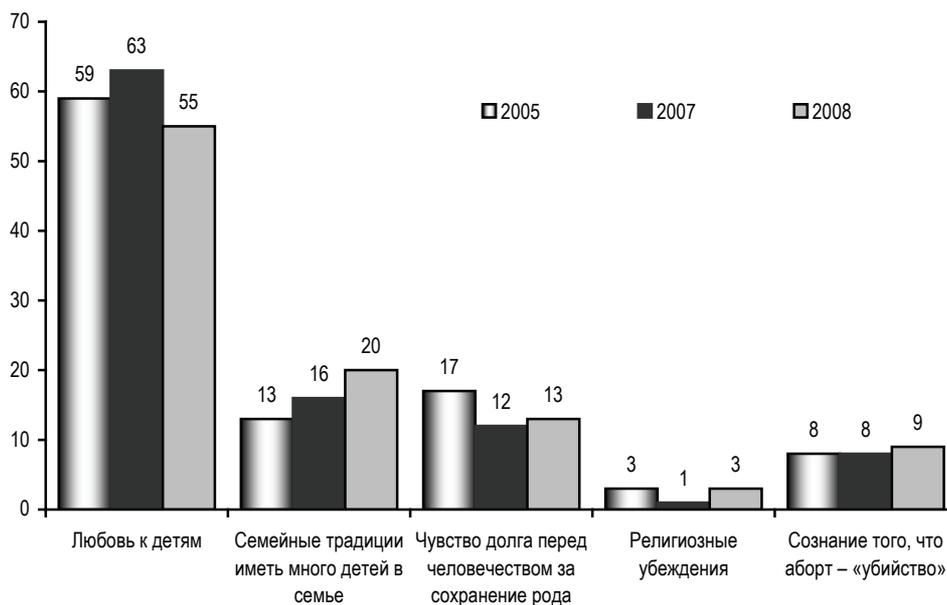


Рис. 3.16. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь трех и более детей, то каковы причины для этого?» (в % от числа опрошенных)

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения.

семейной жизни и партнерства. Однако эта форма, в отличие от зарегистрированного брака, не дает уверенности женщине в вопросах формирования полноценной семьи [192, с. 32]. Отметим, что в целом среди родивших женщин доля состоящих в зарегистрированном браке почти в три раза выше, чем среди прервавших беременность. Напротив, большая часть последних являются незамужними, что, несомненно, препятствует осуществлению их репродуктивных планов. Между исследуемыми группами женщин, состоящих в зарегистрированном браке, также имеются существенные различия. Так, двух детей хотят иметь 71% родивших женщин и только 49% – прервавших беременность; одного ребенка – 19 и 35% соответственно. Что касается женщин, состоящих в гражданском браке, то каждая вторая хочет иметь двух детей, а каждая третья – одного (и в той, и в другой группе разница не превышает 5%). Обращает на себя внимание тот факт, что каждая пятая (20%) незамужняя родившая респондентка затрудняется с решением о желаемом числе детей, а среди прервавших беременность – только каждая десятая (10%). Кроме того, репродуктивные планы родивших значительно ниже, чем тех, кто сделал аборт. Все это подтверждает закономерность: чем менее стабилен социальный статус семьи (зарегистрированный брак > гражданский брак > не замужем), тем ниже репродуктивные

установки женщины (доля детей, родившихся у женщин, не состоявших в зарегистрированном браке, в Вологодской области в 2008 г. составляла 34% от общей численности родившихся [79]).

На основании данных исследования можно заключить следующее: чем стабильнее и прочнее семейные отношения, тем выше репродуктивные ориентации женщин. Это является подтверждением большой значимости института семьи и его роли в увеличении рождаемости.

Вместе с тем следует отметить увеличение числа внебрачных партнерских отношений. Это особенно характерно для молодых и родившихся в 1970-х годах, в этой категории число подобных союзов достигает 45%. По данным ФОМ, в целом опыт внебрачного сожительства имеют 22% россиян [175]. Хотя в партнерствах их рождаются дети, вероятность рождения второго и третьего ребенка чрезвычайно мала, поскольку социальная и экономическая уязвимость женщины-матери в таких союзах сильнее, чем у женщин-матерей, состоящих в официальном браке [60, с. 207].

2. Еще одной из социальных характеристик, оказывающих влияние на репродуктивные установки женщин, является уровень их образования. Важно отметить, что уровень образования родивших женщин выше, чем прервавших беременность абортom, хотя отчасти это и вызвано молодостью респонденток, входящих во вторую группу. Дифференциация женщин в зависимости от уровня образования имеет следующую направленность: респондентки с высшим образованием (21% среди закончивших беременность родами и только 1% – среди прервавших беременность) обладают наивысшими показателями желаемого числа детей (двух детей – 74 и 63% соответственно) (табл. 3.16). Треть опрошенных женщин имеет среднее специальное образование. В этой группе репродуктивные установки родивших женщин значительно выше, чем среди прервавших беременность абортom: на рождение двух детей ориентированы 64 и 53% соответственно, трех и более – 5 и 1%.

Таблица 3.16. Мнение женщин о желаемом числе детей в зависимости от образования, в %

Образование	Желаемое количество детей в семье									
	Ни одного		Один		Два		Три и более		Затрудняюсь ответить	
	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт
Неполное среднее	3,2	3,3	41,9	50,0	51,6	43,3	-	-	3,2	3,3
Среднее (школа, ПТУ)	-	2,9	26,6	33,3	57,8	55,1	4,7	1,4	11,0	7,2
Среднее специальное	-	-	24,5	42,6	63,7	52,9	3,9	-	7,8	4,4
Незаконченное высшее	-	4,3	26,9	26,1	42,3	39,1	11,5	13,0	19,2	17,4
Высшее	-	10,5	19,0	21,1	74,1	63,2	3,4	5,3	3,4	-

Исследование показало, что наличие у женщин законченного образования (среднего специального, высшего) оказывает положительный эффект на их мнение о желаемом числе детей в семье, тогда как женщины с незаконченным образованием, еще продолжающие учиться или прервавшие обучение, думают о меньшем количестве детей.

Обобщение вышеизложенного позволяет утверждать, что господствующим является желание женщин иметь двух детей, хотя, по их мнению, наличие двух и более детей часто мешает достижению супругами других значимых для них жизненных целей. Различия в условиях жизни, семейном положении, образовании и другие факторы вносят существенные коррективы в репродуктивные установки. Поэтому только при улучшении социально-экономической ситуации (повышение уровня жизни, увеличение количества и качества жилья) можно надеяться на повышение репродуктивных установок населения.

Репродуктивное поведение на разных этапах жизненного цикла, в силу различных условий, может подвергаться изменениям. Для прогнозов рождаемости важно знать о намерениях населения иметь или не иметь детей. В исследовании женщин с различными исходами беременности им был предложен вопрос: «Через какой промежуток времени Вы бы хотели иметь ребенка?».

Репродуктивные планы большинства родивших женщин, желающих иметь одного ребенка, естественно, уже осуществились (65,8% ответили, что больше не хотят иметь детей), но треть их все-таки допускает возможность рождения еще одного ребенка (рис. 3.17). Репродуктивные планы женщин, желающих иметь двух детей, отодвинуты на более поздние сроки – 35,6% ответивших планируют рождение второго ребенка более чем через три года. Отметим, что наиболее благоприятный интервал между родами составляет не менее 2 – 2,5 года, что служит важным условием наиболее удачного течения беременности и родов, послеродового периода, а также способствует улучшению жизнеспособности ребенка и сохранению здоровья матери [12, с. 47]. Репродуктивные планы женщин, прервавших беременность абортom, тоже отложены на будущее.

Что касается репродуктивных планов различных возрастных групп, то можно отметить, что они совпадают у родивших женщин в возрасте до 30 лет и у 30-летних и старше. Совпадают и репродуктивные планы обеих групп на следующие 1 – 3 года, а вот планы на более длительный срок имеют различия: преобладающая доля женщин старшего репродуктивного возраста (30 лет и старше) уже осуществила

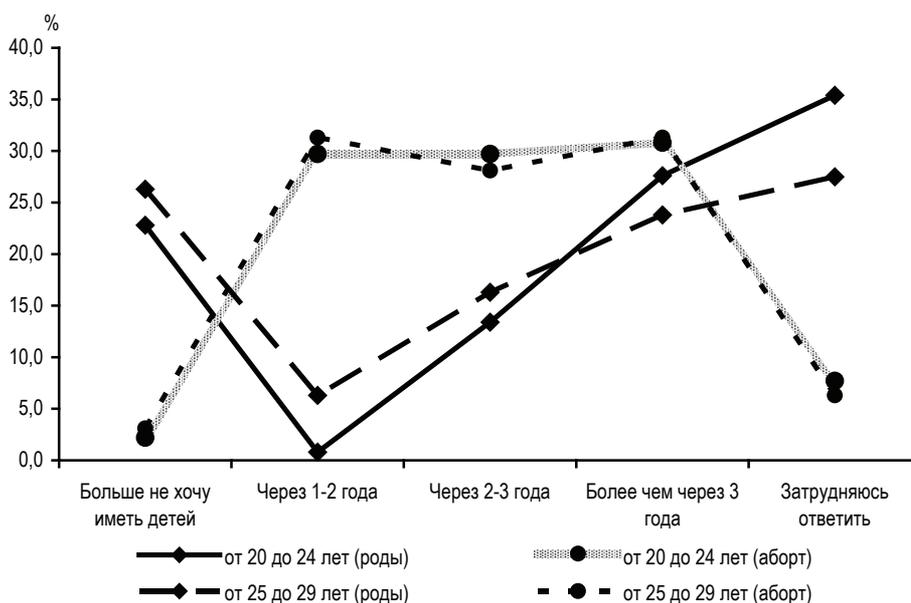


Рис. 3.17. Репродуктивные планы возрастных групп наивысшей репродуктивности (от 20 до 29 лет, в %)

свои репродуктивные намерения и больше не желает иметь детей (60 и 67%), женщины же в возрасте до 30 лет планируют беременность в основном более чем через три года (24 – 33%).

Однородность репродуктивных планов женщин, прервавших беременность абортom, наблюдается лишь в возрасте наивысшей репродуктивности (от 20 до 24 и от 25 до 29 лет). Причем планы старших возрастных групп (в отличие от родивших женщин) нацелены на рождение ребенка в будущем, так как их репродуктивные намерения еще не выполнены.

Проведенное исследование обнаружило значительное снижение репродуктивных установок в современном поколении женщин репродуктивного возраста, что, безусловно, является крайне неблагоприятной тенденцией. Вместе с тем желаемое число детей оказалось заметно выше, чем сложившиеся уровни рождаемости, что создает потенциал для благоприятного изменения ситуации в перспективе.

Обобщая сведения о значимости факторов, влияющих на репродуктивный выбор семьи, выделим три составляющие репродуктивной мотивации, определяемой личными предпочтениями граждан. *Экономическая репродуктивная мотивация* предполагает прямую зависимость между числом детей и материальными условиями семьи; *социальная* формируется под воздействием настроений, определяющих стандарт детности

социума; *психологическая мотивация* предполагает индивидуальную потребность в детях, обусловленную личностными характеристиками человека.

Почти половина (46%) жителей Вологодской области, ориентированных на малодетность, основным мотивом этого называет собственное нежелание иметь много детей, то есть с ведущей *психологической составляющей репродуктивной мотивации* (одного, реже двух детей им достаточно для удовлетворения потребности в детях). К данной категории относятся бездетные (49%) и одно-, двухдетные граждане (21 и 26% соответственно). Это преимущественно молодые люди (15 – 20 лет) – студенты (36%) и представители старших возрастов (старше 35 лет), что объясняется в первом случае особенностями современного формирования репродуктивных установок, во втором случае – завершением репродуктивного цикла и, соответственно, удовлетворением потребности в детях. Психологическая составляющая репродуктивной мотивации чаще была выделена теми, кто оценивает уровень своих доходов как средний (58%) и выше среднего (28%).

Материальный аспект – *экономическая репродуктивная мотивация* – несомненно, является одним из наиболее важных факторов репродуктивного выбора. Его учитывает 95% населения вне зависимости от оценки собственного материального положения.

Малозначимость величин, характеризующих *социальную составляющую репродуктивной мотивации* (ее важность отмечают лишь 6,7% жителей), свидетельствует о низкой эффективности задействованных стимулов социальной направленности, призванных повысить общественный престиж семьи и материнства. В целом же они чаще выделяются людьми, занятыми во внебюджетной сфере, и военнослужащими с высоким и средним уровнем дохода, в основном бездетными. То есть экономически и социально активной группой населения, для которой важна позитивная позиция общества и государства по отношению к рождению детей. Эффективными стимулами повышения рождаемости для этой части населения будут мероприятия, повышающие престиж и подчеркивающие значимость родительства и семьи для процветания и развития государства.

Соответственно, при разработке мероприятий, направленных на повышение рождаемости через репродуктивную мотивацию, необходимо учитывать все три ее компонента (экономический, психологический и социальный) и шире использовать адресный подход к их реализации.

В рамках репродуктивного поведения выделяют также контрацептивное и абортное поведение. По данным социологического исследова-

дования, 86% населения региона, имеющего сексуальные отношения, пользуется контрацептивными средствами. В структуре мотивации использования средств контрацепции первое место устойчиво сохраняет предохранение от нежелательной беременности (в 2008 г. 90% жителей области отметили именно эту причину) (рис. 3.18). Максимальная защита своего здоровья была целью 21% населения, профилактика ИППП стала значимой еще для 32% жителей региона.

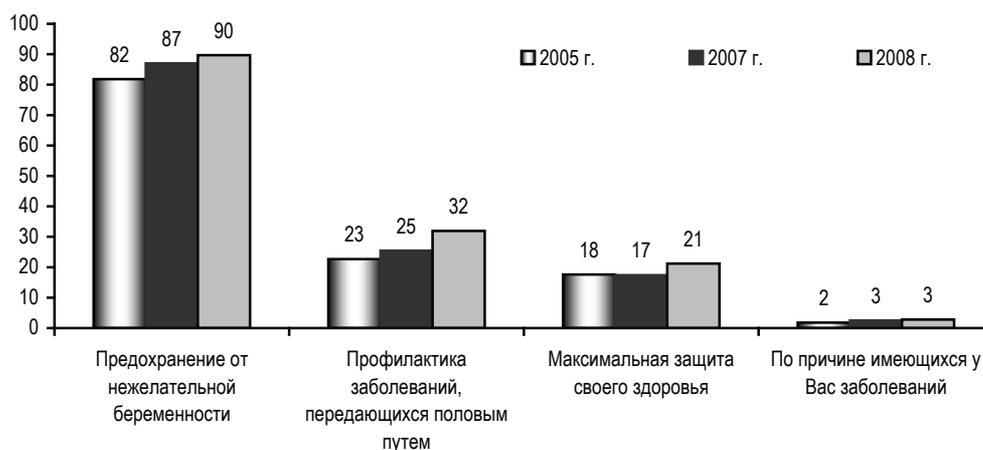


Рис. 3.18. Распределение ответов на вопрос: «С какой целью Вы используете средства контрацепции?» (в % от числа использующих средства контрацепции)

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения.

Среди средств контрацепции устойчивое лидерство сохраняется за презервативами (частота использования – 2,2 балла у женщин и 2,4 балла у мужчин по 4-балльной шкале). Реже прибегают к естественным методам контрацепции, таким как прерванный половой акт и «безопасные дни» (соответственно 1,8 и 1,6 балла в равной степени указаны мужчинами и женщинами). С естественными методами контрацепции сопоставимы по частоте использования гормональные таблетки и внутриматочная спираль (по 1,6 балла).

Несмотря на активное использование средств контрацепции, проблема искусственного прерывания беременности остается актуальной как в России, так и в Вологодской области. Уровень аборт в регионе превышает аналогичный показатель в Российской Федерации и Северо-Западном федеральном округе (рис. 3.19).

Высокие значения показателей abortивного поведения говорят о сохранении роли хирургического прерывания беременности не только как равноценного, но и часто приоритетного способа планирования семьи. Чаще прибегают к столь радикальным мерам женщины в раннем репродуктивном возрасте. Это подтверждают и результаты обследования

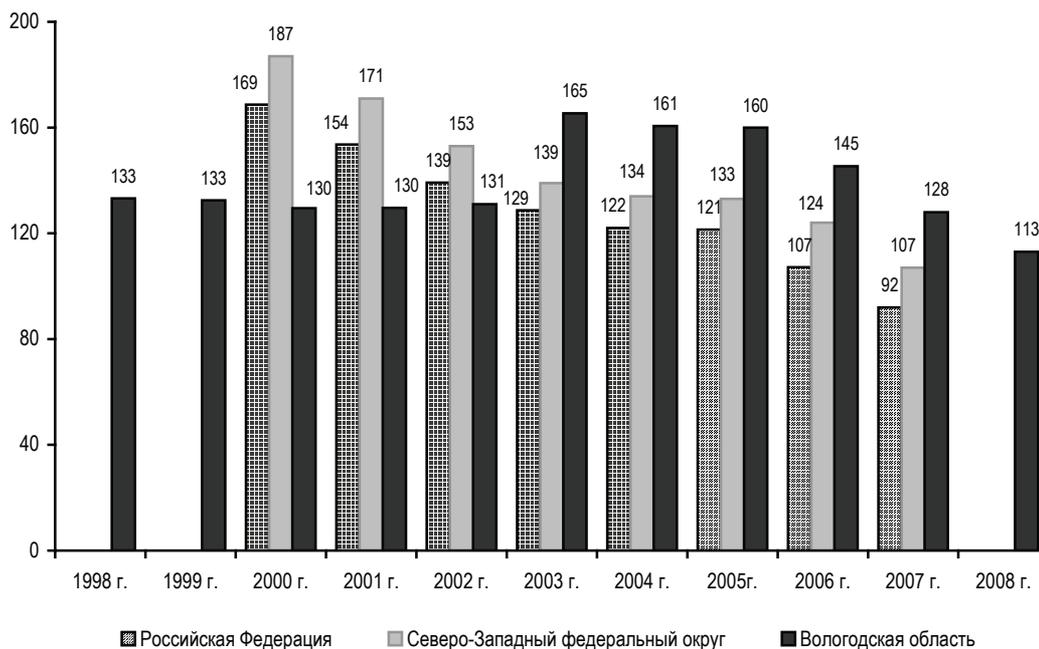


Рис. 3.19. Число абортсв на 100 родов

женщин с разными исходами беременности. Возраст тех из них, кто закончил беременность рождением ребенка, составляет преимущественно 20 – 29 лет (72% опрошенных этой когорты). Возраст же респонденток, прервавших беременность абортсв, значительно младше – от 14 до 24 лет (72% среди опрошенных этой группы). Тренд возрастных коэффициентов рождаемости, судя по результатам исследования, в целом соответствует тенденции статистических данных, что свидетельствует о представительности проведенного исследования.

Одним из факторов, влияющих на состояние репродуктивной функции, является предупреждение нежелательной беременности. Нередко женщина стоит перед непростой дилеммой: родить ребенка или сделать аборт? Особенно сложно она решается девушкой-подростком. Актуален в этой связи вопрос об обстоятельствах, допускающих прерывание беременности абортсв. В целом в регионе искусственное прерывание беременности считает возможным 71% населения. В структуре причин допустимости прерывания беременности абортсв преобладают медицинские факторы: беременность представляет угрозу здоровью или жизни женщины либо здоровью плода (от 41 до 72%). Среди социальных причин лидирует позиция о возможности прерывания беременности, наступившей в результате изнасилования (53%). В то же время следует отметить, что в 2008 г. в сравнении с замером 2005 г. более чем в 2 раза вырос удельный вес жителей, допускающих меди-

цинский аборт при наличии материальных трудностей в семье (с 12 до 30%; табл. 3.17). Это является косвенным свидетельством повышения значимости экономических факторов при определении реального числа детей в семье.

Таблица 3.17. **Распределение ответов на вопрос: «При каких обстоятельствах Вы считаете допустимым искусственное прерывание беременности абортom?»** (в % от числа респондентов, считающих допустимым искусственное прерывание беременности)*

Вариант ответа	Год опроса		
	2005	2007	2008
Беременность представляет угрозу для жизни женщины	51,9	54,2	71,9
Плод имеет порок в развитии	43,3	53,6	68,2
Беременность – результат изнасилования	40,3	44,2	53,4
Беременность может повредить здоровью женщины	21,8	28,7	41,1
Материальные трудности семьи	12,3	22,2	29,9
По настоянию родителей, родственников, молодого человека	4,0	9,9	11,8
Женщина не замужем	7,3	12,0	10,2
Другое	1,6	1,6	1,6

* Сумма ответов по столбцу может превышать 100%, поскольку можно было давать любое число ответов.
 Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения Вологодской области, 2005 г., n=1586; 2007 г., n=1461; 2008 г., n=1536.

Женщины, прервавшие беременность абортom, в отличие от родивших, больше внимания обращают на «материальные трудности семьи» (35% против 9% родивших ребенка) или на то, что «женщина не замужем» (21% против 3%). То есть воздействие жизненных обстоятельств на репродуктивные установки «абортирующих» женщин в большей степени происходит через субъективную оценку материальных условий жизни, семейного благополучия [12, с. 57].

В случае незапланированной беременности 84% жителей области (в опросе участвовали как мужчины, так и женщины) предполагают, что сохранят жизнь будущего ребенка, но 16% опрошенных еще до наступления беременности были уверены в том, что ее прервут.

Значительный научно-практический интерес представляют результаты анализа степени информированности женщин в вопросах репродуктивного здоровья. Большинство женщин во всех возрастных группах заинтересованы в расширении своих знаний о профилактике гинекологических заболеваний (от 60 до 94%). В обследованной когорте женщин, прервавших беременность, каждая третья (среди родивших – каждая шестая) затруднилась ответить на вопрос об удовлетворенности уровнем своих знаний в вопросах использования различных методов предохранения от беременности, что отчасти свидетельствует

о неграмотности респонденток в области планирования семьи и репродуктивного здоровья (табл. 3.18). Что касается «удовлетворенных» своими знаниями, то их доля среди женщин, родивших ребенка, во всех возрастных группах больше, чем среди прервавших беременность абортом. В возрасте до 19 лет каждая четвертая родившая женщина и каждая третья, сделавшая аборт, не удовлетворены своими знаниями в вопросах использования контрацепции; в возрасте от 20 до 24 лет – соответственно каждая вторая и каждая третья; в возрасте от 25 до 29 лет – 40 и 44%; в возрасте от 30 до 34 лет – 33 и 44% соответственно.

Таблица 3.18. Распределение ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы своими знаниями в вопросах использования различных методов предохранения от беременности?» (в % от числа опрошенных)

Возрастная группа	Да		Нет		Затрудняюсь ответить	
	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт
До 19 лет	45,0	30,8	25,0	33,8	30,0	35,3
От 20 до 24 лет	31,5	28,1	49,6	36,0	18,9	36,0
От 25 до 29 лет	48,8	43,8	40,0	43,8	11,3	12,5
От 30 до 34 лет	50,0	25,0	33,3	43,8	16,7	31,3
35 лет и старше	77,8	33,3	22,2	8,3	-	58,3
Всего в исследовании	41,6	31,3	40,9	35,5	17,4	33,2

В целом в исследуемой совокупности каждая четвертая женщина (24%) затруднилась ответить на вопрос об удовлетворенности своими знаниями о контрацепции, остальные распределились поровну – на удовлетворенных (37%) и неудовлетворенных (39%). Подобное положение дел обуславливает необходимость кропотливой работы медицинских и социальных служб по формированию грамотного контрацептивного поведения населения и повышению информированности женщин во всех вопросах охраны репродуктивного здоровья.

Таким образом, проведенное исследование раскрывает сущность репродуктивных установок современных женщин, на формирование которых непосредственное влияние оказывают меняющиеся моральные, социальные и экономические условия жизни.

В сложившихся социально-экономических условиях «абортивное» [12, с. 55] поведение оказалось характерным прежде всего для женщин молодого возраста – от 15 до 24 лет (72%), незамужних (44%), состоящих в гражданском браке или проживающих совместно с мужчиной, но без оформления брачных отношений (29%). Расплатой же за ранние аборты, как известно, является нарастающее бесплодие. Ориентация на искусственное прерывание беременности – опасно устоявшаяся тенденция репродуктивных представлений современных женщин, а низкий

уровень их информированности в вопросах контрацепции еще более усугубляет обстановку. Поэтому требуется целенаправленная работа медико-социальных служб по формированию грамотного репродуктивного поведения населения.

Необходимо формировать должное отношение женщин к своему здоровью как основе полноценной человеческой жизни, психологического комфорта, подготовки к выполнению женских социальных ролей, среди которых важное место принадлежит материнству – материнству не стихийному, случайному, а осознанному, желаемому [155, с. 63].

На современном этапе социальная сущность семьи, семейно-брачные и семейно-бытовые отношения претерпели большие изменения, причем не в лучшую сторону. Поэтому представляется важной еще одна задача – сохранение «структуры» семьи, поскольку семья органически связана с важнейшим элементом развития общества – продолжением рода.

В заключение отметим, что:

1. Результаты социологических исследований, проведенных нами на территории Вологодской области, позволяют определить репродуктивное поведение ее населения как малодетное. О том, что малодетность становится общепринятой нормой, говорит второе место такого фактора, как «семейная традиция иметь мало детей в семье», в рейтинге факторов детности.

2. В среднем по области желаемое число детей в семье составляет 2,01. Однако оно не реализуется полностью: планируемое число детей в регионе – 1,86, а коэффициент рождаемости – 12,4.

3. Репродуктивные установки и планы сельских жителей существенно приблизились к городским стандартам. Желаемое число детей снизилось с 2,22 в 2005 г. до 2,02 в 2008 г. (у горожан – с 2,13 до 2,0 соответственно).

4. На основании данных исследования можно заключить следующее: чем стабильнее и прочнее семейные отношения, тем выше репродуктивные ориентации женщин. Чем менее стабилен социальный статус семьи (зарегистрированный брак > гражданский брак > не замужем), тем ниже репродуктивные установки женщины. Это является подтверждением большой значимости института семьи и его роли в увеличении рождаемости.

5. Исследование показало, что наличие у женщин законченного образования (среднего специального, высшего) является фактором, повышающим желаемое число детей в семье.

6. Материальный аспект (экономическая репродуктивная мотивация) выступает одним из наиболее важных факторов репродуктивного выбора. Его учитывает 95% населения вне зависимости от оценки

собственного материального положения. Почти половина (46%) жителей Вологодской области, ориентированных на малодетность, основным мотивом этого называет собственное нежелание иметь много детей, то есть ведущей является психологическая составляющая репродуктивной мотивации (одного, реже двух детей им достаточно для удовлетворения потребности в детях). Малозначимость величин, характеризующих социальную составляющую репродуктивной мотивации (ее важность отмечают лишь 6,7% жителей), свидетельствует о низкой эффективности задействованных стимулов социальной направленности, призванных повысить общественный престиж семьи и материнства.

Таким образом, подводя предварительные итоги, можно констатировать снижение репродуктивного потенциала региона, что проявляется:

- в низкой рождаемости, ведущей к суженному воспроизводству населения;
- снижении удельного веса женщин репродуктивного возраста и старении населения;
- трансформации модели рождаемости, увеличении среднего возраста женщины при рождении ребенка;
- высоком уровне хирургических прерываний беременностей (абортов), осложнения которых ухудшают репродуктивные возможности женщин;
- в дальнейшем – в увеличении заболеваемости болезнями половой сферы, что ведет к снижению фертильности;
- отсутствию внимания к репродуктивному здоровью мужчин (нет соответствующих врачей, статистического учета заболеваний), что способствует развитию мужского бесплодия и др.;
- значительном удельном весе осложненных беременностей и осложненных родов, что приводит к рождению ослабленных детей, нуждающихся в дополнительном медицинском уходе.

Снижение репродуктивного потенциала требует решительного вмешательства со стороны государства и общества. Дополнительные усилия государства, предпринятые в период 2000 – 2008 гг. для улучшения демографической ситуации, внесли положительный вклад в формирование репродуктивного потенциала: отмечается рост рождаемости, снижение младенческой и материнской смертности, а укрепление материально-технической базы родовспомогательных учреждений позволило увеличить удельный вес родов без осложнений. Однако очевидно и то, что принятые меры были недостаточными и бессистемными, т.к. затронули

только малую часть аспектов репродуктивного потенциала, оставив без внимания формирование ответственного репродуктивного и сексуального поведения, репродуктивное здоровье мужчин и т.д.

Поэтому мы считаем важным усиление работы по укреплению репродуктивного потенциала в следующих направлениях:

1. Дальнейшее развитие служб родовспоможения, охрана здоровья беременных женщин. Обеспечение рождения здоровых детей будет служить основой для укрепления репродуктивного потенциала региона.

2. Расширение первичной профилактики заболеваний эндокринной системы и расстройств менструаций, осложнений беременности и родов, в том числе активизация деятельности терапевтической службы по раннему диагностированию и лечению нарушений обмена веществ и заболеваний щитовидной железы у девушек и женщин.

При организации профилактической деятельности прежде всего медицинских учреждений необходимо расширить работу с молодежью, так как важно сохранить репродуктивное здоровье будущих родителей и учесть трудности районных структур в этой работе.

3. Активизация профилактической работы, направленной на снижение уровня аборт. Важным является расширение информированности населения в сфере планирования семьи и обеспечения доступности современных методов контрацепции; введение обязательного до- и послеабортного консультирования женщины психологом или репродуктологом, что может изменить ее решение о прерывании беременности.

4. Повышение уровня жизни населения и устранение избыточного неравенства доходов не только с целью улучшения материального положения граждан, но и в качестве предпосылки формирования социально-психологической составляющей репродуктивной мотивации, которая чаще всего обозначается людьми как уверенность в завтрашнем дне. Увеличение социальных и материальных гарантий в случае рождения детей, в том числе:

– увеличение пособий по уходу за ребенком до 1,5 года до двух прожиточных минимумов (данный вид пособия имеет особое значение, т.к. в это время семья приобретает сразу двух иждивенцев – мать и ребенка (одновременно с лишением кормильца в лице матери). С 1.07.2008 г. пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет составляет минимум: по уходу за первым ребенком – 1 657,61 руб., за вторым ребенком – 3 315,22 руб., максимум – 6 630,44 руб. Согласно Постановлению Правительства области от 15.04.2008 №703 «Об установлении величины прожиточного минимума на душу населения и

по социально-демографическим группам населения Вологодской области за I квартал 2008 года» прожиточный минимум для трудоспособного населения составлял 4 846 руб., для детей – 4 114 руб.);

– повышение доступности ипотечного кредитования или других форм решения жилищных проблем с привлечением государственного регулирования процентных ставок и широкого внедрения системы частичного погашения кредита с рождением очередных детей.

5. Укрепление института семьи.

6. Психологическая мотивация рождаемости формируется в контексте современных условий жизни общества, что связывает ее с социальной репродуктивной мотивацией. В связи с этим, для повышения репродуктивных установок населения, целесообразно пересмотреть ценностные приоритеты социума, реализовать идеи гражданской сознательности, общественной и государственной значимости деторождения в период депопуляции, сформировать положительный, социально одобряемый образ многодетности. Среди конкретных мероприятий, необходимых для этого, в первую очередь следует предусмотреть:

– активную деятельность средств массовой информации: включение в регулярные (например, новостные) программы сюжетов с просемейной тематикой, популяризирующих образ счастливой семьи с 2-3 детьми, демонстрирующих совместный труд детей и родителей, уход за престарелыми родителями в социально одобряемом контексте; широкое освещение в СМИ мероприятий, проводимых в области для повышения престижности семейного образа жизни и достойного воспитания детей;

– одним из приоритетных направлений воспитательной работы образовательных учреждений сделать семейное (не половое) воспитание.

ГЛАВА 4

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ – ОСНОВА КАЧЕСТВА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

4.1. Состояние и тенденции здоровья детского населения

Здоровье детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях остается актуальнейшей проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества и наряду с другими демографическими показателями является чутким барометром социально-экономического развития страны. На наш взгляд, здоровье детей выступает ключевым звеном в формировании и сохранении репродуктивного потенциала населения. Именно в детстве закладываются основы здоровья и здоровьесберегающего поведения, которые будут переданы следующим поколениям [219, с. 3-5].

Дальнейшее обсуждение проблемы необходимо предварить определением границ детского возраста. Различные научные дисциплины общегуманитарного и социального циклов по-разному определяют понятие «детство» и «дети». Науки медико-биологического цикла (педиатрия, детская психиатрия) изучают детство как период роста человека, определяют детей как человеческие существа, не завершившие своего физического развития и подверженные специфическим детским заболеваниям. Эти науки используют для периодизации детства объективные морфологические признаки (например, смена молочных зубов, завершение полового созревания, формирование скелета и др.).

В юридических науках детство понимается как период жизни человека, который связан с приобретением более полного объема дееспособности по мере достижения определенного возраста.

Экономика оперирует понятиями «население моложе трудоспособного возраста» в отношении еще недееспособного в экономической деятельности населения. Для демографии дети и подростки – элемент

народонаселения, который не участвует в воспроизводстве населения, возрастные рамки определены в 0 – 17 лет. Здравоохранением приняты и используются в медицинской статистике границы детского возраста от 0 до 14 лет.

Изучая здоровье детей, мы имеем в виду, что детский возраст – от рождения до юношества – включает много различных периодов, отличающихся друг от друга. Это разнообразие богатства оттенков эмоциональной жизни, познания, формирования организма делает детство непохожим ни на один возрастной период зрелого человека. До сих пор не сложилось единого мнения о возрастной периодизации детства. Суммируя данные литературы, мы придерживаемся следующих возрастных границ:

- младенчество – от 0 до 1 года;
- раннее детство – от 1 года до 3 лет;
- преддошкольный возраст – от 3 до 7 лет;
- младший школьный возраст – от 7 до 10 лет;
- ранний подростковый возраст – от 10 до 12 лет;
- подростковый возраст – от 12 до 18 лет.

Особенности, свойственные каждому из этих возрастных периодов, во многом обусловлены уровнем моторного, интеллектуального развития и здоровьем детей, что в свою очередь зависит от множества факторов.

Здоровье ребенка в его индивидуальном проявлении характеризуется гармоничным (соответствующим возрасту) физическим, психическим, интеллектуальным развитием и особой зависимостью от воздействия факторов среды. Здоровье детского коллектива и популяции в целом может быть определено показателями государственной медицинской статистики: рождаемостью, смертностью, заболеваемостью, инвалидностью, уровнем физического развития.

Подход к оценке здоровья детей как компонента общественного здоровья, основанный на применении данных государственной статистики, является более распространенным. При этом используются такие показатели, как заболеваемость новорожденных детей, заболеваемость детей 0 – 14 лет и подростков 15 – 17 лет, детская инвалидность. В настоящей монографии представлены оба подхода.

Анализ здоровья детей логично начать с периода новорожденности. Статистические данные показывают, что в России около 40% детей рождаются больными или заболевают в ближайшее время, в Вологодской области заболеваемость детей несколько ниже (около 30%) (рис. 4.1). Обсуждая тренды заболеваемости новорожденных детей, следует отметить, что в период 1998 – 2005 гг. в России был отмечен рост уровня

заболеваемости новорожденных. В Вологодской области такая негативная тенденция наблюдалась в 1998 – 2001 гг., а начиная с 2002 г. число детей, рождающихся больными или болеющих в ближайшее время, стало уменьшаться.

Заметное снижение заболеваемости новорожденных в Вологодской области во многом обусловлено действием областной целевой программы «Здоровый ребенок». Ее финансирование увеличилось с 16 млн. руб. в 2001 г. до 39 – 43 млн. руб. в 2005 – 2007 гг. В рамках программы закупалось современное оборудование, а также было создано отделение экстренной консультативной медицинской помощи [222] круглосуточного действия на базе ГУЗ «Вологодская областная детская больница» для оказания квалифицированной консультативной и экстренной помощи при ведении осложненных беременностей и наблюдении новорожденных детей группы риска в районах области. За 2007 г. на учете в отделении состояло 117 новорожденных, из районных родильных отделений специально оборудованным транспортом вывезено 120 новорожденных для оказания им экстренной помощи на базе областной детской больницы.

В то же время в целом потенциал здоровья детей снижается, о чем свидетельствует рост их общей заболеваемости в 1998 – 2007 гг. на 39% (рис. 4.2). В России за тот же период общая заболеваемость детского населения выросла на 43%, увеличиваясь в среднем на 4% ежегодно.

В структуре детской заболеваемости в целом по Российской Федерации первые места в 2007 г. занимали (в порядке убывания): болезни органов дыхания; травмы, отравления и другие последствия внешних причин; болезни кожи и подкожной клетчатки. Сходная структура забо-

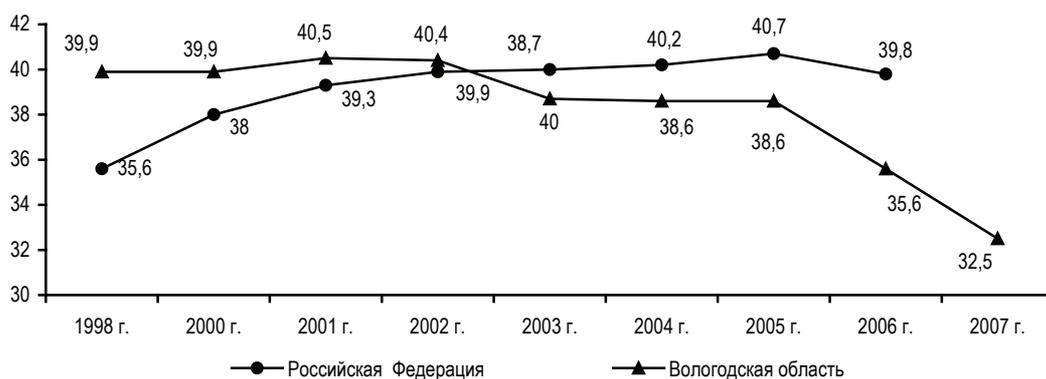


Рис. 4.1. Заболеваемость новорожденных детей
(в % от числа родившихся живыми)

Источники: Российский статистический ежегодник: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 825 с.; Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 121.

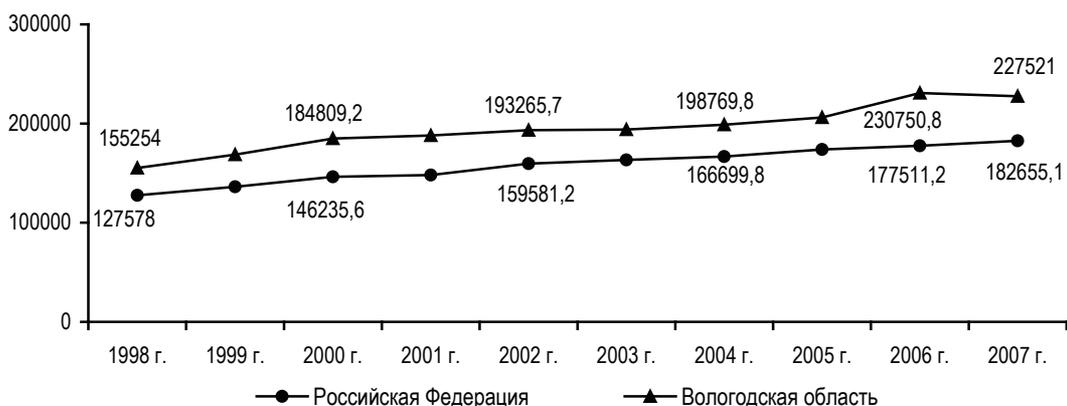


Рис. 4.2. Заболеваемость детей 0 – 14 лет (на 100 тыс. детей)

Источники: Российский статистический ежегодник: стат. сб. – М.: Росстат, 2007. – 825 с.; Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. –121 с.

леваемости отмечается и в Вологодской области, однако третье ранговое место занимают инфекционные и паразитарные заболевания. При этом в России в период с 1998 по 2007 г. отмечалось снижение заболеваемости в этой группе, в то время как в Вологодской области произошел рост на 30% (прил. 6, табл. 1, 2).

Наиболее значительный рост заболеваемости в Российской Федерации в анализируемый период зафиксирован по классу болезней крови и кроветворных органов (в 2 раза) и болезней мочеполовой системы (в 1,6 раза). В целом уровень заболеваемости по многим классам болезней в Вологодской области значительно превышает уровень России (исключение составляют заболевания мочеполовой системы, заболевания органов пищеварения).

Индикатором ухудшения состояния здоровья детей является рост числа детей-инвалидов. В Вологодской области за период с 2000 по 2008 г. детская инвалидность выросла на 21%, в 2008 г. по сравнению с 2007 г. – на 7% (рис. 4.3).

В целом по региону в возрастной структуре детской инвалидности наибольший удельный вес занимают дети в возрасте 10 – 14 лет (31%). Среди заболеваний, приводящих к инвалидности, на первом месте в 2008 г. были психические расстройства (24%), на втором – болезни нервной системы (22%), на третьем – врожденные аномалии (21%).

Анализ распределения детей-инвалидов по нарушениям в состоянии здоровья показал, что наиболее распространенными являются нарушения здоровья, связанные с умственной деятельностью, – 1190 случаев (26%), на втором месте двигательные нарушения – 1090 (24%), на третьем месте висцеральные и метаболические нарушения – 1087 (23%).

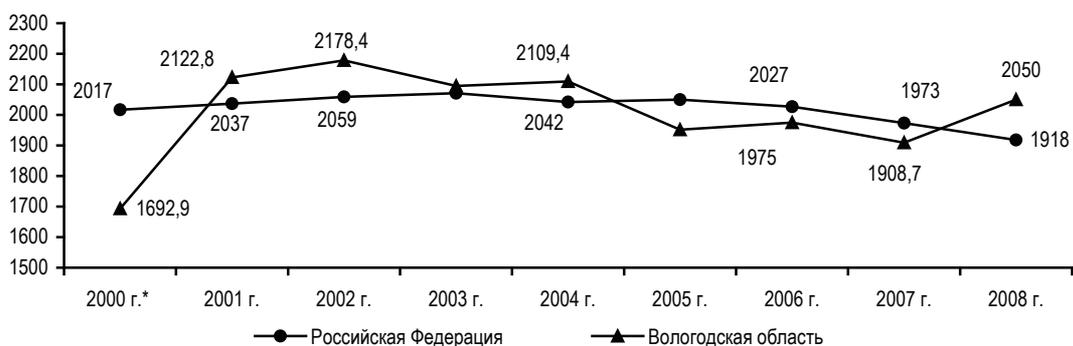


Рис. 4.3. Инвалидность детей в возрасте 0 – 17 лет (на 100 тыс. детей)

* В возрасте 0 – 15 лет.

Источники: Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007. – М.: МЗ и СР РФ, 2008. – 42 с.; Данные оргметодкабинета Вологодской детской областной больницы.

Не менее тревожными представляются характеристики здоровья подростков. В Вологодской области в 2008 г. по отношению к 2000 г. общая заболеваемость подростков увеличилась на 6%, болезненность – на 11%.

В Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Вологодской области структура подростковой заболеваемости повторяет структуру детской заболеваемости. Первые места занимают болезни органов дыхания, травмы и отравления. Далее следуют болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни органов пищеварения и мочеполовой системы.

У подростков в Вологодской области по сравнению с Российской Федерацией и Северо-Западным ФО в 2007 г. выше уровень заболеваемости крови и кроветворных органов, болезней глаза и уха. Заболеваемость органов пищеварения, системы кровообращения ниже федерального уровня (прил. 6, табл. 3).

Здоровье детского населения требует пристального внимания со стороны всех институтов, участвующих в его формировании. Отсутствие этого ведет к росту заболеваемости детей, увеличению числа инвалидов, что, в свою очередь, требует повышения социальных расходов государства и не даст ожидаемого роста трудового, оборонного, репродуктивного потенциала регионов.

Материалы государственной статистики характеризуют состояние и тенденции изменения здоровья детской популяции в целом и позволяют оценить детское здоровье как компонент здоровья общественного. Понять изменения индивидуального здоровья детей помогают специальные исследования. Медико-социологический мониторинг здоровья детей дает возможность увидеть детское здоровье и нездоровье на качественно ином уровне и более подробно обсуждать проблему.

Как мы уже отмечали, в работе использовалась комплексная оценка здоровья детей по группам здоровья, предложенная Институтом гигиены детей и подростков МЗ СССР в 1965 г. Распределение детей по группам здоровья на первом, втором и третьем годах жизни проведено нами на основе комплексного подхода, учитывающего риски различных факторов неблагоприятного исхода для здоровья детей с возрастом [84; 253, с. 52-53]. При этом использована экспертная оценка факторов риска для здоровья детей в биологическом, медицинском и социальном анамнезе, а также случаев «сочетаемости» рисков для каждого ребенка в когорте. Такая оценка предполагает, что группа риска устанавливается экспертом на основании суммы данных в определенные периоды жизни ребенка. При этом особенно важно, чтобы до трехлетнего возраста дети находились в более тяжелой группе здоровья, в которую были отнесены либо при рождении, либо в последующий период [253, с. 52-53]. Применение метода экспертных оценок было вызвано тем, что в силу недостаточной преемственности деятельности женских консультаций, родильных домов, детских поликлиник педиатр не получает всех необходимых сведений о ребенке из группы риска и не всегда способен обеспечить проведение профилактических оздоровительных и лечебных мероприятий. Даже в случае достаточно высокого уровня предоставления медицинских услуг в целом имеет место недоучет факторов риска (особенно биологических и медико-организационных) при осуществлении дифференцированного медицинского обслуживания в первые годы жизни детей.

Современные ученые, исследуя здоровье детей, доказали, что наиболее перспективным является именно риск-подход. Это обусловлено тем, что между состоянием нормы и тяжелым заболеванием лежит довольно широкий спектр переходных состояний и функциональных отклонений, которые могут быть зарегистрированы при организации медицинского наблюдения за здоровьем детей. Специалисты подчеркивают, что концепция риска заболевания должна стать ведущей и в медицинской практике [46; 57 с. 68-70; 253, с. 52-53].

Результаты мониторинга подтверждаются статистическими данными, свидетельствующими об ухудшении здоровья новорожденных. За период с 1995 по 2004 г. произошло сокращение доли новорожденных детей с 1 группой здоровья. Значительное сокращение удельного веса детей с группой здоровья 2А (дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний), предполагающей осложнения в анамнезе ребенка, ведет не к увеличению доли здоровых детей, а к приращению числа детей со 2 группой здоровья, у которых уже

выявлены какие-либо функциональные отклонения. Доля новорожденных, имеющих хронические заболевания, была наиболее значительна среди детей 1998 г.р. (рис. 4.4). Это объясняется тем, что их рождение совпало с периодом кризиса 1998 года в экономике и социальной сфере, в том числе и здравоохранении, что не замедлило сказаться на здоровье детей.

Удельный вес детей со 2 группой здоровья увеличился с 29% в когорте 1995 г.р. до 34% в когорте 2004 г.р. В то же время нельзя не отметить сокращение доли новорожденных детей, имеющих функциональные отклонения, в 2004 г. в сравнении с 2001 г., основная причина чего может заключаться в улучшении социальных условий в период вынашивания плода.

Потенциал здоровья, полученного при рождении, значительно сокращается уже в течение первого года жизни. Уменьшается доля здоровых детей (1 группа здоровья), но еще большее сокращение происходит в группе 2А. То есть у большинства обследуемых, имевших риск возникновения заболеваний в силу неблагоприятного анамнеза, на первом году жизни были выявлены какие-либо болезни. Доля детей с хроническими заболеваниями за данный период в каждой когорте увеличилась почти вдвое.

В возрастном промежутке от 2 до 3 лет здоровье обследуемых ухудшилось (см. рис. 4.4), увеличилась доля детей, отнесенных ко второй группе здоровья, и в особенности детей, имеющих хронические заболевания.

Отдельного внимания заслуживают показатели здоровья четырехлетних детей. С этого возраста, согласно использованной методике [84], не выделяется группа здоровья 2А, а также дети не относятся в обязательном порядке к более тяжелой группе здоровья, в которой наблюдались в период до 4 лет. Поэтому в ряде случаев дети из группы здоровья 2А и 2 к этому возрасту вошли в первую группу здоровья, что вполне закономерно. С одной стороны, данное обстоятельство свидетельствует о том, что здоровье детей к четырехлетнему возрасту стабилизировалось и потенциальный риск неблагоприятного воздействия факторов не проявился. С другой стороны, такие дети требуют повышенного внимания и должны оставаться в поле зрения врача-педиатра на протяжении всего периода взросления.

В возрастном промежутке от 4 до 7 лет также происходит снижение потенциала здоровья детей (рис. 4.5), особенно в году, предшествующем поступлению в школу (в возрасте с 6 до 7 лет число детей с хроническими заболеваниями выросло с 18 до 26% в когорте 1995 г.р.; с 18 до 23% – 1998 г.р.; с 20 до 24% – 2001 г.р.). Это является неблагоприятным

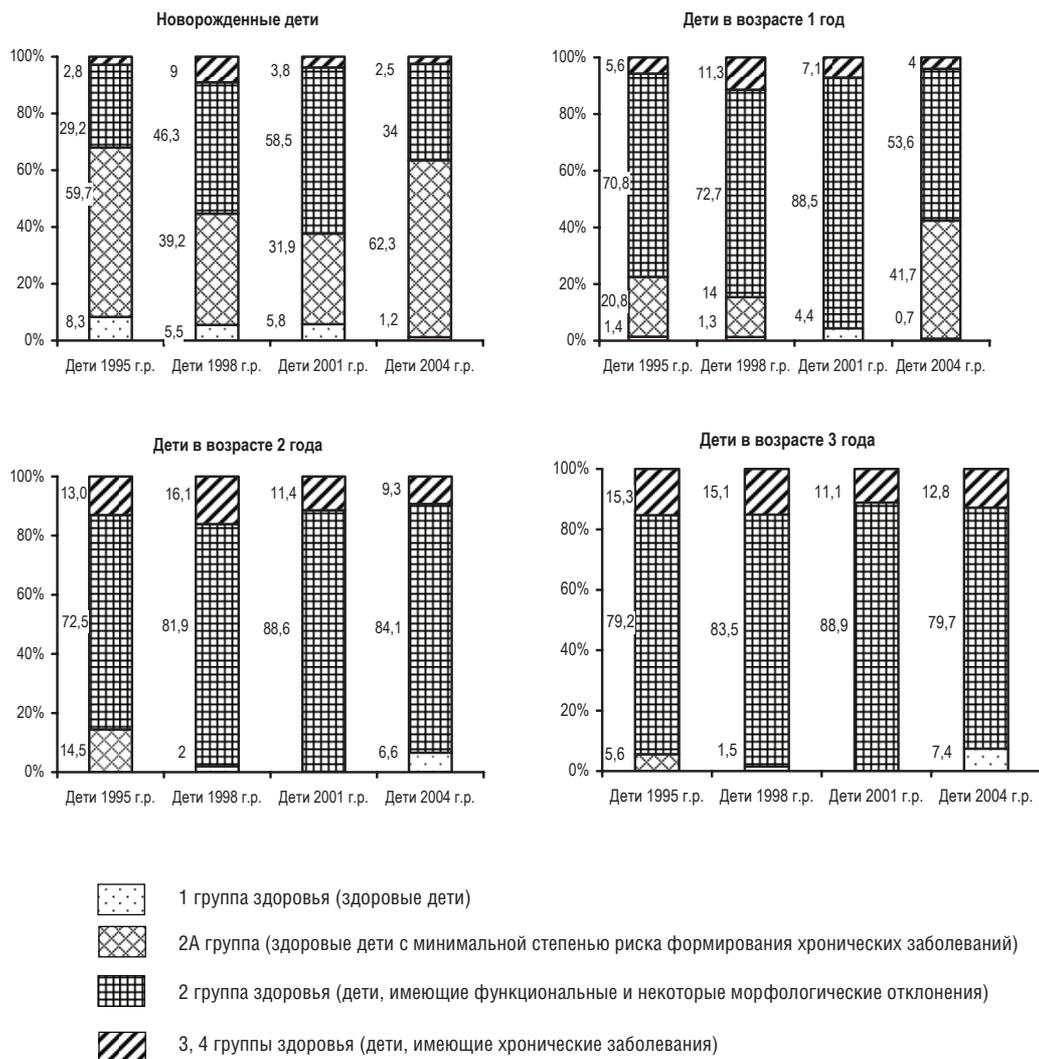


Рис. 4.4. Здоровье детей в возрасте от 1 до 3 лет
(удельный вес детей в группах здоровья, в %)

фактором, так как обучение в школе увеличивает физическую и психо-эмоциональную нагрузки на детский организм. Увеличение нагрузок может привести к дальнейшему ослаблению здоровья, что непременно скажется на успеваемости и адаптации детей к новым социальным условиям. Особенно тревожным на этом фоне выглядит ослабление внимания медицинского персонала к категории детей, входящих во вторую группу здоровья. Имеют место случаи отнесения их к группе здоровых только на основании редкой обращаемости к врачу.

К 10 – 11 годам у детей в силу их физиологических особенностей укрепляется иммунная система, что способствует снижению числа перенесенных простудных и инфекционных болезней. Однако увеличивается

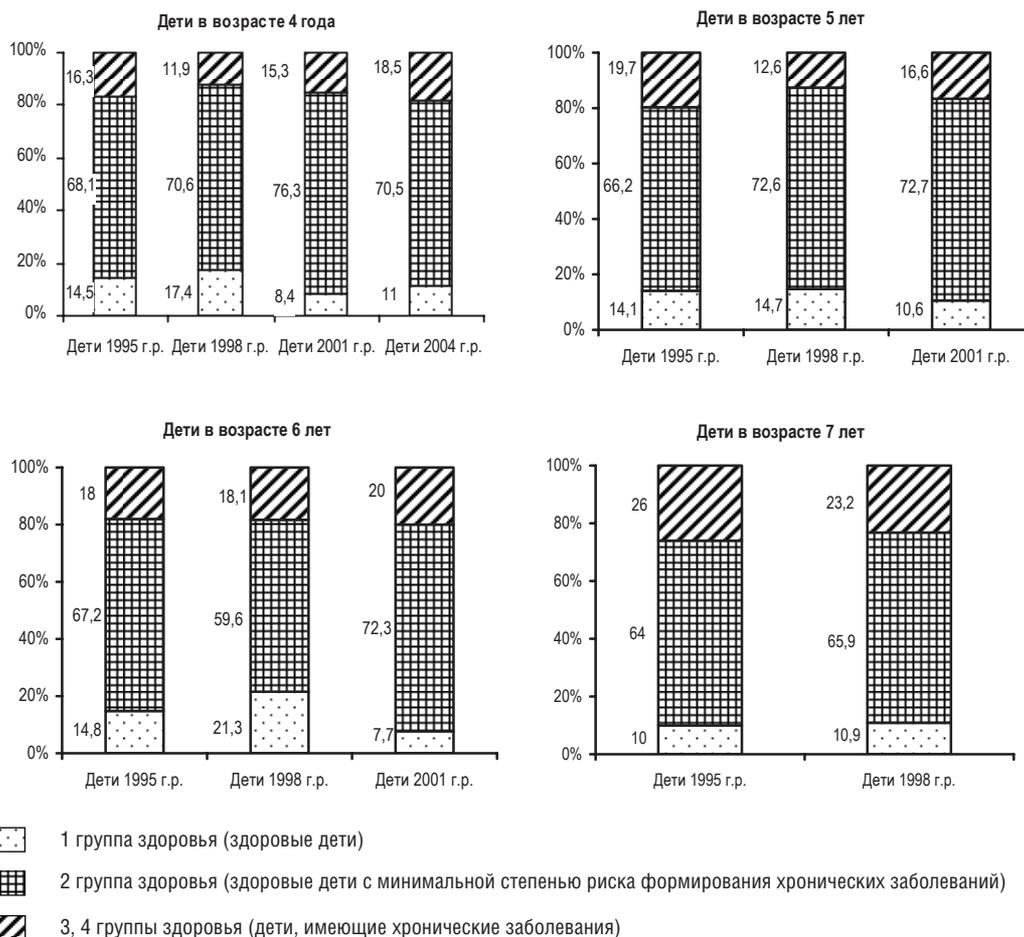


Рис. 4.5. Здоровье детей в возрасте от 4 до 7 лет (удельный вес детей в группах здоровья, в %)

заболеваемость опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, снижается острота зрения, т.е. растет число хронических патологий.

В дальнейшем здоровье детей при некотором колебании сохраняется на установившемся уровне. Изменения удельных весов детей в группах здоровья могут быть обусловлены индивидуальными особенностями наблюдения детей на педиатрических участках, колебаниями медицинской активности семьи (рис. 4.6).

Гендерный анализ здоровья детей свидетельствует о том, что оно лучше у девочек, чем у мальчиков. В каждой из обследуемых когорт удельный вес имеющих 1 группу здоровья больше среди девочек, чем среди мальчиков, в течение всего наблюдаемого периода. В то же время доля мальчиков, имеющих хронические заболевания, выше соответствующей доли среди девочек.

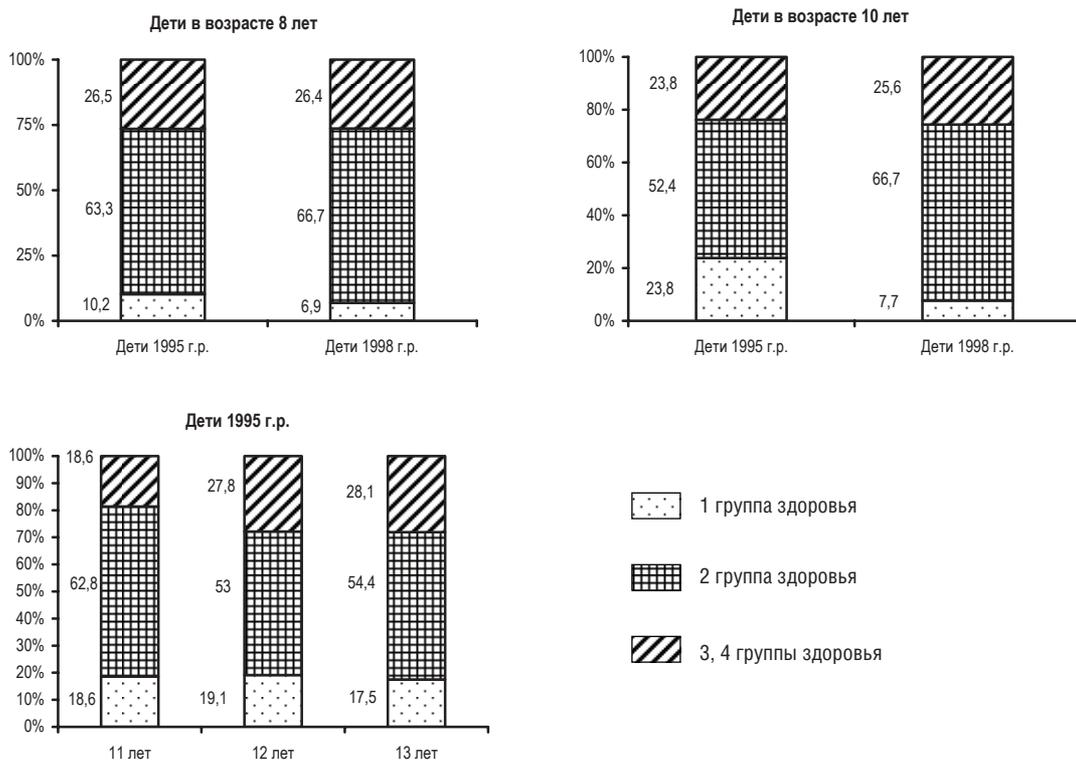


Рис. 4.6. Здоровье детей в возрасте от 8 до 13 лет (удельный вес детей в группах здоровья, в %)

Анализ показал значительные территориальные различия в здоровье детей. По статистическим данным, наиболее высокие показатели заболеваемости детей 0 – 14 лет в Вологодской области в 2007 году зарегистрированы в городах Череповце и Вологде, Сокольском и Междуреченском районах (прил. 6, рисунок). Наибольший прирост заболеваемости за период с 2000 по 2007 г. зарегистрирован г. Череповце, в Белозерском, Усть-Кубинском, Междуреченском и Великоустюгском районах. Мониторинговые данные подтверждаются статистическими. Судя по оценкам врачей, состояние здоровья детей в Череповце и Вологде хуже, чем в районах (рис. 4.7, на примере 2008 г.). Удельный вес детей с хроническими заболеваниями в городах в 2 – 4 раза больше, чем в районах.

Важной характеристикой здоровья детей является кратность заболеваний (т.е. число острых заболеваний, перенесенных за анализируемый период). В зависимости от частоты заболеваний за год выделяют ни разу не болевших детей, болевших эпизодически (до 3 раз в год), часто болевших (4 – 5 раз), очень часто болевших (6 и более раз).

Гендерный анализ кратности заболеваний детей, участвующих в обследовании, показал, что в раннем детстве девочки более устойчивы

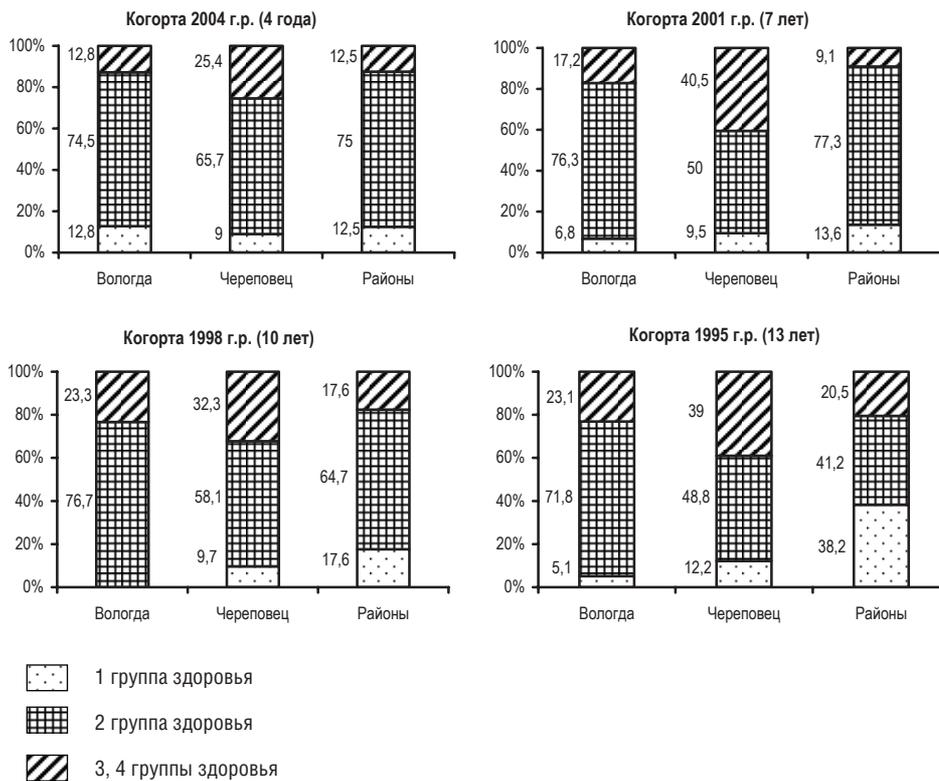


Рис. 4.7. **Здоровье детей, территориальный аспект**
(2008 г., удельный вес детей в группах здоровья, в %)

к заболеваниям в сравнении с мальчиками, однако в возрасте старше 5 лет кратность заболеваний девочек становится больше, чем у мальчиков, и это соотношение сохраняется до 14 лет (самая старшая когорта).

Частые острые заболевания снижают иммунитет и повышают риск развития хронических патологий, что подтверждается результатами исследования. Из данных *таблицы 4.1* видно, что среди детей, которые не болели в течение года, 68% имеют первую группу здоровья. Всего треть детей (32%), болевших эпизодически, как показывают оценки педиатров, абсолютно здоровы, а среди часто болевших нет детей с первой группой здоровья.

Таблица 4.1. **Зависимость здоровья детей от кратности заболеваний, 2008 г.**
(когорта 1995 г., в % от числа опрошенных)

Кратность заболеваний	1 группа здоровья	2 группа здоровья	3 группа здоровья
Не болел	68,4	30,6	29,0
Эпизодически болел	31,6	64,5	61,3
Часто болел	0,0	3,2	9,7

На основе сведений о кратности заболеваний обследуемых детей мы имели возможность построить индекс здоровья в различных возрастах. Традиционно данный показатель вычисляется по формуле [180; 253, с. 52-63]:

$$\text{Индекс здоровья} = \frac{\text{Число ни разу не болевших детей за определенный временной интервал}}{\text{Число обследуемых детей в когорте}} \times 100.$$

Проведенный анализ показал, что индекс здоровья выше у детей в первый год жизни, далее он снижается и нарастает к 10 – 14 годам (табл. 4.2). Вместе с тем обращает на себя внимание то, что в когорте 1995 г. дети имеют более крепкое здоровье, чем в последующих. Наиболее низкие значения индекса отмечены в когортах 1998 и 2001 гг.

Таблица 4.2. Изменение индекса здоровья детей

Возраст детей	Величина индекса здоровья			
	Когорта 1995 г.	Когорта 1998 г.	Когорта 2001 г.	Когорта 2004 г.
1 год	34,9	20,7	10,7	18,7
2 года	15,2	4,9	4,7	11,3
3 года	14,3	6,3	7,7	4,8
4 года	14,5	13,1	9,8	8,9
5 лет	12,9	12,9	15,4	16,9
6 лет	19,3	21,5	16,2	–
7 лет	18,0	16,0	18,7	–
8 лет	26,5	29,9	24,3	–
9 лет	26,8	21,5	–	–
10 лет	20,0	29,9	–	–
11 лет	33,9	32,9	–	–
12 лет	38,4	–	–	–
13 лет	36,9	–	–	–
14 лет	35,8	–	–	–

Анализ кратности заболеваний в территориальном разрезе показал, что дети всех обследуемых когорт в городах Череповце и Вологде болеют чаще, чем в районных городах и поселках (рис. 4.8; на примере замера 2008 г.). Однако низкие показатели частоты заболеваний и меньший удельный вес детей с хроническими заболеваниями могут быть обусловлены не только лучшим здоровьем детей в районных городах и поселках, но и низкой медицинской активностью их семей, а также меньшей выявляемостью заболеваний, более низким качеством работы районных служб здравоохранения.

В сельской местности имеет место неполная укомплектованность медицинских учреждений педиатрическими кадрами (прил. 6, табл. 4).

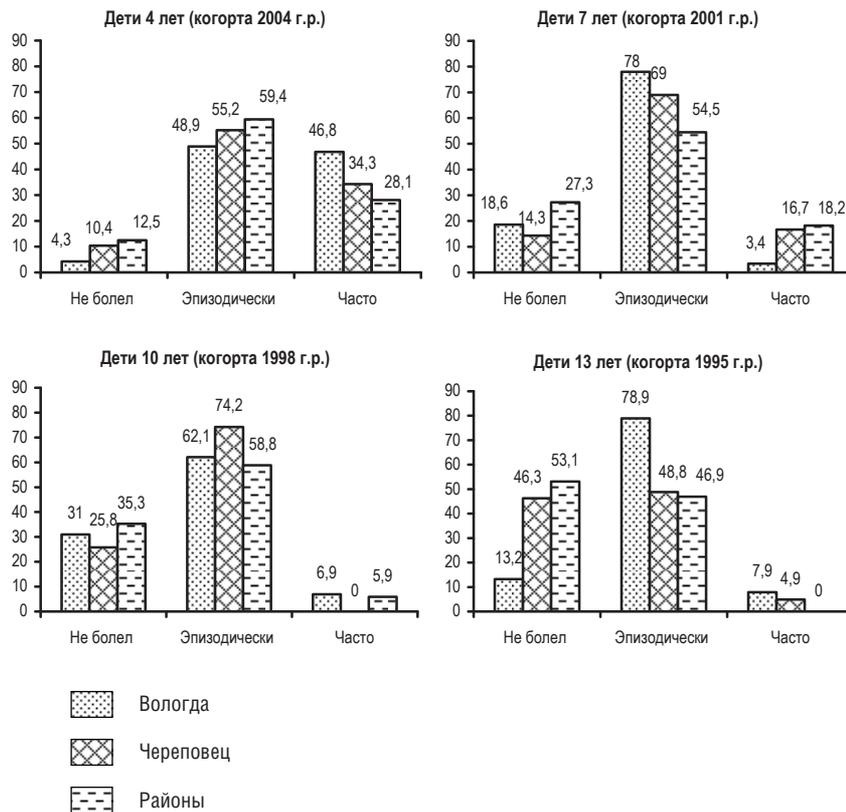


Рис. 4.8. Кратность заболеваний детей, территориальный срез (в % от числа опрошенных)

Наиболее остра эта проблема в Никольском, Бабушкинском, Сямженском районах. Это приводит к более низкому качеству медицинских осмотров, поскольку отсутствие необходимых врачей-специалистов влечет за собой позднюю и неполную выявляемость у детей хронических заболеваний.

Данные мониторинга позволяют дать оценочную характеристику доступности медицинских услуг. Так, семьи отмечают, что в районах по сравнению с городами меньше возможность провести своевременное лабораторно-диагностическое исследование, ниже доступность квалифицированной помощи педиатра, врачей-специалистов (рис. 4.9).

Более того, в период с 1998 по 2008 г. снизилась доступность лабораторно-диагностического обследования (с 7,2 до 6,6 балла по 10-балльной шкале), консультаций специалистов (с 7,3 до 5,6 балла), своевременной квалифицированной помощи врачей-специалистов (с 6,2 до 5,3 балла; прил. 6, табл. 5).

Одним из показателей уровня здоровья является физическое развитие. Оно отражает процессы роста и развития организма на отдельных

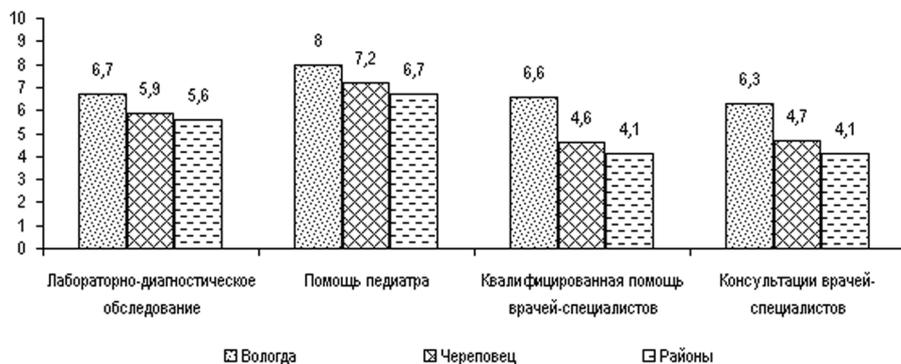


Рис. 4.9. Оценка доступности медицинских услуг, 2008 год
(средний балл по 10-балльной шкале, когорта 1995 г.)

этапах онтогенеза (индивидуального развития). В анкетном исследовании врачам было предложено дать комплексную оценку физического развития детей по следующим признакам:

- нормальное, соответствующее возрасту;
- дефицит массы тела 1 степени;
- дефицит массы тела 2 степени;
- избыток массы тела 1 степени;
- избыток массы тела 2 степени.

В период дошкольного детства наибольшая доля детей с нормальным физическим развитием отмечается в возрасте 5 лет (86%, когорты детей 1995 и 2004 г.р.). В период школьного обучения становится больше детей с дефицитом и избытком массы тела, но со временем эта дифференциация в физическом развитии сглаживается. Так, в возрастном промежутке от 9 до 14 лет доля детей с нормальным физическим развитием увеличилась с 63 до 80%, доля детей с дефицитом массы тела сократилась с 14 до 9% и избытком массы тела – с 9 до 7%. Здоровье и физическое развитие детей взаимосвязаны и обуславливают друг друга. Все дети, которых педиатры относят к первой группе здоровья, имеют нормальное, соответствующее возрасту физическое развитие. Какие-либо нарушения в физическом развитии имеют чаще всего дети 1, 3 и 4 групп здоровья (рис. 4.10).

Территориальный анализ свидетельствует о том, что большая доля детей с нормальным физическим развитием проживает в г. Вологде. В г. Череповце чаще встречаются дети с избытком массы тела, особенно среди 8-летних. Кроме того, дети, проживающие в г. Череповце, отличаются от своих сверстников в г. Вологде и районах более высоким ростом (в среднем на 3 см) и большим весом (в среднем на 1,7 кг).

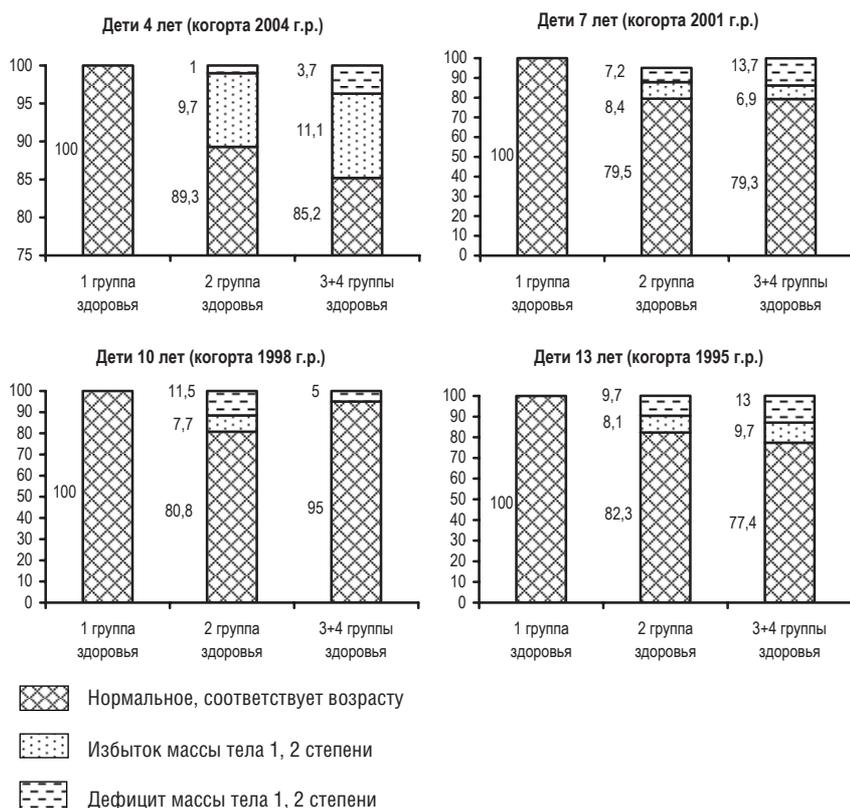


Рис. 4.10. Зависимость физического развития ребенка от группы здоровья (2008 г.; в % от числа опрошенных)

Гендерный анализ физического развития показывает, что девочки реже имеют отклонения от нормы. В возрасте 11 – 14 лет девочкам также более свойствен дефицит массы тела, в отличие от мальчиков, у которых среди отклонений превалирует избыток веса (рис. 4.11).

Обобщая данные о здоровье детей, отметим, что здоровье новорожденных детей в период с 1995 по 2004 г. ухудшалось как в РФ, так и в Вологодской области. Значительное снижение их заболеваемости в Вологодской области отмечается в 2005 – 2008 гг., что связано с осуществлением национального проекта «Здоровье» и целевых региональных программ.

Снижение потенциала здоровья происходит уже в течение первого года жизни: во всех наблюдаемых когортах удваивается доля детей с выявленными хроническими заболеваниями, при снижении удельного веса здоровых детей, и особенно с группой здоровья 2А (имеющих минимальный риск снижения здоровья).

В возрастном промежутке от 4 до 7 лет значительно снижается потенциал здоровья детей, прежде всего в году, предшествующем поступле-

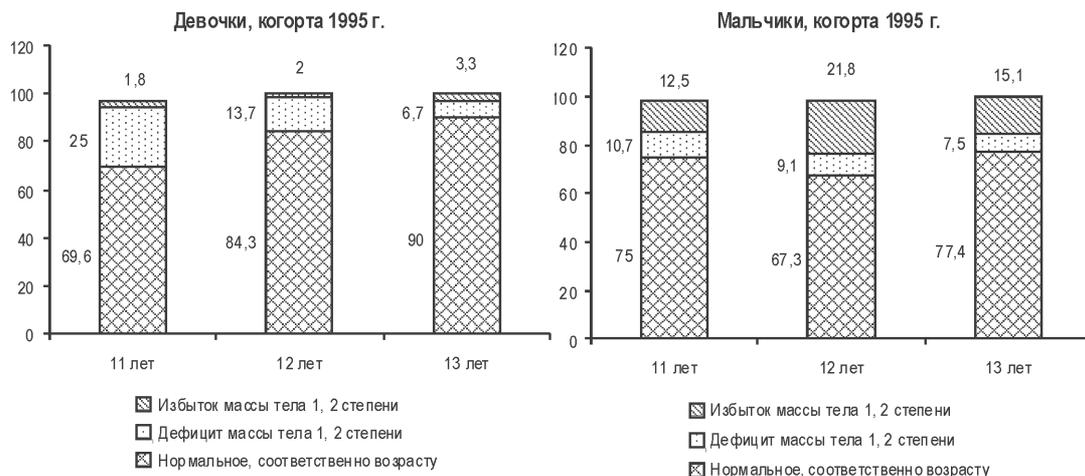


Рис. 4.11. Комплексная оценка физического развития детей; гендерный срез (в % от числа опрошенных)

нию в школу (с 6 до 7 лет). Это плохо еще и потому, что обучение в школе увеличивает физическую и психоэмоциональную нагрузку на детский организм. Увеличение нагрузок может привести к дальнейшему ослаблению здоровья, что непременно скажется на успеваемости и адаптации детей к новым социальным условиям. Особенно тревожным на этом фоне выглядит ослабление внимания медицинского персонала к категории детей, имеющих вторую группу здоровья. Часты случаи отнесения их к группе здоровых только на основании редкой обращаемости.

К 11 годам, в силу физиологических особенностей, у детей укрепляется иммунная система, сокращается число детей, часто болеющих простудными заболеваниями. Однако увеличивается заболеваемость опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, снижается острота зрения, т.е. растет число хронических патологий.

В районах доля детей с хроническими заболеваниями несколько ниже, чем в городах Вологде и Череповце. Одной из причин этого, на наш взгляд, является более низкая доступность и уровень предоставляемых на селе медицинских услуг и, как следствие, слабая выявляемость хронических заболеваний.

Оправданное и необходимое усиление внимания медицинских работников к здоровью детей раннего и дошкольного возраста соседствует с ослаблением внимания к здоровью школьников. Вопросам снижения младенческой смертности, улучшению здоровья новорожденных придается большое значение на государственном и региональном уровнях, увеличивается финансирование деятельности соответствующих служб. Однако для сохранения здоровья детей недостаточно уделять внимание

только периоду новорожденности. Заботы требует весь период детства, ведь на всем его протяжении растет и формируется детский организм. При отсутствии должного внимания к здоровью подрастающих детей регистрируется рост заболеваемости детских контингентов, увеличение числа инвалидов, что, в свою очередь, ведет к увеличению социальных расходов государства и не даст ожидаемого роста трудового, оборонного, репродуктивного потенциала региона и страны в целом.

Все это диктует необходимость самого серьезного отношения к проблеме сохранения и укрепления здоровья детей и подростков, что является основой формирования репродуктивного, трудового и в целом человеческого капитала государства.

4.2. Факторы, определяющие здоровье детей в младенчестве и раннем детстве

Здоровье детей зависит от комплекса различных по своему характеру, направленности и силе факторов, которые взаимодействуют друг с другом, меняются во времени. Одни из них оказывают благотворное влияние на здоровье ребенка, другие способствуют возникновению заболеваний.

Данные мониторинга здоровья и развития детей, проведенного нами, позволяют оценить воздействие различных факторов исходя из социологической информации, полученной в режиме реального времени. Вопросы в анкете, нацеленные на выявление влияния факторов риска для здоровья ребенка, составлены экспертным путем на основе опыта отечественных и зарубежных исследований.

Среди множества социально-экономических факторов, оказывающих влияние на здоровье детей, были выбраны следующие группы. Социально-демографические факторы: пол, возраст ребенка, состав семьи, возраст родителей, социальная принадлежность; производственная деятельность родителей ребенка – образование, профессия, должность, условия и характер труда в период перед рождением ребенка, величина душевого дохода, оценочные характеристики доходов семьи; жилищные условия – величина жилой площади, качественные характеристики жилья и имущества, оценка экологических условий, условия и качество питания матери во время беременности и ребенка; вредные привычки – употребление алкогольных напитков, курение.

Медицинские факторы: характеристика здоровья родителей (самими респондентами) – наличие противопоказаний к рождению ребенка, наличие хронических заболеваний у родителей, планирование рождения ребенка, самочувствие во время беременности; характеристика

протекания беременности и родов (медицинскими работниками, согласно документации) – наличие отклонений в здоровье женщины во время беременности, медицинская активность беременной, продолжительность и характер родов, наличие дополнительных родовспомогательных мероприятий; характеристика здоровья новорожденного ребенка (оценка неонатолога) – вес, рост, «апгар-тест», выявленные заболевания, группа здоровья.

В исследовании применялась качественная и ранжированная оценка факторов, оказывающих влияние на формирование здоровья детей. Например, оценивая жилищные условия, респонденты указывали наличие коммунальных удобств, неудовлетворительные характеристики жилищных условий (слишком влажное, холодное и тому подобное), а также давали ранжированную оценку жилья в баллах по 4-балльной шкале: 1 – отличные и хорошие, 2 – удовлетворительные, 3 – плохие, 4 – очень плохие. По такому же принципу родители оценивали и здоровье детей.

Измерение влияния отдельных факторов на формирование здоровья детей – это достаточно сложный и неоднозначный процесс. Всего сложнее выделить нужный фактор из множества других, также формирующих здоровье ребенка. В исследовании использовался прием, основанный на «методе различия», предполагающем, что если параметры уровня и образа жизни группы семей отличаются степенью выраженности того или иного фактора, то различия в здоровье воспитывающихся там детей могут быть объяснены действием этого фактора [102, с. 236].

Определенную сложность представляет и временной лаг проявления влияния разных факторов на здоровье детей. Например, влияние отклонений в протекании беременности сказывается сразу после рождения ребенка, в то время как воздействие неблагоприятных экологических условий (например, плохое качество питьевой воды) проявляется через несколько лет. Данная проблема в некоторой степени разрешима при проведении мониторинга когорт, в течение ряда лет.

Чтобы систематизировать информацию в ходе анализа, наблюдаемые факторы были условно разбиты на группы: медико-биологические; уровень жизни обследуемых семей; условия и образ жизни обследуемых семей; медицинская активность семей. Влияние каждого фактора на здоровье детей рассматривалось в пределах сформированных групп. Учитывалось также неодинаковое воздействие факторов на здоровье детей в различных возрастных интервалах.

Для измерения тесноты связи могут быть использованы различные методы. Классическим методом определения корреляционной зависимости является расчет коэффициента Пирсона, но для применения

данного показателя необходимо, чтобы сравниваемые признаки имели численное выражение. Такое условие не всегда соблюдается при сопоставлении характеристик здоровья с влияющим фактором. Поэтому для определения меры тесноты парной связи между здоровьем детей и воздействующими на него факторами был использован коэффициент корреляции рангов Спирмена (R_s). Ранги – это порядковые номера единиц совокупности в ранжированном ряду. Преимущество этого метода состоит в том, что возможно ранжирование по признакам, которые нельзя выразить численно. Измерение тесноты парной связи признаков позволяет вычислять и коэффициент Фехнера, но, в отличие от использованного нами коэффициента корреляции рангов Спирмена, данный показатель не учитывает размеров отклонений признаков от их средних величин и значительно занижает меру тесноты связи [97, с. 48-53].

В настоящем исследовании на основании информации, полученной от родителей, врачей роддомов и детских поликлиник, проведена экспертная оценка здоровья детей, по результатам которой обследуемые дети были разделены на 2 группы:

R1 – «группа с наименьшим риском ухудшения здоровья» – здоровые дети с минимальной степенью риска развития заболеваний, в том числе дети, имеющие неблагоприятные факторы в биологическом, генеалогическом или социальном анамнезе (в нее входят дети группы здоровья 1 и 2А);

R2 – «группа высокого риска» – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, а также хронические заболевания или тяжелую врожденную патологию развития (в нее входят дети группы здоровья 2Б, 3, 4) [253, с. 49-58].

Дети, отнесенные к группе высокого риска, нуждаются в более пристальном внимании педиатров. Именно в этой группе необходимо своевременно и в полном объеме проведение оздоровительных мероприятий, которые препятствовали бы формированию и развитию у них хронических заболеваний. Лечебно-оздоровительные мероприятия для детей, перенесших тяжелые заболевания или имеющих морфофункциональные отклонения, должны назначать не только педиатры, но и врачи-специалисты.

В данном параграфе рассмотрены факторы, оказывающие наиболее значительное влияние на здоровье детей в раннем детстве (от рождения до трех лет).

Медико-биологические факторы. В этой группе наиболее тесные взаимосвязи выявлены между здоровьем детей и следующими факторами:

– низким показателем гемоглобина у женщин в конце беременности ($R_s = 0,712$ на момент рождения; $R_s = 0,830$ к 1 году);

– здоровьем родителей ($R_s = 0,645$ на момент рождения; $R_s = 0,832$ к 1 году; $R_s = 0,532$ к 2 годам);

– характером протекания родов ($R_s = 0,513$ на момент рождения; $R_s = 0,147$ к 1 году).

Отклонения в состоянии здоровья женщины во время беременности неблагоприятно отражаются на здоровье младенца. Особенно велико влияние этого фактора в период раннего детства (до трех лет). Наиболее жесткая корреляция выявлена между низкими показателями гемоглобина матери в конце беременности и здоровьем ребенка. Наличие анемии во время вынашивания плода приводит к рождению болезненных детей с ослабленным иммунитетом.

В Вологодской области среди заболеваний, предшествующих беременности или возникших во время ее, в 1995 – 2007 гг. основную долю составляли анемии – 35% (и в исследовании – 35%). Значительна доля болезней мочеполовой системы – 19% (в исследовании – 10%) и токсикозов – 13%, а также болезней системы кровообращения – 8% (рис. 4.12).

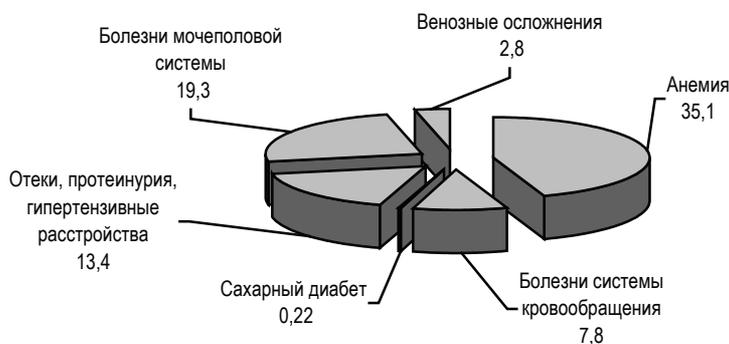


Рис. 4.12. **Заболевания беременных в Вологодской области**
(в % от числа закончивших беременность, 2007 г.)

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007.

Учитывая широкую распространенность анемии среди беременных женщин в регионе и ее значительное влияние на здоровье новорожденных детей, этот фактор можно считать наиболее важным, требующим неотложных мер по его минимизации.

Исследования института питания РАМН в различных регионах России свидетельствуют о нехватке витаминов и фолиевой кислоты у беременных и кормящих женщин, что ведет к рождению ослабленных детей с врожденными пороками развития [251, с. 72].

Такие болезни матери, как анемия, вегето-сосудистая дистония, гипотония, влекут за собой недостаточные обеспеченность питательными веществами и поступление кислорода к плоду. Различные инфекции

матери вызывают ослабление иммунитета ребенка, вследствие чего увеличивается его болезненность, ухудшается здоровье (табл. 4.3). Простудные заболевания, гипертоническая болезнь, болезни органов пищеварения, инфекции мочеполовых путей и связанные с ними дисфункции в организме женщины в период протекания беременности также неблагоприятно отражаются на здоровье ребенка. Результаты мониторинга показывают, что ослабленное при рождении здоровье детей пролонгируется на весь период раннего детства. У женщин, страдавших анемией во время беременности (в когорте 2001 г.), всего 29% детей родились здоровыми, за первый год жизни удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%, в 2 года – до 7%, в 3 года составил чуть больше 1%.

Таблица 4.3. Влияние болезненных состояний беременных женщин на здоровье ребенка (в % от числа опрошенных)

Болезненные состояния будущей матери	Новорожденные		1 год		2 года		3 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
	Когорта 1995 г.							
Анемия	58,3	41,7	25,0	75,0	66,7	33,3	0,0	100
Инфекция мочеполовых путей	66,7	33,3	0,0	100	0,0	100	0,0	100
Гинекологические заболевания	80,0	20,0	0,0	100	0,0	100	0,0	100
	Когорта 2004 г.							
Анемия	2,7	97,3	55,7	44,3	6,8	93,2	9,3	90,7
Инфекция мочеполовых путей	5,0	95,0	65,0	35,0	4,3	95,7	0,0	100
Гинекологические заболевания	2,2	97,8	57,1	42,9	6,1	93,9	4,0	96,0
Вегето-сосудистая дистония	9,1	90,9	33,3	66,7	0,0	100	0,0	100
Гипертония	0,0	100	0,0	100	0,0	100	0,0	100

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Полученные нами данные подтверждаются и материалами Министерства труда и социальной защиты РФ: среди 5-6-летних детей, матери которых имели отклонения в течении беременности и родов, 25% часто болели, 37 – 44% состояли на учете у врачей-специалистов [197, с. 16].

Нами выявлена устойчивая корреляция между здоровьем матери и здоровьем ребенка в раннем детстве. Так, матери здоровых детей имеют хорошее и отличное здоровье в 65% случаев, а у больных детей процент матерей, имеющих хорошее здоровье, на 14 пунктов меньше. В то же время удовлетворительное здоровье значительно чаще имеет мать больного ребенка (42,9%), чем здорового (35%). В когорте 1995 г. у матерей с удовлетворительным здоровьем все дети к пяти годам относились ко 2 и 3 группам здоровья, то есть имели хроническую патологию либо

высокий риск ее развития (табл. 4.4). Анализ данных других выбранных когорт подтвердил взаимосвязь здоровья родителей и детей. У матерей с удовлетворительным здоровьем 11% детей к двум годам имели хронические заболевания, а к трем годам 98% детей относились ко 2 и 3 группам здоровья, т.е. имели хроническую патологию либо высокий риск ее развития.

Таблица 4.4. **Зависимость здоровья ребенка от здоровья матери**
(в % от числа опрошенных, когорты 1995 г.)

Оценка здоровья матери	Здоровье ребенка по возрастам													
	новорожд.		1 год		2 года		3 года		4 года		5 лет		6 лет	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Отличное	75,0	25,0	25,0	75,0	25,0	75,0	25,0	75,0	25,0	75,0	25,0	75,0	50,0	50,0
Хорошее	63,0	37,0	21,7	78,3	13,3	86,7	4,3	95,7	21,1	78,9	17,4	82,6	18,2	81,8
Удовлет.	76,2	23,8	19,0	81,1	15,0	85,0	4,8	95,2	0,0	100	0,0	100	5,9	94,1

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Полученные результаты позволяют сделать некоторые предположения. Во-первых, родители имеют очень приблизительное знание о своем собственном здоровье. Во-вторых, очевидно, на здоровье ребенка в большей степени оказывают влияние не здоровье родителей, а их болезни. Новорожденный ребенок, по результатам обследования, более часто получает от родителей именно их болезни. В-третьих, на здоровье ребенка влияет наличие у родителей хронических болезней. Так, если матери имеют хронические болезни, то 43% детей больны, а здоровы – лишь 30%, т.е. у хронически больных матерей дети заболевают почти в 1,5 раза чаще. Если же матери не имеют хронических болезней, то здоровы 70% детей, а больны – 57%. Наличие хронических болезней у отцов не столь однозначно сказывается на здоровье детей: так, все 100% больных детей имели отцов без какого-либо хронического заболевания. Если же говорить о здоровых детях, то 15% из них имели отцов с каким-либо хроническим заболеванием, а 85% – без заболеваний. Таким образом, явная, однозначная связь между здоровьем новорожденных детей и наличием у отцов хронических заболеваний в нашем обследовании не просматривается. Можно предположить и такой вариант: здоровье родителей, в частности отца, в современных условиях – не основной фактор, определяющий здоровье ребенка. В-четвертых, на здоровье ребенка оказывает влияние наличие медицинских противопоказаний при рождении ребенка. В обследовании 1995 г. матери у 7% больных и у 49% здоровых детей указали, что не имели таковых. Лишь 3%

не знали, имели они их или нет. Однако более интересен другой факт: 43% матерей больных и 49% здоровых детей вообще не дали ответа на этот вопрос. Можно предположить, что, собираясь рожать ребенка, они не задумывались о том, могут ли они это делать и как это скажется на здоровье будущего малыша. Решение о рождении ребенка они принимали самостоятельно, без совета с медицинскими работниками и проведения соответствующих обследований [254, с. 42-46].

В связи с выявленными зависимостями следует отметить, что в стране в целом и в регионе в частности фиксируется высокий уровень заболеваемости взрослого населения (только около 200 человек из тысячи ни разу не обращаются по поводу каких-либо болезней в течение года к врачу) и подростков – потенциальных и будущих родителей. Мониторинг здоровья населения Вологодской области показывает, что в 2009 г. 14% жителей региона оценили свое здоровье как «плохое», а доля «удовлетворительных» оценок составила 56%. Нарастающая подростковая наркомания, пивной алкоголизм также способствуют ухудшению здоровья потенциальных родителей. Широкое распространение фактора в популяции повышает его значимость.

Еще одним важным фактором, определяющим здоровье новорожденных детей, выступает характер протекания родов. Его влияние не столь значительно и проявляется более ярко в период от рождения до 1 года. Судя по данным исследования, при наличии оперативного вмешательства доля новорожденных детей с функциональными отклонениями в 1,5 раза больше, чем при нормальном протекании родов (рис. 4.13). К двум годам взаимосвязь характера протекания родов и здоровья детей ослабевает, но следует учитывать то, что причиной хирургического родовспоможения, как правило, являются изменения здоровья беременной женщины, которые могут оказать влияние на здоровье ребенка и в более поздние периоды.

Условия и образ жизни семей. В данную группу вошли факторы, определяющие условия жизни обследуемых семей и описывающие их жизненные привычки. Ю.П. Лисицын дает следующие определения условий и образа жизни: условия жизни – материальные и нематериальные факторы, воздействующие на образ жизни; образ жизни – деятельность, активность людей, которые определенным образом реагируют на условия жизни и используют их [158; 159].

Согласно результатам корреляционного анализа рассматриваемые факторы распределились следующим образом:

– неблагоприятные условия труда матери в период беременности: загазованность воздуха рабочей зоны ($R_s = 0,939$ на момент рождения);

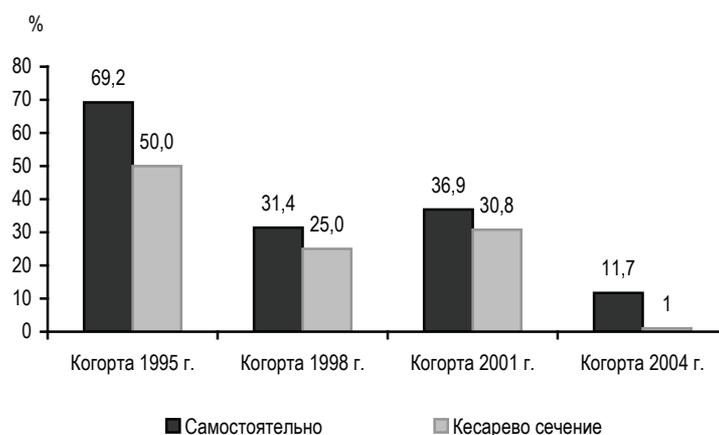


Рис. 4.13. Удельный вес новорожденных детей, имеющих хорошее и отличное здоровье при различном характере протекания родов (в % от числа опрошенных)

действие радиации и СВЧ ($R_s = 0,839$ на момент рождения); работа с токсическими химическими веществами ($R_s = 0,600$ на момент рождения); работа в 2 – 3 смены ($R_s = 0,510$ на момент рождения);

- курение матери в период беременности ($R_s = 0,898$ на момент рождения, $R_s = 0,661$ – 1 год);

- характер вскармливания ребенка (при грудном вскармливании до 6 мес. $R_s = 0,85$).

Одним из наиболее значимых факторов для формирования здоровья детей в период новорожденности и раннего детства, по данным мониторинга, являются условия труда матери в период перед рождением ребенка.

Продолжительное воздействие неблагоприятных профессиональных факторов различной природы, физических и психоэмоциональных перегрузок, а также их сочетания может привести к снижению здоровья родителей и ухудшению их репродуктивной функции. Влияние профессиональных факторов риска родителей на организм ребенка носит не прямой, а опосредованный характер.

Характеризуя условия своей работы в период перед рождением ребенка, лишь 8% женщин и 7% мужчин в нашем исследовании определили их как нормальные. Все остальные респонденты работали в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. Среди отмеченных респондентами неблагоприятных условий труда большое влияние на здоровье детей имели запыленность воздуха рабочей зоны, работа с токсическими химическими веществами, большая физическая нагрузка.

В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности воздуха (12,5% против 8,8% у здоровых), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психического напряжения (37,5% против 29,4%), ночного времени (12,5% против 1,5%). Отрицательно сказываются на здоровье новорожденных и условия работы отцов. Здесь имеют место такие тенденции: у больных детей 23,1% отцов работали в условиях запыленности, в то время как у здоровых – 14,9%. В условиях психического напряжения, соответственно, – 23,1 и 18,4%, ночного времени – 15,3 и 4,6%, радиации и действия СВЧ – 7,7%; отцы здоровых детей вообще не работали в таких условиях.

Подобная закономерность повторилась и в других когортах. В то же время результаты анализа показали, что неблагоприятные условия труда матери в период вынашивания плода оказывают более значительное влияние на здоровье новорожденного, чем неблагоприятные условия труда отца (в *таблице 4.5* рассмотрены наиболее значимые из них при сопоставлении двух когорт).

Таблица 4.5. Влияние неблагоприятных условий труда матери на здоровье ребенка (в % от общего количества)

Отмеченные неблагоприятные факторы	Новорожденные		1 год		2 года		3 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
	<i>Когорта 1995 г.</i>							
Психическое напряжение	64,1	35,9	18,8	81,3	83,3	16,7	0,0	100
Шум	69,2	30,8	16,7	83,3	83,3	16,7	0,0	100
Запыленность	77,8	22,2	22,2	77,8	85,7	14,3	0,0	100
Большая физическая нагрузка	76,5	23,5	40,0	60,0	92,9	7,1	0,0	100
Работа с токсическими химическими веществами	85,7	14,3	33,3	66,7	75,0	25,0	0,0	100
<i>Когорта 2004 г.</i>								
Психическое напряжение	6,1	93,9	50,0	50,0	6,1	93,9	11,8	88,2
Шум	13,5	86,5	59,1	40,6	0,0	100	8,3	91,7
Запыленность	8,8	91,2	61,1	38,9	0,0	100	5,0	95,0
Большая физическая нагрузка	3,0	97,0	23,1	76,9	0,0	100	0,0	100
Работа с токсическими химическими веществами	8,7	91,3	40,0	60,0	0,0	100	14,3	85,7
R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья; R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.								

Реформирование экономики обусловило изменение форм собственности и привело к изменению трудовых отношений. Ликвидация государственного монополизма, акционирование предприятий и производств, развитие малого бизнеса и частного предпринимательства сформировали новый слой работодателей и наемных работников и новые отношения между ними. Существовавшая ранее система охраны труда

работников разрушена, однако новые экономические и правовые механизмы, побуждающие работодателя принимать эффективные меры по обеспечению здоровых и безопасных условий труда, еще не созданы, вследствие чего требования охраны и гигиены труда игнорируются на многих предприятиях. Работодатели экономят на гигиене труда – работники рискуют своей жизнью и здоровьем.

Критическое положение с условиями труда сохраняется практически во всех отраслях экономики, несмотря на спад объемов производства, и влечет за собой ухудшение состояния здоровья работающих, высокий уровень профессиональной заболеваемости, несчастных случаев, потерь трудоспособности.

Из-за конкуренции и социальной незащищенности на рынке труда женщины продолжают работать на производствах с вредными условиями труда. На начало 2007 г., по данным Росстата, в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормативам, в Российской Федерации было занято: в добыче полезных ископаемых – 20% женщин, производстве и распределении электроэнергии, газа и воды – 18%, обрабатывающих производствах – 18%, на транспорте – 14%, в строительстве – 6% (от общей численности женщин, занятых в соответствующем виде экономической деятельности) [198, с. 154].

В Вологодской области, как свидетельствуют данные статистики, растет доля мужчин и женщин, работающих в неудовлетворительных условиях. В 2006 г. 26% женщин, т.е. почти каждая четвертая, трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях (рис. 4.14).

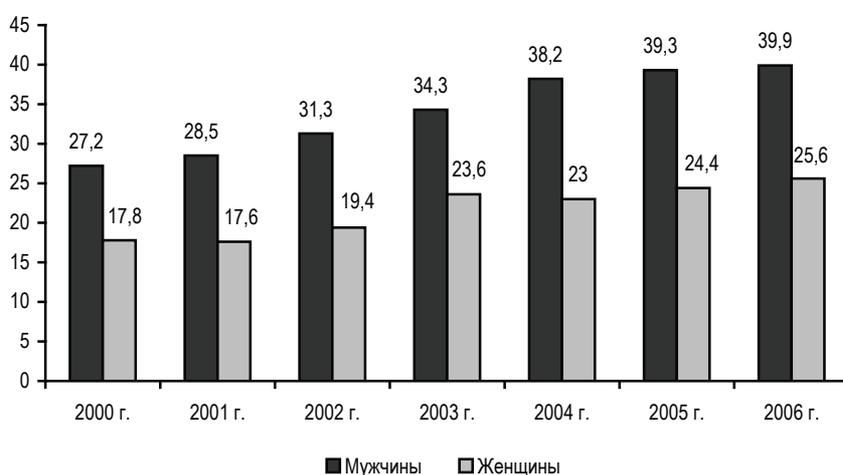


Рис. 4.14. Удельный вес работающих в неудовлетворительных условиях труда в Вологодской области (в % от общей численности работников соответствующего пола)

Источник: Данные Департамента труда и социального развития Вологодской области.

Динамический анализ показывает, что значительная часть беременных женщин продолжает работать в условиях, не соответствующих санитарным нормам (табл. 4.6). На наш взгляд, следует пересмотреть существующие нормы о назначении беременных женщин на менее трудоемкие работы, исключив их контакт с токсикогенами, работу в зонах с повышенной запыленностью и т.д. Эти меры могут быть предусмотрены в целевых региональных программах.

Таблица 4.6. Удельный вес численности работающих женщин, занятых во вредных и опасных условиях труда, в Вологодской области
(в % от общей численности работающих женщин в отдельных отраслях)

Условия труда	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Повышенные уровни неионизирующего излучения	0,6	0,5	1	1,7	1,5	1,3	1,4
Повышенные уровни вибрации	0,5	0,5	0,7	1,1	1	1,3	1,5
Повышенные уровни ПДК вредных веществ в воздухе рабочей зоны	3	2,8	2,8	3,05	4,2	2,7	3,4
Занятые тяжелым физическим трудом	5,3	5,3	4,4	5	5,6	5,5	6,7
Повышенные уровни шума	10	10	11,3	12	12,8	13,4	14,2

Источник: Данные Департамента труда и социального развития Вологодской области.

Следующий фактор, на котором следует заострить внимание, – курение матерей. Данные обследований когорт 1995 года рождения и последующих по вопросу, курила ли будущая мать во время беременности, различаются. В когорте 1995 г.р. доля женщин, куривших в период беременности, сократилась с 21 до 3%, т.е. в 7 раз, а в последующих – лишь в 2 раза (с 24 до 12%). На наш взгляд, это свидетельствует об изменении в обществе норм морали и отношения к ответственному родительству, ведь сейчас женщина с сигаретой и баночкой пива стала «нормой».

Курение матерей способствует развитию у детей функциональных отклонений. Особенно неблагоприятным является курение матери во время беременности. У некуривших матерей родилось 73 – 85% здоровых детей, у куривших до беременности – всего 15 – 27%. У тех же, кто курил и во время беременности, здоровье новорожденных значительно хуже: без отклонений в здоровье родилось всего 4 – 13% детей (табл. 4.7).

Курение матери влияет и на вес будущего ребенка – у курящих матерей чаще рождаются маловесные дети. У женщин, продолжавших курить и во время беременности, удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3 – 14% (см. табл. 4.7).

Это подтверждают и данные различных исследований. Известно, что табачные токсины нарушают генетический аппарат. Генетический вред

Таблица 4.7. **Влияние курения матери на здоровье новорожденного**
(в % от числа опрошенных)

Ответ респондентки	Курили до беременности			Курили во время беременности		
	Удельный вес респондентов, в %	1 группа здоровья новорожденного	Удельный вес детей с массой более 2500 г	Удельный вес респондентов, в %	1 группа здоровья новорожденного	Удельный вес детей с массой более 2500 г
<i>Когорта 1995 г.</i>						
Да	20,8	18,8	20,6	3,0	4,3	3,1
Нет	79,2	81,2	79,4	97,0	95,7	96,9
<i>Когорта 1998 г.</i>						
Да	29,2	23,3	27,6	13,0	10,0	11,0
Нет	70,8	76,7	72,4	87,0	90,0	89,0
<i>Когорта 2001 г.</i>						
Да	28,7	27,0	27,0	14,2	12,5	12,2
Нет	71,3	73,0	73,0	85,8	87,5	87,8
<i>Когорта 2004 г.</i>						
Да	28,5	14,8	28,7	13,1	7,4	13,9
Нет	71,5	85,2	71,3	86,9	92,6	86,1

от канцерогенов табачного дыма может проявиться через несколько поколений [328, с. 62-65]. Агентство по охране окружающей среды США установило, что в результате «пассивного курения» 2700 детей ежегодно погибают от синдрома внезапной младенческой смерти. У курящих матерей чаще рождаются дети с различными дефектами, пониженным весом.

В Великобритании в 1958 г. были обследованы 17 тыс. новорожденных (исследование, являющееся прообразом проводимого нами мониторинга). Отмечено замедление физического и умственного развития у новорожденных детей (при повторных обследованиях – у детей в возрасте 7 и 11 лет), матери которых курили во время беременности. Дети, чьи матери выкуривали во время беременности 10 сигарет в день или более, имели рост в среднем на 1 см меньше и несколько отставали по успеваемости в школе в сравнении с детьми, чьи матери не курили во время беременности [375].

Актуальность этой проблемы усиливается в связи с тем, что частота курения в России – одна из самых высоких по сравнению с индустриально развитыми странами. По данным мониторинга здоровья населения Вологодской области в 2008 г., среди женщин репродуктивного возраста 23% курящих. Как показывают результаты мониторинга здоровья детей, в среднем 27% матерей курило до беременности и 12% – во время беременности. Удельный вес курящих женщин в г. Череповце в 1,4 раза больше, чем в других населенных пунктах. В среднем выкуривалось

по 5 сигарет в день, но некоторые женщины указали, что выкуривали до 20 сигарет в день. Другой вредной привычкой родителей является употребление алкоголя. Так, его не употребляли вообще 39% матерей здоровых детей, 29% матерей больных детей.

Немаловажное влияние на здоровье малыша оказывает характер его вскармливания. Для лучшего роста и развития детей первого года жизни важно вскармливать их материнским молоком. Грудное молоко обладает необыкновенно активными биологическими свойствами, поскольку содержит гормоны, биологически активные вещества, иммунные комплексы. Живые клетки материнского молока оказывают мощное благотворное влияние на организм ребенка, обеспечивая нормальное течение процессов обмена веществ и поддержания устойчивости к действию инфекций. Одним из основных показателей состояния здоровья детей является распространенность грудного вскармливания как идеального питания, обеспечивающего полноценное развитие и рост, оказывающего уникальное биологическое и эмоциональное влияние на мать и ребенка.

По данным нашего исследования, дети, находящиеся на грудном вскармливании, в 2 раза меньше болеют по сравнению с детьми, находящимися на искусственном питании. Дети, получающее грудное молоко в полной мере, то есть находящиеся на грудном вскармливании, имеют более крепкое здоровье. Характер вскармливания на первом году жизни в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды его жизни. Обменные нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития в будущем ожирения, заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности гипертонической болезни, а также сахарного диабета, бронхиальной астмы, онкологических и других заболеваний.

Результаты британского мониторинга (НИРД, 1958 г.) подтверждают полученные выводы. Данные лонгитюдного исследования свидетельствуют, что у детей, находившихся на грудном вскармливании не менее одного месяца, наблюдались лучшие весо-ростовые показатели в юношеском и зрелом возрасте, чем у тех, кто получал детские смеси [375].

В России, как и во многих других странах, на протяжении последних десятилетий отмечается стабильно низкая распространенность грудного вскармливания (рис. 4.15). По данным официальной статистики Минздрава РФ за 2008 год, лишь 41% женщин кормили младенцев до 6 месяцев и 39% – до 1 года. Однако наметился рост удельного веса детей, находящихся на грудном вскармливании до 1 года. Вероятно,

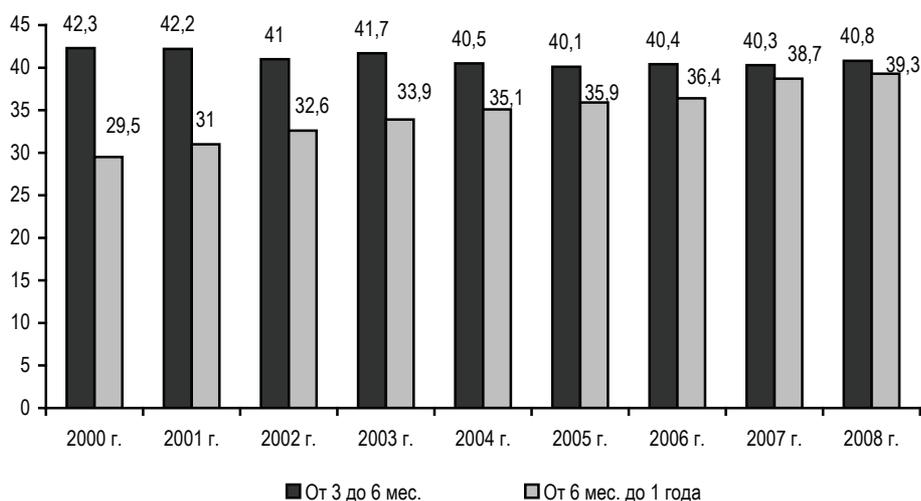


Рис. 4.15. Грудное вскармливание детей первого года жизни в РФ (в % от числа детей)

Источник: Здравоохранение в России. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 355 с.

одной из причин положительного тренда являются усилия разъяснительной и обучающей работы, организованной в рамках Инициативы ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» с целью поддержки грудного вскармливания в России.

Данные мониторинга подтверждаются статистическими данными о низкой распространенности естественного вскармливания. В обследовании 1995 г. лишь 11% детей до 1 года находилось на грудном вскармливании. Среди основных причин, по которым матери не начинали или прекращали грудное вскармливание, чаще других указывались две: отсутствие или недостаток молока (табл. 4.8). Однако, по мнению врачей, практически все женщины способны к лактации (выработке молока), истинно патологические причины неспособности к грудному вскармливанию встречаются крайне редко [1]. Педиатры отмечают, что при хорошей психологической поддержке врача, членов семьи, соблюдении простых правил по защите лактации, рациональном питании кормящей женщины успех грудного вскармливания может быть достигнут в 70 – 90% случаев [235].

Причинами низкого показателя естественного вскармливания грудных детей можно считать нарушения питания беременных и кормящих женщин, сопряженные как с низким достатком в семье, ухудшением их нервно-психического и соматического состояния, так и с неудовлетворительным уровнем знаний у родителей о рациональном вскармливании детей.

Таблица 4.8. Характер питания ребенка первого года жизни
(в % от числа опрошенных)

Характер питания ребенка первого года жизни	Когорта 1995 г.	Когорта 2004 г.
Грудное	7,0	11,3
Искусственное	64,0	49,0
Смешанное	29,1	38,4
<i>Причины прекращения кормления грудью</i>		
Не было молока	17,5	16,7
Мало молока	45,0	45,5
Медицинские противопоказания, не позволяющие кормить ребенка	2,5	2,3
Другое	11,3	12,9

Еще одной причиной увеличения числа младенцев, находящихся на искусственном вскармливании, можно считать и стремление все большего числа матерей выйти из декретного отпуска как можно раньше. К этому прибавляется то, что в значительной степени нынешнее поколение матерей само выросло на искусственном вскармливании. В семьях нет традиции кормления грудью, отсутствует мотивационная установка на грудное вскармливание детей.

При переходе к смешанному и искусственному питанию младенцев необходима организация получения ими полноценных адаптированных смесей – заменителей грудного молока. Однако возможностей для этого в регионе не достаточно. По данным санитарно-эпидемиологической службы, на территории Вологодской области функционируют 9 детских молочных кухонь. Ассортимент вырабатываемой продукции в основном составляют кефир, кальцинированный творог, пастеризованное молоко; детские смеси выдаются в ограниченном количестве. Практически все детские молочные кухни не обеспечены современным технологическим оборудованием для приготовления детских и молочных смесей, а технологические процессы проводятся вручную, что повышает вероятность бактериологического загрязнения.

Влияние некоторых других факторов проявилось не во всех когортах, участвующих в обследовании, что, очевидно, связано с изменением социально-экономических условий либо с малой распространенностью воздействующих на здоровье факторов среди участников других этапов мониторинга.

Например, в когорте 1995 г. в семьях, где ребенка ждали, он был желанным и появился в результате совместного решения, принятого еще до наступления беременности, здоровые дети составили 66%, а больные – 29%. В случае, когда родители не были к этому готовы, а беременность и рождение ребенка явились для них большим стрессом и неожиданностью (не всегда, очевидно, приятной), доля здоровых детей снижается до 34%, больных – возрастает до 71%.

Эти же выводы подтверждает и информация о душевном состоянии матери, узнавшей о своей беременности. Так, 14,3% женщин, родивших впоследствии больных детей, испытали потрясение, нежелание жить, в то время как среди женщин, родивших здоровых детей, доля таких составила лишь 7,5%, т.е. почти в 2 раза меньше. Узнав о беременности, испытали безразличие соответственно 85,7 и 40% женщин. И наконец, состояние большого счастья испытали при этом 52,5% женщин, родивших здоровых детей, и не испытала ни одна будущая мать, родившая впоследствии больного ребенка.

В когорте 1995 г. отмечена взаимосвязь между здоровьем новорожденных и семейным положением родителей. Так, в неполной семье доля больных детей составляет 29%, в то время как в полных – 22%. Одним из объяснений этого может быть семейный достаток. Доходы семьи определяют возможности удовлетворения потребностей, а это также в очень значительной степени сказывается на здоровье детей. Например, в семьях, которым приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания, доля больных детей составляет 14%. Здоровых детей в таких семьях – лишь 9%. А в семьях, которым денег хватает только на ежедневные расходы, доля больных детей – 29% [254, с. 42-46; 123].

В других когортах, например в когорте 2004 г., взаимосвязь между здоровьем и семейным положением родителей сильнее проявилась по достижении детьми трехлетнего возраста (табл. 4.9). При этом в неполных семьях здоровых детей не было, в то же время удельный вес больных детей (имевших хронические заболевания) был вдвое больше, чем в полных семьях (25% против 14% в когорте 1995 г. и 21% против 12% в когорте 2001 г.).

Таблица 4.9. Взаимосвязь здоровья детей и семейного положения родителей

Группа здоровья	Дети 1995 г. рождения		Дети 2001 г. рождения	
	Полная семья	Неполная семья	Полная семья	Неполная семья
1 группа здоровья	6,3	0,0	2,6	0,0
2 группа здоровья	79,4	75,0	85,3	78,6
3+4 группы здоровья	14,3	25,0	12,1	21,4

Анализ состояния здоровья детей в зависимости от изменения питания матерей в период беременности показывает весьма противоречивые результаты: более разнообразным питание стало в семьях, в которых впоследствии родились больные дети. Одно из возможных объяснений этого можно найти, если сравнить доходы семей с больными и здоровыми детьми и их расходы на питание.

Заметим, что семьи, в которых родились здоровые дети, изначально лучше питались, поэтому с рождением ребенка им не надо было кардинально менять свой рацион и, следовательно, бюджет расходов на питание. Бедным же семьям, напротив, пришлось к этому прибегнуть.

Качество питания женщины во время беременности отражается на ее здоровье, а это, в свою очередь, оказывает опосредованное влияние и на здоровье будущего ребенка. Женщины, улучшившие качество потребляемых продуктов во время беременности, к концу протекания беременности в 1,5 раза реже имели низкие показатели гемоглобина, чем остальные обследованные. Матери больных детей испытывали нехватку различных продуктов питания значительно чаще, чем матери здоровых детей. Так, нехватку овощей отмечали 21,4% матерей больных детей и лишь 9,0% – здоровых детей, т.е. в 2,4 раза чаще (по материалам когорты 1995 г.).

В то же время велика доля семей, считающих, что качество питания не скажется на здоровье будущего ребенка. Например, в районах она составила 13%. Это, как правило, неработающие женщины со средним и средним специальным образованием.

Таким образом, в раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают следующие факторы:

1. Плохое здоровье родителей: так, матери здоровых детей имели хорошее и отличное здоровье в 65% случаев, а матери больных детей – только в 51% случаев. Вместе с тем матери больных детей имели удовлетворительное здоровье (43%) значительно чаще, чем здоровых (35%).

2. Низкий уровень гемоглобина в период беременности: у женщин, страдавших анемией во время беременности, всего 29% детей родились здоровыми, за первый год жизни удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%, в 2 года – до 7%, в 3 года составил чуть больше 1%. В Вологодской области среди заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время ее, основную долю в период с 1995 по 2007 г. составляли анемии – 35%.

3. Вредные привычки матери, в частности курение, увеличивают риск рождения маловесных детей. У женщин, продолжавших курить и во время беременности, удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3 – 14%. Несмотря на это, по данным мониторинга, 27% женщин курили до беременности, во время беременности – 12%.

4. Условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам. В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности (12,5% против 8,8% у здоровых), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психического напряжения

(37,5% против 29,4%), ночного времени (12,5% против 1,5%). Данный фактор широко распространен в и популяции; так, в регионе в 2006 г. 26% женщин трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях.

5. Характер вскармливания детей влияет на их здоровье не только в раннем детстве, но и в последующие периоды. По данным мониторинга, дети, находившиеся на грудном вскармливании до 6 месяцев, в 2 раза реже болели по сравнению с детьми, находившимися на искусственном питании. В то же время распространенность грудного вскармливания в России невелика: в 2008 г. лишь 41% младенцев находились на грудном вскармливании до 6 месяцев и 39% – до 1 года. В сравнении с 2000 г. незначительно увеличилась лишь доля детей, получавших грудное молоко до 1 года.

Результаты проведенного исследования показывают, что ослабленное здоровье детей при рождении пролонгируется на весь период раннего детства.

4.3. Формирование здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте: анализ и оценка факторов

Здоровье детей определяется соотношением внешних и внутренних воздействий на их организм, с одной стороны, и возможностями самого организма противостоять нежелательным воздействиям, с другой стороны. Факторы риска – это сочетание неблагоприятных условий, которые значительно повышают вероятность утраты здоровья, возникновения, рецидивирования и прогрессирования болезней. Они определяют предрасположенность к заболеванию, а при наличии причины способствуют развитию заболевания.

Наибольшую значимость для прогнозирования нарушений здоровья ребенка имеет оценка медико-биологических, социальных, психологических факторов риска. Влияние биологических факторов риска на развитие детей особенно велико первые два – три года жизни. В последующие периоды возрастает доля влияния социально-экономических и психологических факторов. К социально-экономическим факторам риска относятся такие, как неполная семья, плохие жилищно-бытовые условия, низкая материальная обеспеченность, низкий образовательный уровень членов семьи. К психологическим факторам риска относятся неблагоприятный психологический микроклимат в семье, наличие у родителей вредных привычек, медицинская активность родителей. Воздействие на ребенка неблагоприятных биологических факторов риска может быть смягчено благоприятными психологическими и социальными условиями жизни, что позволит сохранить и увеличить потенциал здоровья.

Весьма важным представляется своевременное выявление максимального числа факторов риска у каждого ребенка и их нивелирование, а также изучение распространенности неблагоприятных условий в обществе. Особую значимость имеет оценка устранимости фактора риска; если факторы устранимы, то они относятся к категории управляемых факторов.

При формировании здоровья в старшем дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы, чем в младенческом. Наиболее характерные из них представлены в данном параграфе.

Основы здоровья ребенка закладываются в раннем детстве. Ослабленное здоровье детей в первые годы жизни усиливает риск формирования хронических заболеваний в более старшем возрасте. Так, например, частые и длительные заболевания в возрасте 1 – 2 года усиливают риск формирования хронических заболеваний в более старших возрастах. Чем выше кратность (частота) заболеваний в раннем детстве, тем чаще реализуется риск. У детей, не болевших на втором году жизни, к пяти годам не было хронических заболеваний. В то время как среди детей, которые часто болели в 2 года, к пяти годам 10% имели хронические заболевания, к восьми годам – 30% (табл. 4.10).

Таблица 4.10. Влияние кратности заболеваний детей в раннем детстве на их здоровье в более старшем возрасте (на примере когорты 1998 г., в % от числа опрошенных)

Кратность заболеваний в 2 года	Здоровье детей в возрасте 5 лет			Здоровье детей в возрасте 8 лет		
	1 гр.*	2 гр.	3,4 гр.	1 гр.	2 гр.	3,4 гр.
Не болел	75,0	25,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Болел эпизодически	27,5	64,7	7,8	6,3	70,8	22,9
Часто болел	19,0	71,4	9,5	10,0	60,0	30,0
Очень часто болел	0,0	60,0	40,0	0,0	50,0	50,0

*1 группа – здоровые дети; 2 группа – дети с некоторыми функциональными отклонениями; 3 и 4 группы – дети, имеющие хронические заболевания.

Учитывая то, что удельный вес неболеющих детей двухлетнего возраста невелик и колеблется от 15% (в когорте 1995 г.) до 5% (в когортах 1998 г. и 2001 г.), мы можем говорить о широком распространении в популяции данного фактора риска развития хронических заболеваний у подрастающего поколения.

Уровень жизни семей. Огромную роль в формировании здоровья детей играет уровень жизни семьи – влияние этого фактора опосредованное. Высокие доходы не являются автоматически залогом лучшего здоровья, но они позволяют обеспечить определенный набор материальных благ, способствующих сохранению и укреплению потенциала

здоровья. Низкий уровень доходов населения региона обуславливает его невысокую покупательную способность, что сказывается на качестве питания семьи, возможности приобретения лекарств и витаминов для ребенка, его оздоровления в санаторно-курортных условиях и т.д.

Семьи с детьми – это самая большая группа среди бедных домохозяйств, и они отличаются повышенным риском и глубиной бедности. При том что в общей численности домохозяйств семьи с детьми составляют 37%, или 50 – 60% от общего числа бедных семей [81]. По данным статистики, около 20% российских детей в возрасте до 16 лет проживают в условиях бедности.

Согласно данным мониторинга, рождение ребенка привело к снижению материального уровня в обследованных семьях. Отношение среднедушевого дохода к прожиточному минимуму через год после рождения ребенка уменьшилось примерно вдвое: в когорте 1995 года – со 107 до 64%; еще более значительно в когорте 1998 года – со 131 до 61%.

Существует территориальная дифференциация материальной обеспеченности семей на территории Вологодской области. Соотношение фактического дохода и прожиточного минимума в 2008 г. составило 2,1 в г. Череповце, 1,6 в г. Вологде, 1,1 в районах [183].

В период с 2000 по 2008 г. отмечалась тенденция роста заработной платы, связанная с оживлением экономики страны и региона. Согласно результатам мониторинга, некоторое улучшение в данный период выявлено и в субъективных оценках покупательной способности доходов семей. Отмечено увеличение доли респондентов, которым денег хватает на все текущие расходы, с 27 до 38%. Число семей, считающих, что денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности, уменьшилось соответственно с 53 до 37%.

По данным мониторинга установлено также, что чем больше детей в семье, тем хуже ее материальное положение. Например, в когорте 1998 и 2001 годов рождения все семьи с тремя детьми отнесли себя к бедным. Во всех когортах, кроме когорты 2004 г., идентифицировали себя как обеспеченные семьи или семьи со средним достатком только те, в которых воспитывалось не более одного ребенка (*рис. 4.16*).

Связь между социально-экономическим статусом и здоровьем детей, к сожалению, остается малоизученной. Недавние зарубежные исследования выявили наличие социального градиента для некоторых (но не всех) аспектов здоровья детей и подростков: бедные дети с большей вероятностью имеют плохое здоровье, чаще подвержены респираторным,

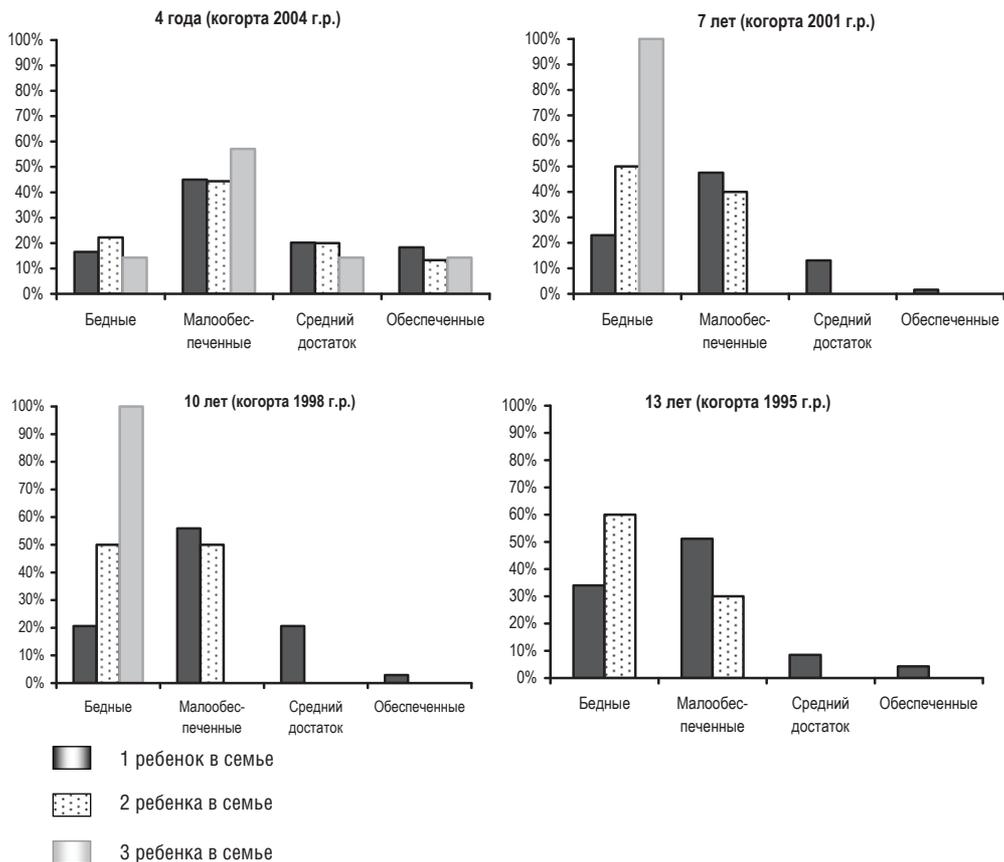


Рис. 4.16. Влияние количества детей в семьях на их социальную дифференциацию (2008 г.; в % от числа опрошенных)

желудочно-кишечным заболеваниям, несчастным случаям, для них наблюдаются более высокие уровни смертности по сравнению с детьми из обеспеченных семей [341].

По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ), наблюдается значительный риск плохого здоровья или хронических заболеваний в семьях, которым приходится отказываться от медицинской помощи по причине нехватки материальных средств. Недоступность медицинской помощи, с одной стороны, непосредственным образом негативно воздействует на здоровье детей, а с другой стороны, может выступать проху-мерой материального положения семьи в целом. Плохое материальное положение не обеспечивает средства для получения таких фундаментальных условий для хорошего здоровья, как питание, жилье [136].

Рассматривая различные компоненты благосостояния под углом зрения их взаимодействия со здоровьем, можно выделить важный структурный элемент – питание. Количественный и качественный

состав питания отражает не только особенности индивидуальных вкусов и выбора, но и традиционно сложившиеся семейные предпочтения. Структура питания, в первую очередь доля высококачественных продуктов, обнаруживает определенную зависимость и от семейных доходов. Снижение реальных доходов граждан ведет к существенному ухудшению качества питания в семьях, особенно тех, которые живут на фиксированную заработную плату.

От социального положения семьи, ее материальной обеспеченности во многом зависит обеспеченность ребенка необходимыми продуктами питания. Чем больше возможностей у семьи для удовлетворения базовых потребностей, тем больше внимания уделяется качеству питания детей. В большинстве семей, которые оценивают свои доходы как «достаточные для нормальной жизни», обеспеченность детей продуктами питания хорошая (у 4-летних детей – 92%, 13-летних – 83%). Наибольший удельный вес детей с «удовлетворительной» обеспеченностью продуктами питания приходится на семьи, доходы которых «совершенно недостаточны» (табл. 4.11).

Таблица 4.11. **Обеспеченность детей продуктами питания в семьях с различным уровнем дохода** (доля в % от числа опрошенных в 2008 г.; без учета затруднившихся ответить)

Обеспеченность ребенка продуктами питания	Доходы семьи				Здоровье детей	
	достаточны для нормальной жизни	достаточны при определенных условиях	недостаточны	совершенно недостаточны	R 1	R 2
<i>4 года (когорта 2004 г.)</i>						
Хорошая	91,7	63,3	30,8	0,0	62,5	57,4
Удовлетворительная	8,3	36,7	69,2	100,0	37,5	42,6
<i>13 лет (когорта 1995 г.)</i>						
Хорошая	83,3	45,9	12,5	0,0	45,0	41,3
Удовлетворительная	16,7	54,1	87,5	100,0	55,0	58,7
R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;						
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.						

Питание представляет один из ключевых факторов, определяющих не только качество жизни, но и условия роста и развития ребенка. Известно, что любая, особенно белковая и витаминная, недостаточность питания может привести к серьезным и неизлечимым впоследствии недугам. В частности, недостаток в пище некоторых аминокислот ведет к развитию идиотии (слабоумия) на фоне низкорослости и мышечной дистрофии. Нехватка витаминов ухудшает также психофизическое состояние развивающегося детского организма [316].

Дети должны получать каждый день полноценный животный белок, являющийся необходимым «строительным материалом» для роста и развития нервной, мышечной и других важнейших тканей детского организма. В то же время результаты мониторинга показывают, что мясные продукты ежедневно потребляет в пищу менее половины школьников (47%), а рыбу – всего около 4%.

Н.М. Римашевская подчеркивает: «...для оценки уровня жизни во многих развитых странах используется такой показатель, как потребление мяса. По этому показателю мы вернулись примерно к первой половине 70-х годов. Что это значит для семьи и детей? Мясо, как известно, это белки животного происхождения, для того чтобы дети не были слабоумными, их надо соответствующим образом кормить, мясом в том числе. У нас же есть семьи, которые могут позволить себе мясо раз в неделю или даже раз в месяц, а есть и такие, что вообще не могут позволить себе даже самые дешевые мясoproductы» [245].

Далеко не в каждой семье в ежедневный рацион детей входят овощи (46% детей), фрукты (53%), соки (35%), служащие ценным источником углеводов, витаминов и микроэлементов (табл. 4.12).

Таблица 4.12. Распределение ответов на вопрос: «Как часто ребенок получает следующие продукты питания?» (на примере когорты 1998 г, в % от числа опрошенных)

Продукты питания	Частота потребления											
	Ежедневно			3-4 раза в неделю			1-2 раза в неделю			1-2 раза в месяц		
	4 года	7 лет	10 лет	4 года	7 лет	10 лет	4 года	7 лет	10 лет	4 года	7 лет	10 лет
Мясные	47,7	37,8	47,4	30,3	46,3	34,6	13,8	12,2	12,8	2,8	1,2	3,8
Рыбные	4,6	1,2	3,8	10,1	9,8	6,4	57,8	57,3	43,6	14,7	20,7	25,6
Молочные	72,5	70,7	69,2	13,8	65,6	16,7	6,4	70,6	7,7	0,9	81,3	2,6
Яйца	11,0	4,9	7,7	28,4	22,0	28,2	48,6	61,0	48,7	5,5	6,1	9,0
Овощи	59,6	53,7	46,2	19,3	26,8	23,1	13,8	17,1	28,2	0,9	0,0	1,3
Фрукты	64,2	57,3	52,6	13,8	25,6	28,2	15,6	13,4	11,5	0,9	2,4	6,4
Соки	33,9	35,4	34,6	30,3	28,0	32,1	20,2	24,4	19,2	7,3	6,1	10,3
Сладости	53,2	65,9	59,0	29,4	18,3	23,1	8,3	9,8	15,4	3,7	1,2	0,0

Сбалансированность и рациональность питания во многом зависит от сложившихся в семье пищевых предпочтений, культуры родителей. Углубленный анализ показал, что 50% детей с проявлениями экссудативного диатеза ежедневно балуются сладостями, но не каждый день получают овощи. Подобные факты говорят о необходимости проведения разъяснительной работы с родителями о пользе рационального питания.

Неполноценное питание влияет на уровень физического развития детей. В когортах 1998 и 2001 годов рождения у всех детей с плохой обеспеченностью продуктами питания выявлен дефицит массы тела. Вероятно, в связи с несбалансированностью питания, преобладанием в нем углеводного компонента, худшим качеством продуктов страдает обмен веществ у детей, вызывая данные отклонения в здоровье (табл. 4.13).

Таблица 4.13. Зависимость физического развития ребенка от обеспеченности продуктами питания (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Оценка обеспеченности продуктами	Оценка физического развития ребенка		
	Нормальное	Дефицит массы тела	Избыток массы тела
<i>7 лет (когорта 2001 г.)</i>			
Хорошая	93,2	0,0	6,8
Удовлетворительная	76,8	12,5	10,7
Плохая	0,0	100,0	0,0
<i>10 лет (когорта 1998 г.)</i>			
Хорошая	81,1	8,1	10,8
Удовлетворительная	92,1	0,0	7,9
Плохая	0,0	100,0	0,0
<i>13 лет (когорта 1995 г.)</i>			
Хорошая	82,6	2,2	15,2
Удовлетворительная	86,2	9,2	4,6

Правильное питание обеспечивает не только нормальный рост и развитие детей, но и способствует профилактике заболеваний. Недостаточная обеспеченность детей продуктами питания ослабляет их иммунную систему, что приводит к увеличению болезненности (табл. 4.14).

Таблица 4.14. Зависимость кратности заболеваний детей в возрасте 7 лет от степени обеспеченности продуктами питания (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Оценка обеспеченности продуктами	Кратность заболеваний детей		
	Не болел	Болел эпизодически	Часто, очень часто
Хорошая	20,0	73,3	6,7
Удовлетворительная	17,2	69,0	13,8
Плохая, очень плохая	0,0	0,0	100,0

Для ребенка школьного возраста большое значение имеет режим питания. Он определяет такие моменты, как число приемов пищи и интервал между ними, количество калорий на каждый прием, качественную полноценность продуктов на отдельный прием, а также распределение рациона по приемам пищи в течение дня. В среднем 10% школьников утром не завтракает. С возрастом отказ учащихся от завтрака становится более распространенным явлением (рис. 4.17).

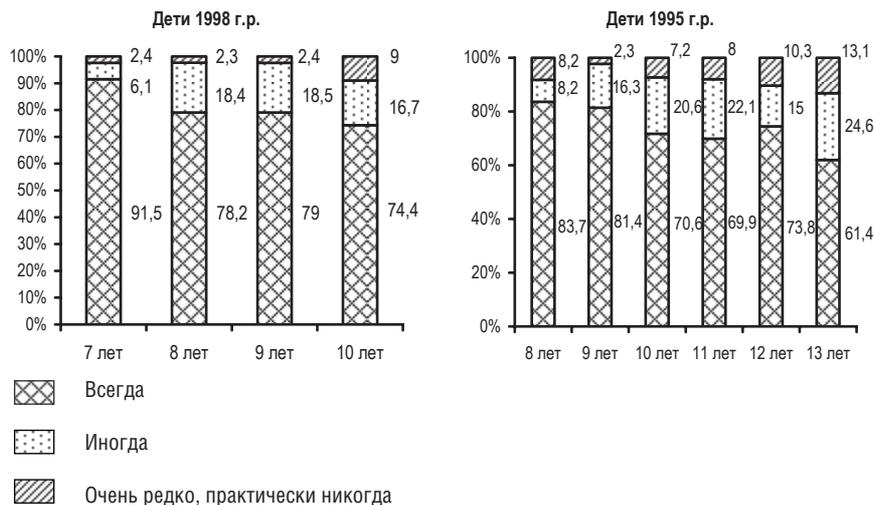


Рис. 4.17. **Возрастная динамика распределения ответов на вопрос: «Всегда ли ребенок завтракает утром?»** (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Это свидетельствует о формировании у части детей неправильного стереотипа пищевого поведения.

В исследовании родителям было предложено описать, какими правилами они руководствовались при организации питания ребенка. Ответы распределились следующим образом: большинство родителей (58 – 64%) старались увеличить потребление детьми овощей и фруктов, 59 – 65% – следить за качеством используемых продуктов. В то же время режим питания, правила приема пищи соблюдало менее половины семей (30 – 45%), а следили за сбалансированностью пищевого рациона всего 10 – 12% семей (табл. 4.15).

Таблица 4.15. **Распределение ответов на вопрос: «Какими правилами Вы руководствуетесь при организации питания ребенка?»** (на примере когорты 2001 г., в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Вариант ответа	7 лет	10 лет	13 лет
Учитываем содержание белков, жиров, углеводов	11,4	10,3	12,3
Стараемся употреблять больше овощей и фруктов	64,2	67,9	57,9
Стараемся употреблять больше морепродуктов	10,6	2,6	12,3
Используем йодированную соль	48,8	35,9	43,0
Соблюдаем режим питания, правила приема пищи (есть не менее 4 раз в день, есть не спеша, тщательно пережевывать пищу и т.д.)	44,7	29,5	32,5
Соблюдаем оздоровительную диету, рекомендованную врачом	7,3	2,6	6,1
Следим за маркировкой, сроком годности употребляемых продуктов	58,5	64,1	66,7
Стараемся употреблять натуральные продукты (без добавок, красителей и т.п.)	60,2	65,4	59,6
Употребляем продукты надежных, проверенных производителей	47,2	51,3	40,4
Не следим за питанием ребенка	0,8	0,0	3,5

Таким образом, ситуацию, характеризующую детское питание, нельзя назвать благоприятной. Хотя качество питания во многом определяет состояние здоровья детей. Недостаточность потребления молока и молочных продуктов, мяса, овощей и фруктов позволяет предположить, что организм современного ребенка вынужден работать в режиме дефицита кальция, железа и многих других макро- и микронутриентов. Значительная распространенность дефицита кальция является одной из причин непрерывного роста болезней опорно-двигательной системы у детей [21, с. 43]. Таким образом, обеспеченность продуктами питания тесно связана со здоровьем детей ($R_s = 0,760$ к 1 году; $R_s = 0,898$ к 3 годам, $R_s = 0,517$ к 4 годам).

Другой важный фактор, влияющий на здоровье, – жилищные условия, в которых проживают дети. Дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводит к ослаблению возможностей общей сопротивляемости организма, снижению иммунитета, что, в свою очередь, служит предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается. Здоровье детей, длительно проживающих в неблагоприятных жилищных условиях, с возрастом ухудшается.

Комфортность и благоустроенность жилья имеет большое значение для поддержания здоровья на должном уровне. Вместе с тем в России жилищная проблема стоит очень остро. Это проявляется как в крайне низкой обеспеченности жильем, так и в низком уровне его благоустроенности и комфортности. Положение усугубляется общим экономическим кризисом, в результате чего практически прекратилось бесплатное предоставление государственного жилья, а его приобретение за счет личных сбережений невозможно для большинства населения. Поэтому в силу этих и других причин большая часть населения проживает в плохих жилищных условиях. Согласно данным РМЭЗ, 22% российских детей живут в крайне тесном жилье, когда на одного члена семьи приходится не более шести квадратных метров жилой площади [136]. Количество ветхого и аварийного жилья в Вологодской области за период с 2000 по 2007 г. увеличилось в 3 раза (с 601 тыс. кв. м до 1798 тыс. кв. м соответственно).

Более половины семей в исследовании оценили свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 13 – 18% респондентов проживают в требующих капитального ремонта домах и квартирах. Видна значительная разница между городом и селом в благоустройстве жилого фонда. В Вологде и Череповце большинство семей проживают в благоустроенных

квартирах. В сельской местности дома в основном не благоустроены либо имеют частичные удобства. Дети, проживающие в хороших условиях, имеют более крепкое здоровье в сравнении с теми, кто живет в неудовлетворительных жилищных условиях (табл. 4.16).

Таблица 4.16. **Взаимосвязь жилищных условий и здоровья детей**
(в % от числа опрошенных)

Характеристика жилищных условий	Когорта 2004 г.					
	2 года (2006 г.)		3 года (2007 г.)		4 года (2008 г.)	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Хорошие	50,0	34,8	45,5	32,1	43,8	27,7
Удовлетворительные	50,0	56,7	45,5	58,4	43,8	59,2
Плохие	0,0	8,5	9,1	9,5	12,5	13,1
Характеристика жилищных условий	Когорта 2001г					
	5 лет (2006 г.)		6 лет (2007 г.)		7 лет (2008 г.)	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R	R 2
Хорошие	35,7	24,6	60,0	19,3	27,3	23,2
Удовлетворительные	57,1	59,3	40,0	64,7	72,7	58,9
Плохие	7,1	16,1	0,0	16,0	0,0	17,9
R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;						
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.						

Особенно заметное влияние на здоровье детей оказывают такие неудовлетворительные характеристики, как холодное и влажное помещение, перенаселенное или тесное жилье. Выводы о влиянии различных неблагоприятных факторов жилища получены и другими исследователями. Например, по данным раунда РМЭЗ, проведенного в 2004 г., перенаселенность жилища оказывает существенное негативное воздействие на здоровье детей младшего и среднего школьного возраста. Выявлен более чем двукратный риск плохого здоровья и хронических заболеваний для тех из них, кто проживает менее чем на 12 квадратных метрах жилой площади на 1 человека по сравнению с обладателями более просторных жилищ (19 и более квадратных метров на 1 чел.) [137, с. 39-45].

Качество жилищных условий определяется уровнем жизни семей. Обеспеченные семьи могут себе позволить жить в благоустроенных новых квартирах и чаще оценивают свои жилищные условия как хорошие – 44% в когорте 2004 г. и 75% в когорте 2001 г. Семьи с низким доходом в основном оценивают свои жилищные условия как удовлетворительные (61 и 48% соответственно) и плохие (22 и 43% соответственно) (табл. 4.17).

Экологические условия среды обитания также являются важным фактором формирования здоровья подрастающего поколения. В настоящее время они крайне неблагоприятны в промышленных городах,

Таблица 4.17. **Взаимосвязь жилищных условий и социального положения семей** (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Социальное положение семьи	Оценка жилищных условий		
	Хорошие	Удовлетворительные	Плохие
<i>Когорта 2004 г.</i>			
Богатые	44,4	50,0	5,6
Средний слой	30,0	53,3	16,7
Малообеспеченные	24,6	63,2	12,3
Бедные	17,4	60,9	21,7
<i>Когорта 2001 г.</i>			
Богатые	75,0	25,0	0,0
Средний слой	31,3	50,0	31,3
Малообеспеченные	15,7	74,5	9,8
Бедные	9,5	47,6	42,8

где среда обитания человека находится под сильным давлением техногенных факторов (загрязнение атмосферного воздуха, источников водоснабжения, почвенного покрова и сельскохозяйственной продукции, уничтожение лесной растительности вокруг населенных мест) и где резко возрастает риск заболеваемости, инвалидности и смертности населения [226, с. 109].

Особенно чувствителен к качеству экологической среды детский организм, и здоровье детей выступает здесь своеобразным индикатором. Череповец – город-лидер в Российской Федерации по уровню загрязнения окружающей среды. Уровень заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет болезнями органов дыхания в Череповце является самым высоким в регионе: так, в 2007 году он составил 176257,2 на 100 тыс. нас. (в Вологде – 160013,9; по области – 137581,6). Кроме того, Череповец лидирует в регионе по среднемуголетнему уровню загрязнения атмосферного воздуха (75% от общего выброса загрязняющих веществ в атмосферу от стационарных источников в Вологодской области) [68, с. 113]. Неблагополучная экологическая ситуация отмечается также в районах: Грязовецком, Тотемском, Кадуйском, Шекснинском, Сокольском и Вологодском.

Основными загрязнителями атмосферного воздуха являются стационарные источники: предприятия черной металлургии (56,3% – вклад отрасли в суммарный выброс ЗВ), энергетики (4,6%), химической промышленности (2%), деревообработки, лесной и лесохимической промышленности (1,9%), металлообработки и машиностроения (0,6%), строительной индустрии, мебельного производства. Значительный вклад в загрязнение атмосферного воздуха вносит автомобильный транспорт – 19% [70; 93].

Судя по результатам мониторинга здоровья детей, в среднем 28% детей (по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих экологических условиях (в когорте 1995 г. – 24,6%, в когорте 1998 г. – 25,7%, когорте 2001 г. – 32,5%, в когорте 2004 г. – 27,4%). За период проведения исследования (с 1995 по 2008 г.) оценка родителями экологических условий в месте проживания семей практически не изменилась.

Анализ показывает, что здоровье детей чутко реагирует на воздействие экологических загрязнителей. Так, в хороших экологических условиях проживает 33% восьмилетних детей с первой группой здоровья и 4% – с различными заболеваниями. По мере ухудшения условий доля здоровых детей сокращается до 17%, а доля детей с заболеваниями увеличивается до 34%. Возрастная динамика показывает, что если в плохих условиях проживало всего 17% восьмилетних детей с первой группой здоровья, то к десяти годам все эти дети имели отклонения в состоянии здоровья (табл. 4.18).

Таблица 4.18. **Взаимосвязь экологических условий и здоровья детей**
(на примере когорты 1998 г.; в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Экологические условия	8 лет		9 лет		10 лет	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Хорошие	33,3	3,8	27,3	7,6	33,3	7,1
Удовлетворительные	50,0	62,0	54,5	56,1	66,7	64,3
Плохие, очень плохие	16,7	34,2	18,2	36,4	0,0	28,6

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Дети, постоянно живущие в плохих экологических условиях, чаще болеют. По данным обследования 2008 г., доля неболевших детей в 2 – 3 раза меньше в семьях, проживающих в микрорайонах с неудовлетворительным качеством воды, загрязненным воздухом, повышенным уровнем шума, чем в семьях, проживающих в более благоприятных экологических условиях (табл. 4.19).

Таблица 4.19. **Влияние неблагоприятных экологических факторов в постоянном месте проживания на кратность заболевания детей**
(на примере когорты 1995 г.; в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Неблагоприятный экологический фактор		Кратность заболеваний детей		
		Не болел	Болел эпизодически	Часто болел
Плохое качество воды	Нет	36,4	54,5	9,1
	Есть	23,5	76,5	0,0
Загрязненный воздух	Нет	50,0	50,0	0,0
	Есть	25,0	70,8	4,2
Повышенный уровень шума	Нет	50,0	50,0	0,0
	Есть	20,0	75,0	5,0

Семьи, которые проживают в плохих экологических условиях, стараются смягчить негативное действие неблагоприятных факторов: половина респондентов используют фильтры для воды, около 20% покупают питьевую воду или берут из скважины; в среднем 5% опрошенных пользуются воздухоувлажителем и 3% – кондиционером (табл. 4.20).

Таблица 4.20. Сведения о способах смягчения влияния неблагоприятных экологических факторов (в % от числа опрошенных, в 2008 г.)

Вариант ответа	Когорта			
	2004 г.	2001 г.	1998 г.	1995 г.
<i>Распределение ответов на вопрос: «Если Вас не удовлетворяет качество питьевой воды, то что Вы предпринимаете ..?»</i>				
Покупаем фильтры для воды	50,0	47,5	44,1	58,5
Покупаем воду	23,9	27,1	20,6	19,5
Берем воду из скважины	19,6	20,3	17,6	12,2
Используем воду из-под крана	26,1	25,4	26,5	19,5
Другое	2,2	1,7	5,9	7,3
<i>Распределение ответов на вопрос: «Если Вы проживаете в районе с загрязненным воздухом, пользуетесь ли Вы ..?»</i>				
Кондиционером	4,8	2,5	3,3	2,7
Воздухоочистителем	7,1	0,0	0,0	2,7
Воздухоувлажителем	7,1	2,5	6,7	5,4
Ничем не пользуемся	83,3	90,0	80,0	86,5

В обеспечении нормального развития и крепкого здоровья детей огромна роль взрослых.

Своевременное обнаружение заболеваний во многом зависит от своевременности обращения к врачам-специалистам. Около 70% родителей в обследованных семьях всегда обращаются к врачам в случае острых либо обострения хронических заболеваний у ребенка и полностью выполняют рекомендации докторов. Примерно четверть родителей признались, что не всегда выполняют рекомендации, данные педиатром. Особенно часто такая тенденция прослеживается в неполных семьях. В других семьях прибегают к самолечению, средствам народной медицины или же обращаются к врачу уже при тяжелом состоянии ребенка. Это может быть обусловлено как финансовыми проблемами (потери заработка при выходе на больничный, боязнь потери рабочего места в связи с частыми болезнями ребенка), так и низкой медицинской грамотностью родителей. Проведенный анализ показал, что 78% родителей с высшим образованием (против 60% – с неоконченным средним) всегда обращаются к врачам в случае острых заболеваний либо обострения хронических заболеваний у ребенка.

При помощи специального блока вопросов в анкете [56] была выявлена необходимость консультаций у специалистов различных профилей для пятилетних детей (когорты 1995 г.). Анализ показал, что 32% детей нуждаются в консультации отоларинголога, 32% – аллерголога, по 16% – невропатолога и гастроэнтеролога. Сопоставление этих данных с оценкой родителями нуждаемости в медико-социальных мероприятиях выявляет недостаточное понимание родителями необходимости проведения профилактических мероприятий (табл. 4.21).

Таблица 4.21. Сопоставление необходимости и оценки нуждаемости в медико-социальных мероприятиях (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Родительская оценка нуждаемости в медико-социальных мероприятиях (показаны наиболее популярные позиции)	Необходимость проведения консультаций у специалистов (по результатам анализа)				
	невропатолог	ревматолог	отоларинголог	гастроэнтеролог	аллерголог
Организация диетпитания	14,3	0,0	0,0	0,0	7,1
Санаторно-курортное лечение	42,9	0,0	64,3	28,6	50,0
Организация консультаций у специалистов	28,6	50,0	14,3	14,3	28,6

Примечательно, что при явных признаках у детей беспокойства со стороны желудочно-кишечного тракта, проявлений аллергии крайне малая часть родителей задумывается о необходимости диетпитания. Очень мала доля родителей, отметивших, что их детям необходима консультация специалистов, особенно если недомогания связаны с желудочно-кишечным трактом, носоглоткой (14%).

Наличие вредных привычек в семье является препятствием для формирования позитивных ориентаций на здоровый образ жизни у подрастающего поколения. По данным ВОЗ, распространенность употребления табака подростками 13 – 15 лет в России составила 27%, в Европейском регионе – 18%, в мире в целом – 14% (за период 2000 – 2008 гг.) [181].

Таким образом, результаты исследования позволяют говорить о невысокой медицинской активности родителей как одного из звеньев в цепочке сохранения и укрепления здоровья детей. Мониторинг позволил выделить следующие характеристики медицинской активности семей: медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает; родители часто неадекватно оценивают здоровье детей, не видят необходимости в организации диетпитания, консультаций у врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие хронических заболеваний; многие семьи при различных недомоганиях ребенка не обращаются к врачу, предпочитая самолечение; в семьях высока распространенность вредных привычек.

Осознание родителями непреходящей ценности своего здоровья и здоровья своих детей, потребности личного участия в его сохранении и укреплении является главным условием повышения медицинской активности.

Н.М. Римашевская подчеркивает, что «здоровье детей фактически определяет состояние взрослых не только в трудоспособном возрасте, но и за его пределами. А это фактически определяет возможный возраст выхода на пенсию...» [251, с. 72]. Такое же определяющее значение имеет здоровье детей и для репродуктивного потенциала: чем здоровее дети, тем крепче здоровье будущих матерей и отцов, что, в свою очередь, обеспечит рождение здорового поколения.

Подводя предварительные итоги, отметим:

1. Здоровье детей ухудшается. За период 1998 – 2007 гг. уровень заболеваемости детей в возрасте 0 – 14 лет увеличился в Российской Федерации на 43%, в Вологодской области на 39%. Рост заболеваемости отмечался по всем основным классам болезней, преимущественно за счет хронических заболеваний.

Вместе с тем в 2005 – 2008 гг. произошло значительное снижение заболеваемости новорожденных детей в Вологодской области, что связано с осуществлением национального проекта «Здоровье» и целевых региональных программ.

2. Происходит снижение потенциала здоровья детей, полученного при рождении. Лонгитюдное исследование здоровья и развития детей позволило выявить, что здоровье ухудшается поэтапно, ступенчато.

3. Установлены основные критические периоды детства: первый год жизни (среди новорожденных доля здоровых детей и детей с минимальным риском потери здоровья составляет 60 – 40%, к одному году она снижается до 20 – 15%); 6 – 7 лет (удельный вес детей, имеющих хронические заболевания, увеличивается в среднем на 5 – 6%), что связано с наиболее ответственными моментами социальной адаптации.

4. Среди детей, проживающих в районных городах и поселках, больше неболеющих, ниже удельный вес, имеющих хронические заболевания, чем в городах Вологде и Череповце. Но это может быть обусловлено не только лучшим здоровьем детей в районных городах и поселках, но и низкой медицинской активностью их семей, а также более низким качеством работы районных служб здравоохранения и, как следствие, меньшей выявляемостью заболеваний, чем в крупных городах.

5. Проведенный анализ позволил выявить факторы, оказывающие статистически существенное влияние на здоровье детей. Установлено, что в различные возрастные отрезки воздействие факторов не одинаково.

В раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают следующие факторы:

- Плохое здоровье родителей: так, матери здоровых детей в 65% случаев имели хорошее и отличное здоровье, а больных детей – только в 51% случаев. В то же время матери больных детей имели удовлетворительное здоровье (43%) значительно чаще, чем здоровых (35%). У матерей с удовлетворительным здоровьем дети в 4 раза чаще имеют хронические заболевания, чем у матерей с отличным здоровьем.

- Низкий уровень гемоглобина в период беременности: у женщин, страдавших анемией во время беременности, всего 29% детей родились здоровыми; за год удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%; в 2 года – до 7%, в 3 года он составил чуть больше 1%. В Вологодской области среди заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время ее, в период с 1995 по 2007 г. основную долю составляли анемии – 35%.

- Вредные привычки матери, в частности курение, увеличивают риск рождения маловесных детей. У женщин, продолжавших курить и во время беременности, удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3-14%. Доля здоровых детей у куривших во время беременности матерей в 4 раза меньше, чем у некуривших. Распространенность курения среди беременных женщин значительно возросла (с 3% в 1995 году до 13-15% в последующих когортах).

- Условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам. В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности (12,5% против 8,8% матерей у здоровых детей), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психического напряжения (37,5% против 29,4%), ночного времени (12,5% против 1,5%). Данный фактор широко распространен и в популяции: так, в регионе в 2006 г. 26% женщин трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях, в то время как в 2000 г. этот показатель не превышал 7%.

- Здоровье детей в первый год жизни во многом определяется характером вскармливания младенца. По данным мониторинга, дети, находившиеся на грудном вскармливании, в 2 раза реже болели по сравнению с детьми, находившимися на искусственном питании.

При формировании здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы, чем в младенческом. Увеличивается удельный вес факторов среды обитания, образа и уровня жизни семьи, снижается воздействие медико-биологических факторов.

- Ослабленное здоровье детей в первый год жизни усиливает риск формирования хронических заболеваний в старшем возрасте. У детей, не болевших на втором году жизни, к пяти годам не было хронических заболеваний. В то время как среди детей, которые часто болели в 2 года, к пяти годам 10% имели хронические заболевания, к восьми годам – 30%.

- Уровень жизни семьи оказывает значительное, часто опосредованное влияние на формирование здоровья детей. Низкие доходы семей лимитируют возможность организации полноценного питания детей и вложения средств в профилактику и укрепление их здоровья. При этом около 20% детей в возрасте до 16 лет в России проживает в условиях бедности. В то же время в период с 2000 по 2008 г. в связи с оживлением экономики отмечался рост заработной платы. Согласно данным мониторинга, некоторое улучшение в данный период выявлено и в субъективных оценках покупательной способности доходов семей. Отмечено увеличение доли респондентов, которым денег хватает на все текущие расходы, – с 27 до 38%. Число семей, считающих, что денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности, уменьшилось соответственно с 53 до 37%.

Данные обследования доказывают, что при недостаточном, несбалансированном питании дети чаще болеют, а ограниченность родителей в средствах затрудняет приобретение необходимых лекарственных препаратов. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что факторы риска, ведущие к ухудшению здоровья детей, сконцентрированы в семьях с низкими доходами.

- Важным фактором, влияющим на здоровье, являются жилищные условия, в которых проживают дети. Дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводит к ослаблению возможностей общей сопротивляемости организма, снижению иммунитета, что, в свою очередь, является предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается. Более половины семей в исследовании оценили свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 13 – 18% респондентов проживают в требующих капитального ремонта домах и квартирах.

- На формирование здоровья детей существенное влияние оказывают экологические условия в районе проживания. Загрязненный воздух, плохое качество питьевой воды негативно влияют на здоровье ребенка. Так, в когорте 1998 г. хорошее здоровье имели 33% детей, проживающих в благоприятных экологических условиях, и 17% – проживающих в плохих экологических условиях. Подобные данные полу-

чены и в другие годы обследования. Заметим, что в среднем 28% детей (по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих экологических условиях. Оценка экологических условий за период с 1995 по 2008 г. существенно не изменилась.

- Низкий уровень социально-гигиенической грамотности и медицинской активности родителей оказывает негативное влияние на здоровье детей. Часто родители для сохранения здоровья своих детей не предпринимают даже элементарных усилий, таких, например, как закаливание, диетпитание. Вместе с тем закаленные дети в 1,5 – 2 раза чаще имеют крепкое здоровье и относятся к первой группе. Что касается организации диетпитания, своевременных консультаций квалифицированных специалистов (мероприятий не очень дорогих, но эффективных), то здесь мнения родителей и педиатров значительно расходятся. Как считают медики, диетпитание требуется 18 – 23% детей, родители же считают необходимым его соблюдение лишь в 2 – 5% семей.

В связи с вышеизложенным становится очевидной важность проведения профилактических мероприятий по укреплению здоровья детей до их рождения. Основными направлениями профилактической работы представляются:

1. Повышение ответственности бизнеса за соблюдение санитарных норм в организациях и на предприятиях; совершенствование законодательной базы в отношении улучшения условий труда, особенно для беременных женщин.

2. Снижение распространенности курения среди населения. Этому может способствовать повышение цен на табачные изделия, создание «свободных от табака зон» на территориях муниципальных образований, развитие волонтерского движения в подростковой среде. Формирование разъяснительных видеоматериалов о вреде влияния никотина на здоровье матери и ребенка и демонстрация их в женских консультациях, центрах планирования семьи, при беседах с подростками.

3. Организация дополнительного кормления беременных женщин и кормящих матерей из малообеспеченных семей для обеспечения необходимым количеством питательных веществ и снижения риска развития анемий. Дополнительное питание может быть рекомендовано акушерами-гинекологами или участковыми педиатрами и выдаваться в торговой сети (магазины, аптеки, молочные кухни).

4. Расширение и интенсификация профилактической деятельности, включая диспансеризацию детей.

5. Повышение уровня жизни населения в целом, и в первую очередь семей, воспитывающих детей. Существующая в настоящее время государственная поддержка недостаточна. Важно увеличить пособие по уходу за ребенком до уровня среднемесячной заработной платы матери. Пособие может выплачиваться на паритетных началах государством и предприятием (по месту работы матери или отца).

6. Расширение возможностей молодых семей в приобретении жилья и улучшении жилищных условий через совершенствование механизмов ипотечного кредитования (современный механизм мало пригоден для большинства молодых семей, воспитывающих малолетних детей). Вовлечение бизнеса в строительство ведомственного, служебного жилья, что представляется возможным на долевых условиях с последующим его выкупом работниками.

7. Ужесточение государственного контроля за соблюдением экологических норм деятельности предприятий. Снижение транспортной загруженности магистралей в крупных городах. Широкое распространение бытовых приборов, смягчающих воздействие агрессивной среды обитания: воздухоочистителей, водоочистителей.

ГЛАВА 5

ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЯ

5.1. Оценка взаимосвязи организации здравоохранения и общественного здоровья

Цели и задачи, которые общество ставит перед здравоохранением в тот или иной исторический период, определяются, с одной стороны, общемировым уровнем развития медицины как науки, ее техническими достижениями, предоставляющими инструментарий для повседневной деятельности конкретных медицинских учреждений, с другой стороны, уровнем социально-экономического развития данного государства и сложившейся в нем политической конъюнктурой, а также тем, насколько пристальное внимание представители власти уделяют вопросам охраны общественного здоровья.

В связи с этим важно понять, какую роль играет здравоохранение в поддержании и укреплении общественного здоровья в современных условиях. На этот вопрос отвечает известная формула ВОЗ, позднее углубленная Ю. Лисициным: роль медицинских служб в сохранении общественного здоровья невелика (всего 8-10%) по сравнению с влиянием других факторов (образ жизни – 49-53%, качество окружающей среды – 17-20%, генетический фактор – 18-22%) [253, с. 17]. Бесспорно, данная пропорция отражает соотношение вклада перечисленных факторов в сохранение здоровья населения, однако лишь в самом общем виде. Для ее конкретизации на национальном, региональном и муниципальном уровнях используют факторный анализ, уточняющий влияние каждой из причин на здоровье населения данной территории. Однако идея о доминирующей роли здорового образа жизни и сравнительно незначительном влиянии уровня организации системы здравоохранения на здоровье людей повсеместно эксплуатируется представителями власти в целях оправдания собственных пробелов в работе.

И хотя справедливо то, что в целом люди сегодня стали более здоровыми, чем 20 – 30 лет назад, системы здравоохранения в большинстве стран мира, вынужденные адаптироваться к новым вызовам времени, становятся средоточием сложно разрешимых противоречий. По оценкам экспертов, службы здравоохранения, являясь основными элементами социальной структуры современных обществ, функционируют не так эффективно, как они могли бы и должны это делать [91].

Вместе с тем по мере модернизации обществ, усиления роли информации, повышения общего уровня образования и благосостояния люди предъявляют все больше требований к системам здравоохранения в интересах самих себя, своих семей, а также общества, в котором живут. По данным ВОЗ, опубликованным в Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2008 г., люди все чаще выступают за равенство в уровне здоровья и против социальной изоляции; за медицинское обслуживание, ориентированное на удовлетворение потребностей и ожиданий населения; за безопасные для здоровья условия проживания и за участие в решении вопросов, которые затрагивают их здоровье и здоровье их общин [91, с. 5]. Однако, наряду с ростом социально-экономических показателей развития здравоохранения, все более усиливается дифференциация населения в плане доступности и качества медицинской помощи в разрезе социальных групп внутри стран, а также в межрегиональных сопоставлениях. Неравенство населения в возможностях поддержания и сохранения здоровья, сложившееся внутри стран и между ними, никогда за всю новейшую историю не было столь велико, как сейчас [306].

Российская Федерация в этом отношении не составляет исключения. Растущие требования россиян к качеству и доступности медицинской помощи на практике зачастую не могут быть удовлетворены: механизмы управления здравоохранением и его финансирования неэффективны, а система медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях страны не отвечает самым элементарным требованиям; все более обостряется неравенство населения в возможностях получения качественных медицинских услуг. В современных условиях глубокого кризиса здоровья, роста уровня заболеваемости и высокой смертности населения РФ, ограничения доступности и качества медицинской помощи, повсеместной коммерциализации медицинских учреждений реализация принципа социальной ориентированности в здравоохранении видится весьма условной и неубедительной.

Согласно результатам исследования ВОЗ, около 45% россиян называют здоровье в качестве первой из причин для беспокойности, включающих также финансовые проблемы, жилье и преступность [91, с. 17].

В России, где ежегодно уходит из жизни около полумиллиона человек только по причине того, что им не была своевременно оказана медицинская помощь, не может и не должно быть поводов для ослабления внимания к проблемам здравоохранения. Во всем цивилизованном мире пришли к осознанию того, что от уровня человеческого капитала в решающей мере зависит и экономический успех страны. В соответствии с Оттавской хартией промоции здоровья, принятой в 1986 г. в Канаде, «хорошее здоровье является главным ресурсом для социального и экономического развития как общества в целом, так и отдельной личности и является важнейшим критерием качества жизни».

В межкризисный период (2000 – 2008 гг.) заявления федеральных чиновников о социальной ориентированности экономики как главном условии строительства современного общества по типу европейских подкреплялись законодательными актами. Были приняты закон о Программе государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи (1998 г.), постановление Правительства РФ «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов» от 22 мая 2004 г. № 249 и Отраслевая программа повышения эффективности здравоохранения в период 2004 – 2010 гг. [238], начали внедряться приоритетные национальные проекты.

Наряду с реализацией социальных обязательств перед гражданами, в России принимались и решения о повышении экономической эффективности отраслей социальной сферы, особо затронувшие сферу здравоохранения. Однако меры по реформированию и модернизации здравоохранения, активно принимаемые в Российской Федерации с 2004 г., были и остаются в большей степени ориентированными на рационализацию использования выделенных ресурсов при оказании медицинской помощи и в меньшей – на повышение ее доступности и качества. Преобразования сопровождаются сокращением созданных ранее коечных фондов, преодолением сложившихся в структуре медицинской помощи диспропорций. Обратной стороной этих изменений становится ограничение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой гражданам, дальнейшее ухудшение здоровья населения.

В этой связи важным представляется анализ функционирования и финансового обеспечения государственной системы здравоохранения России. После значительного спада в финансировании здравоохранения в кризисные 1990-е годы, начиная с 2000 г. расходы государства на здравоохранение увеличивались. В то же время ежегодный темп роста государственных расходов на здравоохранение в период с 1998 по 2005 г. в среднем отставал от темпов роста ВВП почти в 2 раза [358]. В этот

период определенное улучшение экономических условий в стране не трансформировалось в заметный рост государственного финансирования здравоохранения. И только с началом реализации Программы дополнительного лекарственного обеспечения льготных групп населения (ДЛО) в 2005 г. и приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье» в 2006 г. темп роста расходов на здравоохранение стал опережать темп роста ВВП [238; 298, с. 32-63].

В Российской Федерации общее финансирование отрасли здравоохранения в 2007 г. составляло 5,5% от величины ВВП. Россия значительно (от 3 до 10 раз) отстает по этому показателю от многих развитых стран (табл. 5.1). Приведение соотношения между объемом государственных расходов на здравоохранение и величиной национального дохода в соответствие со стандартами развитых стран мира позволило бы увеличить уровень бюджетного финансирования отрасли в 1,5 – 2 раза в расчете на каждого жителя России. Это могло бы создать возможности для значительного улучшения условий функционирования сферы охраны и укрепления здоровья даже при существующем уровне общественного производства, а в последующем – расширить их благодаря поступательному росту ВВП.

Таблица 5.1. Соотношение расходов на здравоохранение и ВВП

Страна	Общие расходы на здравоохранение (на душу населения), долл. по ППС		ВВП на душу населения, долл. по ППС		Отношение величин в странах ОЭСР к уровню РФ, в размах	
	1999 г.	2006 г.	1999 г.	2007 г.	здравоохранение	ВВП
Франция	2 306	3 420	22 897	33 600	4,9	2,5
Германия	2 566	3 465	23 743	33 530	5,0	2,5
США	4 335	6 719	31 872	45 850	9,6	3,5
Великобритания	1 700	2 815	22 093	26 640	4,0	2,0
Канада	2 400	3 673	26 251	35 310	5,3	2,7
Италия	1 859	2 631	22 172	29 850	3,8	2,3
Япония	1 829	2 581	24 898	34 600	3,7	2,6
Россия	285	698	7 473	13 201	х	х

Источники: Human Development Report 2001. Making New Technologies Work for Human Development New York. Oxford: Oxford University Press, 2001. – 278 p.; Доклад о развитии человека. 2005. Международное сотрудничество на перепутье: помощь, торговля и безопасность в мире неравенства. – М.: Весь Мир, 2005. – 416 с.; The World Health Report 2006: Working together for health. – WHO.Geneva, 2006. – 209 p.

Финансирование здравоохранения осуществляется на основе сложившейся бюджетно-страховой модели: за счет поступлений из консолидированного государственного бюджета и средств медицинского страхования (обязательного и добровольного), а также личных средств

граждан. В России на 1 человека тратится из государственных источников 577 долл. по ППС, что в 3,8 раза меньше, чем в среднем в странах ОЭСР (по данным за 2007 г.). Удельный вес государственных расходов в Российской Федерации в 1,8 раза ниже, чем в среднем в странах ОЭСР (3,7% ВВП против 6,6%; *рис. 5.1*).

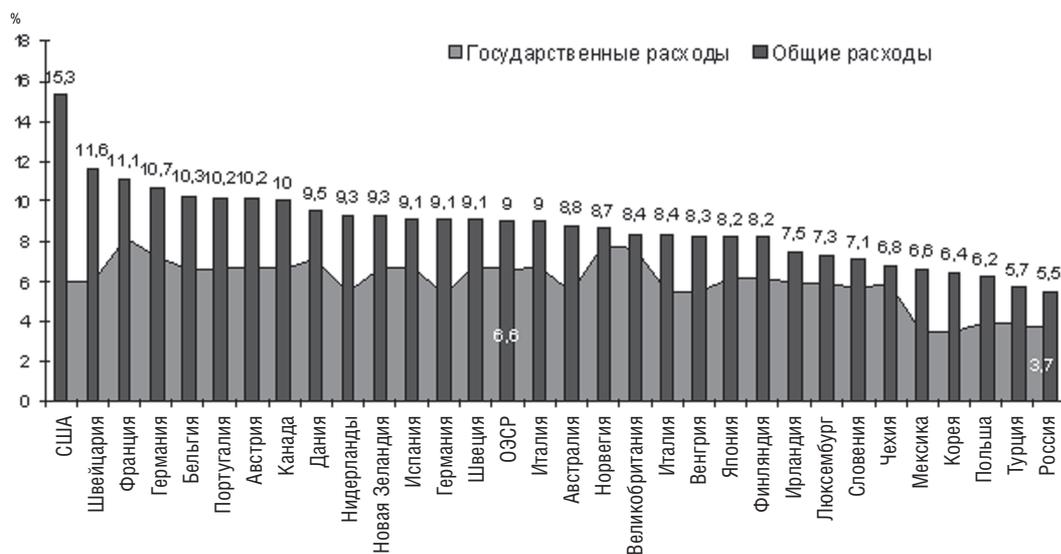


Рис. 5.1. Общие и государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП в странах мира (2006 г.), %

Источник: Данные ВОЗ.

В Российской Федерации частные расходы (расходы населения) на медицинскую помощь составляют 32% от общих расходов на здравоохранение, что выше, чем в развитых странах – в среднем 27% [298, с. 32-68]. Частные расходы складываются из личных расходов населения на платные медицинские услуги, приобретение лекарственных средств, на оплату санаторно-курортного лечения, а также из взносов населения и работодателей на ДМС. Большая доля расходов населения на медицинские услуги в РФ свидетельствует о недофинансировании здравоохранения из государственных источников. Российские граждане, имея более слабое здоровье и низкий уровень жизни в целом, вынуждены оплачивать медицинские услуги в большей степени, чем жители стран мира с развитой экономикой. Соотношение источников финансового обеспечения отрасли зависит не только от уровня государственных расходов, но и от масштабов и структуры заболеваемости населения, материальной базы медицинских учреждений.

Обеспечение граждан бесплатной медицинской помощью гарантировано Конституцией РФ и регулируется Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению.

Однако конституционные гарантии бесплатной медицинской помощи выполняются не в полной мере и не сбалансированы с финансовыми ресурсами, а права граждан на ее получение четко не определены, что ведет к снижению доступности медицинской помощи для населения.

Анализ финансовых показателей реализации территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) позволил установить, что при значительном увеличении государственного финансирования уровень финансовой обеспеченности ТПГГ составляет менее 100%. То есть государство пока не выполняет даже утвержденные нормативы финансирования (рис. 5.2). При этом наблюдается значительная дифференциация регионов по этому показателю. Так, в 2007 г. в 60 субъектах РФ финансирование ТПГГ было дефицитным (всего 65,4 млрд. руб.). Наиболее дефицитными в 2007 г. были ТПГГ в субъектах Южного федерального округа: республиках Ингушетия (56,4%), Дагестан (51,1%), Чеченская (36,1%), Кабардино-Балкарская (36,6%) и в Ставропольском крае (30%). Значительный дефицит финансирования ТПГГ установлен также в Республике Хакасия (34,5%), Приморском крае (30,5%), Тамбовской (28,9%) и Курганской (28,4%) областях [208].

Неравенство регионов сохраняется и в подушевом финансировании территориальных программ государственных гарантий – от 1959,1 руб. в Республике Ингушетия до 32217,2 руб. в Чукотском автономном округе (т.е. в 16,4 раза).

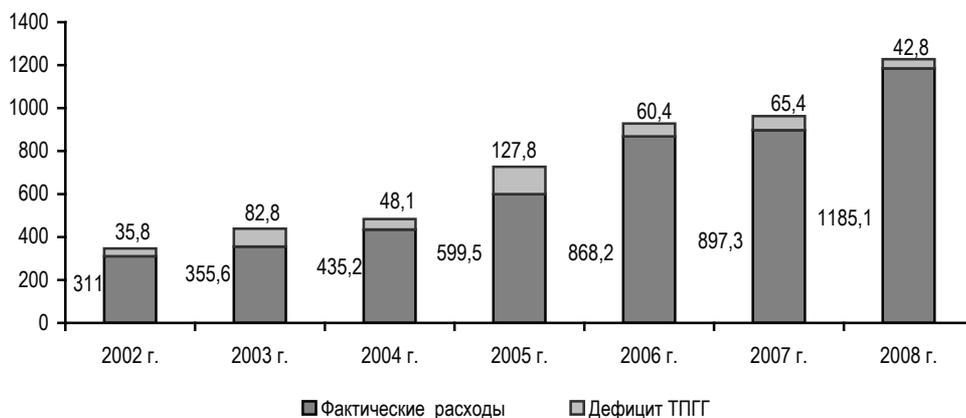


Рис. 5.2. Финансовое исполнение Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи за 2002 – 2008 гг.

Одной из причин формирования значительного неравенства в финансировании социальных расходов, в частности на отрасль здравоохранения, является то, что более чем на 70% финансовое обеспечение осуществляется за счет региональных бюджетов. Вследствие этого в регионах-реципиентах финансирование отрасли существенно ниже,

чем в регионах-донорах. Неравенство формируется и в рамках каждого макрорегиона. Так, например, в Северо-Западном федеральном округе среднедушевые расходы на финансирование здравоохранения в 2006 г. колебались от 170% к уровню РФ (в Санкт-Петербурге) до 57% (в Псковской обл.; табл. 5.2).

Таблица 5.2. Расходы консолидированного бюджета на здравоохранение и спорт в Северо-Западном федеральном округе (на 1 жителя) в 2006 г.

Регион	Расходы на здравоохранение и спорт		
	руб.	в % к РФ	ранговое место в СЗФО
г. Санкт-Петербург	7,552	170	1
Мурманская область	6,454	153,7	2
Республика Карелия	5,214	124,1	3
Республика Коми	5,120	122	4
Вологодская область	4,721	112,4	5
Архангельская область	3,688	87,8	6
Ленинградская область	3,570	85	7
Калининградская область	3,028	72,1	8
Новгородская область	2,955	70,3	9
Псковская область	2,416	57,5	10
В среднем по СЗФО	4,470	106,4	–
В среднем по РФ	4,200	–	–

Таким образом, в России имеет место значительное недофинансирование системы здравоохранения. Вместе с тем существует пропорциональная зависимость между государственным финансированием здравоохранения и показателями здоровья населения, в частности ожидаемой продолжительностью жизни. Из диаграммы рассеяния (рис. 5.3) видно, что для достижения ожидаемой продолжительности жизни – 75 лет – необходимо государственное финансирование здравоохранения не ниже 1500 – 2000 долл. по ППС в год на одного человека.

Кадровые и материально-технические ресурсы системы здравоохранения и эффективность их использования

На качество медицинской помощи в значительной степени оказывает влияние слабая организация ее первичного звена (в том числе укомплектованность врачебным и средним медицинским персоналом), интенсивность оказания стационарной помощи (продолжительность пребывания в больнице), в меньшей – обеспеченность больничными койками и количество госпитализаций в расчете на 100 чел. населения.

В 2008 г. в учреждениях здравоохранения Российской Федерации работали 1958 тыс. работников с высшим и средним медицинским образованием. Из них 621,8 тыс. врачей и 1336,2 тыс. среднего медицинского персонала. Обеспеченность врачами на 1000 населения составила 4,3,

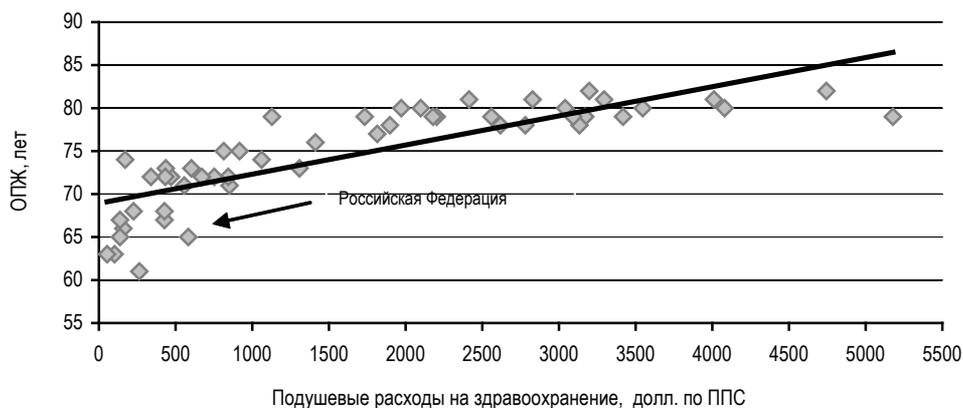


Рис. 5.3. Взаимосвязь ожидаемой продолжительности жизни и уровня финансирования здравоохранения в странах Европейского региона (2006 г.)

Источник: Данные ВОЗ.

что в 1,4 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 на 1000 населения. В то же время в РФ заболеваемость и смертность населения выше, чем в странах ОЭСР.

При более высокой общей обеспеченности населения врачскими кадрами обеспеченность врачами первичного контакта в Российской Федерации (5,2 на 10 тыс. населения, 2008 г.) в 1,7 раза ниже, чем в развитых странах. Диспропорция в соотношении врачей и среднего медицинского персонала в здравоохранении России приводит к тому, что определенную часть рабочего времени врачи, вместо приема пациентов, выполняют «неврачебную» работу. В 2008 г. в России на 100 врачей приходилось в общей сложности 212 работников среднего звена, в то время как в большинстве развитых стран это соотношение составляет 100:300 и более.

Есть основания полагать, что истинный уровень обеспеченности медицинским персоналом в России ниже учитываемого статистикой. Это подтверждается неуккомплектованностью штатных должностей физическими лицами и широким распространением совместительства. Так, например, в Вологодской области штат медицинских работников ЛПУ укомплектован только на 50%. При этом каждый врач работает в среднем на 2 ставки (особенно в сельской местности), а средний медицинский персонал совмещает 1,5 ставки (в крупных городах – 2). Описанное явление характерно для России в целом и ведет к снижению качества предоставляемых услуг и деградации медицинского персонала.

Для России характерно территориальное неравенство в обеспеченности населения медицинским персоналом в разрезе город/село. В сельской

местности обеспеченность врачебными кадрами почти в 4 раза ниже, чем в среднем по РФ (1,2 на 1000 человек, проживающих в сельской местности), а средним медперсоналом – в 2 раза (5,5 на 1000 человек, проживающих в сельской местности). Это снижает доступность качественной медицинской помощи для сельских жителей и является одним из факторов снижения их здоровья.

Наиболее существенные причины недостатка специалистов с высшим медицинским образованием – низкий уровень заработной платы в сфере здравоохранения, неудовлетворительное оснащение медицинским оборудованием и медикаментами, особенно сельских больниц и ФАПов. Россия остается единственной в Европе страной, где минимальная заработная плата устанавливается ниже прожиточного минимума. Работники здравоохранения являются одной из низкооплачиваемых категорий работающих. Система и уровень оплаты труда не мотивируют их к качественной и результативной работе. Несмотря на значительный рост (в период с 2000 по 2008 г. оплата труда медицинских работников увеличилась в 10 раз), ее уровень в 1,3 раза ниже, чем по экономике в целом (табл. 5.3). Крайне низкий размер повышения заработной платы в бюджетной сфере не компенсирует в полном объеме уровень инфляции. В то же время заработная плата врачей в странах ЕС, например в Германии, в 3 – 5 раз превышает заработную плату рабочих и в 2 раза – служащих [271].

Таблица 5.3. Соотношение средней номинальной заработной платы по экономике РФ в целом и в здравоохранении, руб.

Оплата труда	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Средняя зарплата по экономике	2 223,4	3 240,4	4 360,3	5 498,5	6 739,5	8 554,9	10 633,9	13 593,4	17 290,1
Средняя зарплата в здравоохранении	1 333,3	1 959,9	3 141,3	3 662,6	4 612,0	5 905,6	8 059,9	10 036,6	13 209,0

Из-за отсутствия соответствующего финансирования у подавляющего большинства медицинских учреждений слабая материально-техническая база. Число стационаров на 100 тыс. населения в России хотя и превышает в 2 раза число стационаров в Европе, но оснащение абсолютного большинства из них значительно отстает от европейских стандартов. Отсутствует необходимое финансирование капитальных ремонтов учреждений, очень скудно финансируется повышение квалификации специалистов, развитие современных компьютерных технологий [262]. По данным официальной отчетности, в 2008 г. 46% зданий больничных учреждений и 24% – амбулаторно-поликлинических требовали капитального ремонта, более трети медицинских учреждений не имели горячего водоснабжения.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» произошли существенные позитивные изменения в кадровой ситуации регионального здравоохранения (на примере Вологодской области). В частности, дополнительные денежные выплаты медицинским работникам участковой службы (в 2007 г. – 156,7 млн. руб., в 2006 г. – 114,9 млн. руб.) обеспечили увеличение укомплектованности врачами первичного звена с 64 до 81% (на 187 врачей). Однако параллельное снижение коэффициента совместительства врачей-терапевтов (в 2007 г. – с 1,5 до 1,3) и участковых педиатров (с 1,3 до 1,2) позволяет предположить, что реальной причиной увеличения количества врачей «первичного контакта» явился не дополнительный приток кадров извне, а массовое освобождение ранее дополнительно занятых ставок, и, как следствие, появление некомплектованных участков.

Для Российской Федерации характерна неоправданная избыточная госпитализация: пациент проходит курс лечения в стационарных условиях (связанных с высокими общественными затратами), в то время как необходимый набор медицинских услуг в соответствии с его клиническим случаем де-факто мог быть оказан ему с достаточной эффективностью и в амбулаторных условиях. Около 30% госпитализаций в России являются не обоснованными с медико-экономической точки зрения [51]. Принципиальная необоснованность доминирования стационарной помощи в России и Вологодской области подтверждается также низкой продолжительностью жизни хронического больного: в среднем по Российской Федерации этот показатель составляет 7 лет, тогда как во всем мире достигает 20.

В России обеспеченность населения больничными койками на 40% превышает средний показатель по Европейскому Союзу, а значение интегрального показателя объемов госпитализации (число койко-дней в расчете на человека) в два раза превосходит его общеевропейский уровень [51]. По уровню общей госпитализации страна близка к некоторым развитым европейским странам (таким, как Германия и Норвегия), но продолжительность лечения в стационарных условиях, превышающая таковую как в развитых странах, так и в трансформационных экономиках, свидетельствует о низкой эффективности медицинской помощи, а не о более широком предоставлении ее гражданам (табл. 5.4).

Причины сложившейся ситуации в значительной степени обусловлены действующими в ЛПУ региона финансовыми механизмами, среди которых первостепенная роль принадлежит принципу финансирования стационаров, основанному на количественном учете фактически занятых коек и проведенных пациентом койко-дней. Подобная практика,

Таблица 5.4. Показатели стационарной помощи в ряде стран мира

Страны	Число поступивших в стационары на 100 человек населения			Средняя продолжительность пребывания в стационаре (все виды стационаров), дн.		
	1998 г.	2000 г.	2007 г.	1998 г.	2000 г.	2007 г.
Швеция	18,02	15,87	15,63	7,2	6,8	6,2
Норвегия	15,55	16,77	18,82	7,7	7,8	7,0
Германия	22,06	23,50	22,64	7,5	6,8	11,4
Российская Федерация	20,66	21,95	23,67	16,3	15,5	13,6
ЕС (члены с 2004 или 2007 гг.)	17,92	18,93	20,52	10,5	9,6	7,6
СНГ	18,95	19,01	20,79	15,6	14,8	12,6

Источник: База данных «Здоровье для всех». – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>

существующая и в Ленинградской области, приводит к чрезвычайно высокому предложению стационарного лечения, и зачастую без объективной необходимости.

Ряд способов оплаты стационарной помощи, в той или иной степени стимулирующих рост предложения стационарных услуг (за количество фактически проведенных койко-дней, по смете расходов, за законченный случай госпитализации), распространены в абсолютном большинстве субъектов РФ. В то время как метод оплаты за согласованные объемы медицинской помощи, который позволяет более адекватно учесть реальную сложность оказываемой помощи и создать стимулы к повышению эффективности использования ресурсов стационаров, в 2006 г. применялся лишь в 8% регионов России (в Кемеровской, Костромской, Самарской, Тульской областях, Республике Чувашия).

Немаловажное значение имеют и другие факторы, в силу исторических и социально-экономических причин способствовавшие абсолютизации стационарной помощи и приданию ей статуса единственно результативной как в России в целом, так и в рамках Вологодской области. Это традиционно низкая развитость амбулаторного звена в условиях сельской местности, недостаточная мотивация поликлинических врачей к эффективному лечению на первичном этапе медицинской помощи, отягощенная их ограниченной ответственностью за результаты лечения, низкая медицинская активность населения, ведущая к распространению хронических заболеваний и т. д.

Повышению эффективности функционирования сферы здравоохранения способствует развитие дневного стационарного обслуживания при больничных и амбулаторно-поликлинических учреждениях. Но создание дневных стационаров и развитие других стационарозамещающих технологий происходит медленно. За последнее десятилетие

всего на 10% увеличилось число операций, проведенных в амбулаторных условиях [65, с. 472]. На сегодняшний день складывается заметная дифференциация регионов РФ по показателям внедрения в практику здравоохранения малозатратных и эффективных форм медицинской помощи (табл. 5.5).

Таблица 5.5. Показатели развития и функционирования дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях в регионах РФ в 2006 г.

<i>Обеспеченность населения койко-местами в ДС при амбулаторно-поликлинических учреждениях, на 10 тыс. чел. населения</i>			
Регионы с высоким уровнем развития ДС (область/республика)		Регионы с низким уровнем развития ДС (область/республика)	
Ивановская	30,72	Ингушетия	0,49
Пензенская	19,13	Дагестан	0,85
Кемеровская	18,0	Карачаево-Черкесия	1,84
Башкортостан	17,07	Рязанская	2,63
Ульяновская	16,68	г. Москва	3,12
Воронежская	15,92	Кабардино-Балкария	3,20
Калмыкия	15,84	Курская	3,43
Вологодская	14,96	Московская	3,48
Свердловская	14,72	Калининградская	3,58
Мордовия	14,50	Тверская	3,63
<i>В среднем по РФ – 8,04</i>			
<i>Число больных, пролеченных в ДС при амбулаторно-поликлинических учреждениях, на 10 тыс. чел. населения</i>			
Ивановская	57,76	Ингушетия	1,60
Кемеровская	55,87	Дагестан	2,32
Воронежская	50,57	Рязанская	5,53
Пензенская	50,26	Курская	6,56
Ульяновская	48,67	Кабардино-Балкария	6,87
Коми	46,77	Смоленская	7,95
Бурятия	46,05	Московская	8,98
Тыва	43,39	г. Москва	9,16
Тульская	41,83	Тверская	11,18
Вологодская	38,75	Ростовская	11,23
<i>В среднем по РФ – 21,90</i>			
Источник: Калининская А.А., Стукалов А.Ф., Аликова Т.Т. Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи: организация и эффективность деятельности // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – №6. – С. 5.			

Неравномерность развития стационарозамещающих форм медицинской помощи в регионах России, выявленная при анализе, свидетельствует о низком уровне нормативно-методической обеспеченности данного направления реструктуризации на федеральном уровне.

Развитие стационарозамещающих технологий определяется также степенью распространенности услуг, оказываемых в стационарах,

на дому, и количеством высокотехнологичных операций, осуществляемых в специализированных центрах амбулаторной хирургии. По количеству оперативных вмешательств (116 в 2006 г.), проведенных двух действующих центрах амбулаторной хирургии, Вологодская область уступает ряду других субъектов РФ, где количество подобных операций существенно выше (табл. 5.6). Так, в Кемеровской области, субъекте РФ, отличающемся высоким уровнем организации здравоохранения, при численности населения около 2826000 человек действуют 116 реабилитационных центров, а количество оперативных вмешательств, выполненных во всех центрах амбулаторной хирургии, за 2006 г. составило 15142.

Таблица 5.6. Развитие стационарозамещающих технологий в регионах СЗФО (данные 2006 г.)

Субъект РФ	Развитие стационарозамещающих технологий в амбулаторно-поликлинической службе и ОВП			Число действующих центров	Число оперативных вмешательств, выполненных во всех центрах амбулаторной хирургии
	дневного стационара	городского реабилитационного центра	стационара на дому		
<i>Республики</i>					
Карелия	+	+	+	1	51
Коми	+	+	+	-	Н.д.
<i>Области</i>					
Архангельская	+	-	+	8	3 928
Вологодская	+	+	-	2	116
Калининградская	+	+	+	1	1 332
Ленинградская	+	-	+	-	Н.д.
Мурманская	+	+	+	1	1 076
Новгородская	+	+	-	-	Н.д.
Псковская	+	+	+	-	Н.д.
Источник: Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных. – URL: http://www.healthreform.ru/					

Из стационарозамещающих технологий (дневные стационары в поликлинике, палаты дневного пребывания в больнице, стационары на дому) на территории РФ и Вологодской области наиболее распространены дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях. По оценкам специалистов, стоимость лечения больных в дневном стационаре приблизительно на 30% меньше, чем в круглосуточном [287, с. 22]. Однако помимо экономической целесообразности дневные стационары имеют и значительный социальный эффект, являясь более привлекательным способом лечения для больных, поскольку не требуют круглосуточного пребывания в стенах стационара.

Одна из проблем развития практики стационарозамещающего лечения – недостаточная разработанность нормативной базы. Порядок направления и госпитализации в дневной стационар, режим его работы утверждаются руководителем лечебно-профилактического учреждения. Это требует высокого уровня профессиональной квалификации управленцев, но вместе с тем представляется крайне затруднительным в условиях объективного недостатка нормативной информации. Отсутствие утвержденной системы стандартов, которая содержала бы конкретные показания (и противопоказания) к направлению пациентов в ДС, представляется существенным фактором, тормозящим развитие СЗТ в российском здравоохранении. Отсутствие подобной стандартизированной технологии принятия решений объясняется недостаточной степенью научной разработанности проблемы экономического анализа медицинских услуг, программ и технологий в России. Число исследований, посвященных оценке экономической и медицинской эффективности альтернативных медицинских технологий и лекарственных препаратов (фармакоэкономический анализ), в отечественном здравоохранении недостаточно, подобные разработки носят сугубо локальный характер, исключая возможности для заимствования научных результатов из зарубежных источников и перенесения их на российскую действительность.

Подобная ситуация требует принятия соответствующих инициатив – как по разработке ряда регламентирующих документов, отвечающих современным требованиям медицинской практики, так и по активизации научных исследований в сфере экономического анализа медицинских технологий. Однако и в сложившихся на сегодняшний день масштабах развитие стационарозамещающих технологий в ЛПУ области стало существенным фактором повышения рациональности и эффективности отрасли и перспективным направлением развития здравоохранения.

Изменения, происходящие в региональном здравоохранении в рамках процесса его реформирования, помимо коечных фондов затрагивают также и объемы стационарной помощи (по случаям госпитализации и ее срокам). Сокращение уровня госпитализации и приведение его к общефедеральному нормативу в регионах России, участвующих в реализации пилотного проекта (Вологодская область является регионом-участником), сокращение объемов носит обязательный характер, будучи законодательно установленным [179].

Следует подчеркнуть, что сокращение емкости больниц не является самоцелью – речь идет о реструктуризации коечного фонда. Сокращение должно коснуться тех направлений госпитализации, для которых

оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара нецелесообразно не только с экономической, но и с медицинской точки зрения, причем этот процесс должен сопровождаться пропорциональным развитием амбулаторных служб, включая и стационарозамещающие.

Кроме того, представляется неправильным ограничение объемов госпитализации больных, поскольку повышение эффективности медицинской помощи должно проявляться не в ограничении доступа к лечению в стационаре, а в сокращении сроков пребывания пациентов в нем, в том числе и за счет распространения однодневных госпитализаций. В то же время следует учитывать, что интенсификация деятельности стационаров может проводиться лишь при существенном улучшении качества медицинской помощи в них, в противном случае больные будут выписываться «недолеченными», что приведет к рецидивам и осложнениям заболеваний.

Опыт стран Западной Европы и Северной Америки свидетельствует: проблема избыточного коечного фонда не может быть решена ни посредством простого сокращения емкостей больниц без их закрытия или перепрофилирования (поскольку значительная доля больничных расходов связана с эксплуатацией зданий и оборудования), ни путем простой ликвидации ряда учреждений, поскольку проблема качества для оставшихся ЛПУ (материальная обеспеченность, квалификация персонала и т. д.) в этом случае не будет решена [244, с. 34]. Реструктуризация предполагает комплексный характер реализации, а не уход в частные действия по выполнению федеральных нормативов. В противном случае она становится деструктивным явлением, неизбежно приводящим к ограничению доступности медицинской помощи для населения.

Политика реструктуризации не может быть эффективной без изменений как в материальном оснащении ЛПУ, так и без соответствующего уровня подготовки медицинских кадров. Очевидно, что применение новых технологий амбулаторной хирургии требует наличия самого современного оборудования и особой квалификации врачей. Только в этом случае произойдет повышение эффективности стационарной помощи, поскольку средства будут концентрироваться и использоваться целевым образом. К сожалению, эта сторона реформ не регламентирована столь жестко и не финансируется должным образом.

Реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений с приоритетом амбулаторно-поликлинического звена осуществляется медленно. В целом сохраняется госпитальный тип системы здравоохранения, обусловленный неготовностью амбулаторно-поликлинических учреждений к принятию на себя больших объемов медицинской помощи из-за низкой укомплектованности первичного звена, недостаточного

технического оснащения. Вместе с тем значимой проблемой для современной России являются низкий уровень квалификации и отсутствие должного стимулирования у участковых врачей, осуществляющих первичный прием населения.

Качество приема пациентов российскими врачами «первичного контакта» оценивается экспертами как низкое. В частности, чрезвычайно высок (более 30% от посещений) уровень направляемости пациентов врачами-терапевтами к узким специалистам (для сравнения: в странах ЕС эта доля составляет от 4 до 10%). Это создает ситуацию перегруженности врачей узких специальностей и неизбежно приводит к снижению качества оказываемых ими медицинских услуг и ограничению доступности специализированной медицинской помощи.

Более того, оплата амбулаторной помощи в поликлинических учреждениях Вологодской области производится по посещениям, что фактически ставит врачей в такие условия, когда уровень заработной платы находится в прямой зависимости от объемов предоставляемой медицинской помощи. Аналогичный способ оплаты амбулаторной помощи учреждений, включенных в систему ОМС, в 2006 г. имел место в Ленинградской, Новгородской, Архангельской областях и Ненецком автономном округе в рамках СЗФО и в 88% субъектов РФ в целом (причем их доля с 2004 г. увеличилась на 11%).

Разрешение ситуации неоправданной обращаемости к врачам узкого профиля не может произойти без увеличения кадровой обеспеченности первичного звена и существенного повышения уровня профессиональной компетентности специалистов терапевтических служб. Доля неверных диагнозов и назначений, допускаемых российскими врачами на первичном приеме, достигает 40% (для сравнения: в Англии величина подобных ошибок не превышает 9,3%) [24].

В национальном проекте «Здоровье», стартовавшем в России в 2006 г., главной задачей стоит улучшение первичной медико-санитарной помощи, т.е. необходимо сделать доступным и качественным первый контакт человека с медицинским работником в сельском фельдшерско-акушерском пункте, сельском врачебном участке, скорой помощи, в детских и взрослых поликлиниках, женских консультациях. Эти задачи невозможно решить без кадров, однако в целом по России дефицит медицинских сестер и врачей в первичном звене составляет 30-40%.

Успешное лечение больных как одна из важных задач здравоохранения во многом зависит от структурно-технологических показателей деятельности отрасли. Исследования, проведенные в Институте системного анализа, подтверждают тесную взаимосвязь результатов лечения с показателями здравоохранения (*табл. 5.7*).

Таблица 5.7. **Значимость влияния факторов, связанных с состоянием отрасли здравоохранения, на результаты лечения больных** [66, с. 2118]

Фактор	Показатель корреляции
Уровень квалификации кадров	+ 0,95
Рациональное размещение объектов, оказывающих медицинские услуги населению	+ 0,95
Уровень медико-технологического обеспечения	+ 0,94
Уровень развития медицинской науки и медицинской техники	+ 0,92
Обеспеченность населения больничными койками	+ 0,88
Обеспеченность населения врачами	+ 0,88
Укомплектованность врачебных должностей	+ 0,68
Обеспеченность населения амбулаторно-поликлинической помощью	+ 0,67
Укомплектованность должностей участковых врачей	+ 0,59
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений	+ 0,52

Исходя из выявленных зависимостей, для повышения эффективности лечения усилия следует сосредоточить на развитии медицинской науки и техники, повышении квалификации кадров и оснащении медицинских учреждений современным технологическим оборудованием, при обеспечении равного доступа населения к медицинским услугам.

В условиях недостаточного государственного финансирования региональные структуры здравоохранения вынуждены изыскивать пути, позволяющие увеличить финансирование, а также максимально эффективно использовать имеющиеся средства. Перечислим направления, на которых сосредоточены усилия регионального здравоохранения (на примере Вологодской области):

1. *Привлечение дополнительных средств, в том числе путем принятия областных целевых программ.*

Программно-целевое планирование, развитие региональных целевых программ позволяет несколько увеличить финансирование отрасли (табл. 5.8). Однако решить в целом проблему низкого финансирования отрасли и слабой эффективности ее работы целевые программы не могут. Следует отметить и то, что в подавляющем большинстве случаев оценка эффективности целевых программ ведется не по изменению индикаторов общественного здоровья, а по освоенным финансовым

Таблица 5.8. **Изменение показателей областных целевых программ в Вологодской области**

Показатель	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Объем финансирования ОЦП, млн. руб.	107,0	211,4	226,8	341,6	272,8	206,7	401,0	326,8
Количество ОЦП	9	8	12	16	17	10	15	14

средствам. Такой подход, на наш взгляд, недопустим. Необходимо оценивать результативность программы именно по достигнутым результатам в плане изменения индикаторов здоровья, оговоренных и указанных при принятии программы в качестве ожидаемых результатов.

2. Анализ эффективности использования финансовых средств. Расчет и обоснование приоритетных направлений финансирования регионального здравоохранения.

Для оценки финансовых аспектов деятельности медицинских учреждений Департаментом здравоохранения Вологодской области используется метод финансового анализа по методу «затраты – результаты», целью которого является научное обоснование приоритетов реформирования и финансирования регионального здравоохранения на основе комплексного социально-экономического изучения эффективности финансовых затрат по оказанию медицинской помощи населению региона.

В качестве интегральной характеристики социально-экономических потерь здоровья населения используется показатель потенциально потерянных лет жизни за счет преждевременной смертности от конкретных причин (ППЖ). Этот индикатор наиболее доступен для анализа, т.к. в области имеется достоверная статистическая информация о смертности. Использование индекса ППЖ позволяет определить экономическую и социальную эффективность расходуемых средств, выделить наиболее затратные классы заболеваний. Кроме того, результаты финансового анализа позволяют выявить муниципальные образования, классы заболеваний, которые в первую очередь нуждаются в финансовой поддержке.

3. Развитие и усиление профилактического направления в здравоохранении.

Улучшение демографических показателей и показателей общественного здоровья населения, а также реструктуризация коечной сети невозможны без ориентации системы здравоохранения на профилактику основных заболеваний. Наглядным примером эффективного вложения средств в профилактику заболеваний являются результаты выполнения ОЦП «Вакцинопрофилактика». Объемы финансирования программ вакцинопрофилактики в Вологодской области к 2007 г. составили 18,2 млн. руб. (рис. 5.4). Повышение объемов иммунизации, произошедшее благодаря дополнительным бюджетным ассигнованиям, привело к существенному снижению заболеваемости населения Вологодской области. Так, заболеваемость ее жителей гепатитом А снизилась со 142,3 случая на 100 тыс. чел. населения в 2005 г. до 4-х – уже к 2007 г. (рис. 5.5).



Рис. 5.4. Объемы финансирования программ вакцинопрофилактики в Вологодской области, млн. руб.

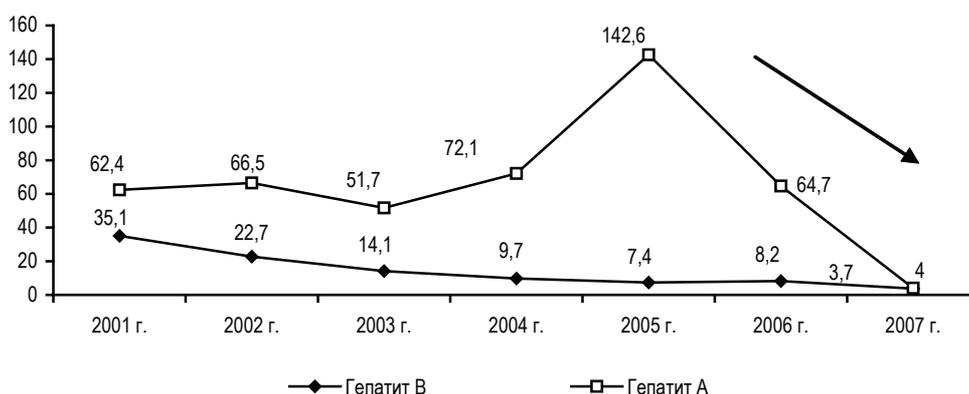


Рис. 5.5. Заболеваемость населения Вологодской области гепатитом А и В (на 100 тыс. нас.)

4. Переход от сметного к подушевому принципу финансирования.

Одной из главных финансовых проблем региональной системы здравоохранения в настоящее время является сметный принцип финансирования медицинских услуг. Такой способ распределения бюджетных средств неадекватен индивидуальным потребностям клиентов медицинских учреждений, а также не обеспечивает соблюдение принципа направленности на рациональное расходование бюджетных средств. Для повышения эффективности финансовых затрат и достижения целей развития отрасли здравоохранения необходим перевод первичного звена здравоохранения на подушевой принцип финансирования, заключающийся в выделении денежных средств на каждого пролеченного больного. При данном подходе сотрудники медицинских учреждений приобретают материальную заинтересованность в полном выздоровлении клиента, что обеспечивает более качественный и производительный характер медицинского обслуживания.

Таким образом, подводя предварительные итоги, отметим, что за период с 2000 по 2008 г., при некотором улучшении показателей функционирования системы здравоохранения, принципиальных изменений в существующих тенденциях не произошло.

1. Несмотря на увеличение финансирования отрасли здравоохранения России, связанное с осуществлением Программы дополнительного лекарственного обеспечения и Национального проекта «Здоровье», имеет место значительное недофинансирование здравоохранения из государственных источников и неэффективное распределение средств (усиливающее дифференциацию) между субъектами Федерации. Уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий составляет менее 100%. В 2007 г. в 60 субъектах РФ финансирование ТПГГ было дефицитным, в 2008 г. дефицит финансирования составил в среднем 43%. При этом наблюдается значительная дифференциация регионов по этому показателю.

2. Существенное неравенство в показателях здоровья населения различных субъектов Российской Федерации и жителей городской и сельской местности обусловлено меньшей доступностью медицинской помощи в «бедных» регионах и на селе.

3. В общем финансировании здравоохранения в Российской Федерации частные расходы (расходы населения) на медицинскую помощь составляют 32% от общих расходов на здравоохранение, что выше, чем в развитых европейских странах (27%). Это увеличивает финансовое бремя населения и снижает доступность медицинской помощи.

4. При общем высоком уровне обеспеченности медицинскими кадрами в стране наблюдается значительный дефицит (30 – 40%) медицинских кадров первичного звена. Кроме того, для России характерно территориальное неравенство в обеспеченности населения медицинским персоналом в разрезе город/село. В сельской местности обеспеченность врачебными кадрами почти в 4 раза ниже, чем в среднем по РФ, а средним медперсоналом – в 2 раза.

5. Наиболее существенная причина недостатка специалистов в сфере здравоохранения – низкий уровень заработной платы. Несмотря на значительный рост (в период с 2000 по 2008 г. оплата труда медицинских работников увеличилась в 10 раз), ее уровень в 1,3 раза ниже, чем по экономике в целом.

6. Материально-техническая база отрасли находится в упадке. По данным официальной отчетности, в 2008 г. 46% зданий больничных учреждений и 24% – амбулаторно-поликлинических требовали капитального ремонта, более трети медицинских учреждений не имели горячего водоснабжения. Обеспеченность учреждений современным медицинским оборудованием крайне низка.

7. В оказании медицинской помощи населению преобладает стационарное лечение. При этом интенсивность и эффективность данного вида помощи низка, о чем говорит продолжительность лечения в стационарных условиях (14 дней), превышающая такую как в развитых странах, так и в трансформационных экономиках (6 – 8 дней).

8. Осуществляемое в рамках реструктуризации здравоохранения развитие малозатратных и эффективных форм медицинской помощи в регионах России происходит неравномерно. Важными причинами этого являются недостаточная разработанность нормативной базы и недоукомплектованность медицинских учреждений в ряде регионов высокотехнологичным оборудованием (например, специализированных центров амбулаторной хирургии).

9. Обозначенное как приоритет развитие амбулаторно-поликлинического звена осуществляется медленно. Качество приема пациентов российскими врачами «первичного контакта» оценивается экспертами как низкое. Доля неверных диагнозов и назначений, допускаемых врачами на первичном приеме, достигает 40% (для сравнения: в Англии величина подобных ошибок не превышает 9,3%).

10. Неэффективное управление системой здравоохранения проявляется в отсутствии стратегического планирования, в безответственности руководителей всех уровней за достижение результатов, а также в недостаточном использовании эффективных инструментов управления и низкой научной обоснованности принимаемых решений.

Для оптимизации функционирования здравоохранения было бы целесообразным сконцентрировать усилия на следующих направлениях:

- Увеличить государственное финансирование здравоохранения не менее чем в 1,5 раза. При этом следует усилить контроль над целевым использованием средств и отрегулировать распределительные механизмы. Источниками увеличения государственных расходов на здравоохранение могут стать введение прогрессивной шкалы налогообложения (общепринятой в развитых странах) и рост акцизов на алкоголь и табак; нормирование отчислений регионов на здравоохранение.

- Разработать концепцию прогнозирования, планирования и подготовки кадров здравоохранения, в том числе для сельских районов, а также подготовки руководителей медицинских учреждений, специалистов в области общественного здоровья, управления качеством медицинской помощи, экономики здравоохранения, медицинской информатики, включая использование контрактной системы обучения специалистов с обязательной отработкой после окончания вуза 3 – 5 лет по специальности. Причем для направляемых в сельскую местность

специалистов предусмотреть предоставление пакета социальных льгот (жилье на время работы на селе, частичная оплата коммунальных услуг и пр.). Необходимо обеспечить внедрение новых образовательных технологий в процесс обучения медицинским специальностям соответственно достижениям современной науки и практики.

- Увеличить оплату труда всем категориям работников отрасли здравоохранения, доведя минимальную гарантированную заработную плату до уровня средней зарплаты по экономике. Разработать прогрессивные механизмы оплаты труда медицинских работников с учетом результатов их деятельности. Предусмотреть стимулирующую часть оплаты труда в значимом объеме (30 – 50%).

- Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений. Улучшение снабжения стационаров медикаментами, усиление технологической составляющей, особенно служб интенсивной терапии, реанимации, операционных.

- Увеличение уровня профилактических и амбулаторно-поликлинических услуг, что будет выражаться в расширении диагностических и профилактических процедур и ограничении распространения хронических заболеваний. При усилении роли первичного звена необходимо развивать практику оценки качества деятельности врачей «первичного контакта» и, соответственно, внедрения в медицинскую практику системы медико-экономических стандартов.

- Разработка региональных целевых межведомственных программ, направленных на восстановление муниципального и сельского здравоохранения, охрану здоровья населения.

Все перечисленные предложения будут способствовать усилению структурной эффективности, а также оптимизации ресурсной обеспеченности и совершенствованию финансовых и управленческих отношений в системе здравоохранения. Это, в свою очередь, обеспечит повышение качества и доступности медицинской помощи для населения.

5.2. Социально-экономические факторы доступности медицинской помощи для населения

Важнейшим направлением формирования благоприятной для здоровья населения среды является обеспечение равной доступности медицинской помощи для всех групп и слоев населения. В Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире подчеркивается актуальность реформ, обеспечивающих всеобщий охват достижения равенства в отношении здоровья, социальной справедливости и ликвидации социальной изоляции путем обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты здоровья [91, с. 13].

Доступность медицинской помощи для граждан является ключевым показателем их социальной защищенности, особенно в условиях обострения социальных противоречий и устойчивых негативных демографических тенденций, прежде всего потому, что проблемы со здоровьем могут привести к потере работы, семьи, наконец, поставить человека на грань жизни и смерти.

Ключевыми факторами, определяющими доступность медицинских услуг для граждан, представляются территориальная доступность учреждений здравоохранения, уровень лекарственного и технического оснащения ЛПУ, уровень платежеспособности граждан. Поэтому наименьшие возможности в получении необходимого медицинского обслуживания при прочих равных условиях будут иметь наименее доходные слои населения, проживающие в сельской местности.

Согласно данным, полученным в ходе социологических исследований, ежегодно за медицинской помощью обращается около 70% населения Вологодской области, в том числе более 20% – раз в три месяца и чаще.

При этом жители области отдают предпочтение государственным медицинским учреждениям в силу их большей доступности, однако, как свидетельствуют социологические данные, в значительной степени это предпочтение оказывается вынужденным: в 2008 г. доступностью медицинской помощи были удовлетворены 47% опрошенных жителей региона, 22% респондентов высказались на этот счет отрицательно. В то же время доля жителей СЗФО, полностью удовлетворенных доступностью и качеством медицинских услуг, несколько ниже – 40 и 38% соответственно (*прил. 7, табл. 1*).

Последнее, однако, довольно сложно интерпретировать однозначно, поскольку факт большей удовлетворенности населения рассматриваемыми параметрами медицинской помощи может быть следствием объективных причин, когда доступность и качество услуг действительно выше, или, наоборот, отражением неосведомленности людей, положительно оценивших процесс и результат своего лечения, об их должном уровне. В любом случае подобное положение дел не может служить основанием для чрезмерного оптимизма.

Значительна доля населения региона, отмечающего наличие очередей в лечебных учреждениях, невозможность попасть на прием к врачу в удобное время (*табл. 5.9*). Это, в первую очередь, обусловлено недостатком врачебных кадров (укомплектованность штатных должностей физическими лицами врачей в 2008 г. составила 50,8%, причем в г. Вологде – 49,2%, в г. Череповце – 53%, в областных ЛПУ – 48,1%, в районных – 52,2%) [207].

Таблица 5.9. **Негативные явления в деятельности медицинских учреждений Вологодской области** (в % от числа опрошенных)

Явления	2002 – 2006 гг.	2007 г.	2008 г.
Очереди	61,2	60,4	58,1
Невозможность попасть на прием в удобное время	47,0	48,9	42,9
Отсутствие нужных специалистов	-	28,1	24,9
Плохая организация работы регистратур	22,2	21,7	18,5
Невнимательное отношение медработников	-	20,0	18,0
Недостаток информации о работе специалистов	21,0	17,5	14,7
Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	18,3	17,1	11,9
Необходимость оплачивать услуги медучреждений, которые должны предоставляться бесплатно	16,9	13,5	9,9
Хамство, неуважительное отношение к пациентам	15,2	12,8	11,5

Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.

В настоящее время, при недостаточном развитии современных форм превентивной медицины, стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению, происходит сокращение и стационарной помощи. Привычной становится практика нахождения госпитализированных больных в рекреационных помещениях больниц. Встречаясь с отказами в госпитализации, люди вынуждены прибегать к мерам личной апелляции, использовать родственные связи, знакомства, личные просьбы к врачам, а также, в крайних случаях, обращаться в правоохранительные инстанции. При отсутствии мест для госпитализации население чаще использовало «связи» (в 2008 г. – 41% респондентов), личные просьбы к руководителям ЛПУ, обращения в вышестоящие органы (29 и 18% соответственно). Значительно реже прибегали к неформальным платежам и нетрадиционной медицине (13 и 6% соответственно; *прил. 7, табл. 2*).

Все перечисленные негативные моменты, распространенные в повседневной практике отечественного здравоохранения, компрометируют образ врача, медицинского учреждения и всей системы здравоохранения в глазах простых граждан – тех, кому они призваны оказывать помощь. Сложности с посещением врачей, низкое качество услуг, предоставляемых больным в ЛПУ по месту жительства, недостаток внимания к каждому конкретному случаю, а порой и грубость со стороны медицинских работников в комплексе приводят к тому, что у человека формируется психологический барьер против врачей и медицинских учреждений. Поэтому даже в случае острой необходимости он, вероятнее всего, предпочтет самолечение или прибегнет к услугам знахаря.

Так, согласно данным социологического опроса, проведенного в 2008 г., 1,8% опрошенных (около 18000 чел.) в связи с ухудшением здоровья обращались к так называемым «целителям». Последствия подобного поведения для самого человека вполне предсказуемы: снижение качества жизни, накопление хронической патологии, появление пациентов с заболеваниями в терминальной стадии и т. д. По оценкам Л. Бокерии, руководителя Института кардиохирургии им. Бакулева, одного из 200 ведущих кардиохирургов мира, по запущенности заболеваний российские пациенты сравнимы только с африканскими. Вместе с тем своевременное выявление патологий является одним из базовых условий эффективной борьбы с ними, причем с привлечением несравнимо меньших расходов.

Ради справедливости стоит упомянуть низкий уровень медицинской активности населения, немотивированность россиян к сохранению и укреплению собственного здоровья и здоровья своих детей. Однако важнее то, что зачастую население лишено реальной возможности заботиться о собственном здоровье, особенно в сельской местности. Уровень доступности медицинской помощи на селе был крайне низок во все времена, в том числе и в советский период. Начиная с послевоенных лет функция оказания медицинской помощи в сельской местности была возложена на фельдшеров, работающих в ФАПах (в народе называемых медпунктами). Рабочий арсенал деревенского фельдшера ограничивался минимальным набором препаратов, включавшим не более 5 – 7 наименований. Однако его роль в оказании экстренной медицинской помощи при травмах и отравлениях, а также в прививании населения от ряда инфекционных заболеваний (именно эти категории болезней были наиболее распространены) в условиях сельского быта была решающей. Современное состояние ФАПов и других сельских медицинских учреждений еще более плачевное: минимум финансирования, отсутствие кадров, бедная материальная база фактически означают отсутствие самой возможности оказывать минимальную медицинскую помощь селянам.

Данные всероссийского исследования НОБУС, проведенного в 2003 г., выявили существенные различия в доступности медицинской помощи для жителей разных типов населенных пунктов. В таких мегаполисах, как Москва, Санкт-Петербург, а также в крупных городах большим спросом пользуется амбулаторно-поликлиническая помощь, люди чаще проходят обследования, чаще обращаются к врачу-специалисту, чем в малых городах и сельской местности.

В отношении обращаемости за стационарной помощью наблюдается обратная зависимость. Жителей малых городов чаще госпитализируют в силу того, что из-за недостатка амбулаторного лечения они обращаются за помощью тогда, когда их надо уже помещать в стационары. С точки зрения сохранения здоровья это несправедливо и нерезультативно [323, с. 93-114].

На сегодняшний день единственной возможностью для жителей села получить необходимую медицинскую помощь является лечение в стационаре. Весьма перспективным направлением по преодолению данной тенденции в условиях сельской местности представляется дальнейшее расширение роли врача общей практики как главного фактора устранения диспропорций в медицинском обеспечении города и села. Однако специалистов в сфере семейной медицины пока крайне мало, причем в большинстве своем они привязаны к городским поликлиникам или районным ЦРБ и почти не соприкасаются с жителями отдаленных местностей.

Территориальное неравенство населения в возможностях получения необходимой медицинской помощи возникает как следствие неоднородности обеспечения территорий объектами социальной инфраструктуры. Вместе с тем, как свидетельствует зарубежная практика, данный факт не может рассматриваться как реальное препятствие для эффективного обеспечения людей, живущих в отдаленных от крупных городов населенных пунктах, медицинскими услугами. В развитых странах эта проблема успешно разрешается за счет организации выездных практик медицинского обслуживания [244]. В России она не теряет своей остроты и нуждается в разрешении.

В связи с тем, что максимальный радиус обслуживания центральными районными больницами населения муниципальных образований Вологодской области варьируется от 52 км в Сямженском и Шекснинском районах до 154 км в Грязовецком и 115 км в Бабаевском и Белозерском районах, неразвитость в них дорожно-транспортного сообщения становится веским аргументом против возможности в должной мере обеспечить работу мобильных медицинских служб (*прил. 7, рисунок*). По данным статистики, почти половина населенных пунктов области не связаны дорогами с твердым покрытием с сетью путей сообщения общего пользования.

В то же время территориальная удаленность населенных пунктов, со всеми затрудняющими передвижение факторами, и, как следствие, невозможность посещать врача обуславливают высокий уровень спроса жителей села на скорую медицинскую помощь (СМП). Тот факт, что 15%

опрошенных в Вологодской области в перечне ответов на вопрос относительно того, в какое учреждение они обращаются за медицинской помощью, выбрали вариант «Вызываю скорую помощь», говорит прежде всего о той специфике, которую приобрела данная служба в России (доставка врача или фельдшера к месту жительства заболевшего). Однако следует признать, что на подобные шаги людей толкают и объективные причины, в частности сложность попасть к врачу, особенно в состоянии болезни.

Более того, ситуация не изменилась за межкризисный период, оставаясь актуальной и на сегодняшний день: в 1998 г. число выполненных вызовов скорой помощи в среднем по области составило 340,1 в расчете на 1000 чел. населения, в 2007 г. – 375,2 (в 2006 г. – 387,3) [238]. Число выездов скорой помощи велико по всей России: в 2006 г. на 1000 жителей приходилось 335 выездов бригад СМП в РФ и 354 в среднем по СЗФО.

В целом низкая оснащенность ФАПов квалифицированными кадрами, медикаментами, оборудованием, сложность их лицензирования в отсутствие систем водоснабжения и водоотведения, практика сокращения и перепрофилирования участковых больниц в сельские амбулатории приводят к тому, что жители отдаленных сельских поселений становятся дискриминируемой в отношении оказания медицинской помощи социальной группой.

Лекарственное обеспечение. Одним из важнейших аспектов доступности медицинской помощи является возможность граждан получать (приобретать) необходимые лекарственные средства, которая лимитируется благосостоянием индивида и степенью эффективности государственной системы обеспечения населения лекарствами и ее финансированием.

Рынок лекарственных препаратов в современном мире является одним из самых интенсивно развивающихся. Темпы роста расходов на лекарственные средства в большинстве стран мира не уступают темпам роста как ВВП, так и общих затрат на здравоохранение. О весе фармацевтической отрасли в глобальной экономике свидетельствуют общемировые объемы продаж фармацевтической продукции, в 2008 г. достигшие, по имеющимся оценкам, 735 – 745 млрд. долл. США, а темпы их роста составили 6 – 7% [91, с. 13]. Правительства европейских стран (в частности, Франции), обеспокоенные эскалацией расходов в данной сфере, предпринимают попытки стабилизировать ситуацию, но, сталкиваясь с сопротивлением субъектов фармацевтического рынка (фармацевтических лабораторий, страховщиков), отстаивающих собственные интересы, отступают, поскольку принятие непопулярных мер приводит

к потере позиций в политической борьбе [286, с. 28-47]. В этой ситуации в ущерб зачастую оказывается пациент. Существование феномена информационной асимметрии между врачом и пациентом возлагает полную ответственность за принятие решения о рекомендации того или иного препарата на лечащего врача и делает пациента уязвимым, а также полностью зависимым от уровня его квалификации и компетенции. В этих обстоятельствах чрезвычайно высок соблазн заработать на нуждах пациента. Поэтому во всем мире чрезвычайно актуальны проблемы неэффективного расходования средств по причине нерационального лекарственного обеспечения населения, при этом особого внимания удостоиваются вопросы сравнительной медико-экономической оценки медицинских препаратов (фармакоэкономический анализ). Однако, как показывают опыт и анализ информационных источников, в России растущий объем медицинских препаратов не подвергается основательному критическому анализу, а механизмы рационализации и оптимизации рынка медикаментов развиваются недостаточно.

Потребность населения в лекарственных препаратах растет как из-за увеличения заболеваемости, так и вследствие расширения спектра предлагаемой фармацевтической продукции. Широкий ассортимент лекарств в аптеках предоставляет не только свободу выбора, но и соблазн заметить визит к врачу приемом некоей «панацеи». Люди все чаще отдают предпочтение медикаментозному самолечению, в приобретении лекарств опираясь не на рецепт доктора, а на советы близких, информацию из рекламных роликов, бумажных и электронных СМИ. Это особенно опасно, поскольку действовавший в СССР запрет на приобретение медикаментов без рецепта врача в современной России утрачен.

Однако и визит к квалифицированному специалисту не может гарантировать безопасного лечения. Российские врачи достаточно часто выписывают бесполезные и даже опасные препараты, т.к. лишены достоверной информации об их реальной эффективности: новые информационные учебники не печатаются, а публикации в медицинских журналах по большей части оплачиваются фармацевтическими фирмами. Наконец, повсеместной стала практика финансовых соглашений между врачами и фармфирмами. Подобные практики распространены и в развитых странах Европы, где выбор того или иного препарата в практике лечащих врачей сегодня определяется не объективной научной информацией и его реальной адекватностью конкретному клиническому случаю, а маркетинговой политикой и активностью фирм-производителей, направленной на представителей медицинского корпуса, то есть рядовых врачей.

Рассмотрим особенности ценообразования на рынке фармацевтической продукции и выясним, где кроются опасные для потребителя правовые и организационные упущения. В современных российских условиях цены на медикаменты регулируются Минздравсоцразвития, регистрирующим препараты и фиксирующим цены на них. Кроме того, министерство устанавливает предельную надбавку к цене производителя на федеральном и региональном уровнях. Однако данные меры контроля оказываются сегодня неэффективными, поскольку региональные власти сами могут расширять списки жизненно необходимых лекарственных препаратов на основе формуляров, составленных вышестоящим органом¹⁰. Кроме того, такие списки имеют право составлять министерства и предприятия, на которых действуют собственные службы здравоохранения. Несмотря на то, что назначение пациентам непатентованных препаратов поощряется, их распространению препятствуют такие факторы, как рекламные кампании, ненадежность поставок лекарств, несовершенство системы страхования и возмещения затрат на медикаменты [295]. Основными покупателями лекарств являются федеральные, региональные и муниципальные власти, больницы и поликлиники, аптеки и частные потребители, причем система распределения лекарств в России крайне раздроблена. Амбулаторные больные приобретают медикаменты за собственный счет, госпитализированные же имеют право на бесплатное обеспечение препаратами, которое в реальности не всегда соблюдается в большинстве случаев из-за недостатка средств в ЛПУ. Стоит отметить, что количество зарегистрированных лекарств в РФ превышает соответствующие показатели развитых стран Европы. Так, в Швеции зарегистрировано 2,5 тыс. лекарств, в Германии – около 12 тыс., тогда как в России – около 20 тыс. [75, с. 24]. Дело в том, что в европейских странах более основательно подходят к испытанию медикаментов и регистрируют лишь наиболее эффективные. Вместе с тем в настоящее время весьма актуальна проблема контрафактных препаратов, масштабы распространения которых оцениваются величиной от 10% и, по некоторым оценкам, 40%. Причем, как заявил председатель комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению В. Петренко, 94% подделок производится за рубежом – в Венгрии, Польше, Германии, Китае и Индии и только 6% – в России. При этом подавляющее большинство фальсификата приходится на препараты, пользующиеся повышенным спросом у населения [214].

¹⁰ Базовый перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, используемых для разработки формуляров лекарственных средств ЛПУ, приводится в приложении к ТППГ. См.: Приложение 4 к Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2008 год от 07.12.2007 № 1116.

Ситуация усугубляется также неудовлетворительным состоянием отечественной фармацевтической промышленности, которая выпускает немало устаревших препаратов, разработанных десятки лет назад, не соответствующих международному стандарту качества (GMP), изготовленных из дешевых и менее качественных субстанций, закупаемых в Индии и Китае. Наконец, главной причиной проблем с обеспечением населения лекарствами, по свидетельствам экспертов, представляется неэффективная схема их распределения и неадекватная оценка потребностей в них на уровне субъектов РФ. Так, в ряде регионов России на 1 января 2009 г. зафиксированы неиспользованные дорогостоящие препараты на сумму 11 млрд. рублей, в то время как во многих субъектах РФ ощущается их острый дефицит [77].

Проблемы с получением лекарств наиболее актуальны для социально уязвимых групп населения, поэтому на фоне их изобилия, наблюдаемого на аптечных витринах, для жителей Вологодской области важной остается тема доступности необходимых для лечения медикаментов. Как можно судить по данным мониторинга здоровья, более трети населения региона испытывает подобные трудности, причем в городах Вологде и Череповце их удельный вес увеличивается, для населения области в целом данная тенденция не выявлена (табл. 5.10).

Таблица 5.10. Распределение положительных ответов на вопрос: «Возникли ли у Вас трудности с приобретением лекарств, назначенных врачом?» – по территориям (в % от числа опрошенных, без затруднившихся ответить)

Территория	2004 – 2005 гг.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
г. Вологда	29,7	28,0	37,2	43,0
г. Череповец	28,6	30,1	31,4	39,9
Районы	36,6	35,3	39,6	30,1
Область в целом	33,1	32,4	36,9	35,6

Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.

С возрастом потребность в медицинских услугах и, соответственно, в медикаментах возрастает. Однако вместе с этим возникают и трудности с приобретением важных для здоровья препаратов. Так, в 2008 г. трудности в приобретении лекарств испытывали около 30% молодежи и 45% лиц пенсионного возраста, и, судя по данным опроса, такая ситуация сохраняется с 2004 г. Выявлено, что отмеченная проблема характерна для наименее обеспеченных граждан, что логично, но, как оказалось, около 30% лиц, имеющих высокие доходы, также заявляют о подобных проблемах (табл. 5.11).

Таблица 5.11. Распределение положительных ответов на вопрос: «Возникали ли у Вас трудности с приобретением лекарств, назначенных врачом?» – по возрастным и доходным группам населения (в % от числа ответивших, без учета затруднившихся ответить)

Группы населения	2004 – 2005 гг.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
<i>По возрасту</i>				
До 30 лет	27,3	26,9	26,3	29,9
30 – 55 (60) лет	31,3	30,7	32,7	34,2
Старше 55 (60) лет	48,5	44,5	58,2	45,4
<i>По уровню среднедушевого дохода</i>				
20% наименее обеспеченных	43,4	42,1	50,0	48,8
60% среднеобеспеченных	37,6	35,1	39,7	36,2
20% наиболее обеспеченных	16,4	22,1	29,5	27,1
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.				

Среди причин, обуславливающих сложность приобретения лекарств, большая часть респондентов называет их высокую стоимость (в 2008 г. – 70% вологжан, 60% череповчан и 53% жителей районов области). Около 15% респондентов имели затруднения с бесплатным получением лекарств, так как их отказали выдать в аптеке (11%) или врач не выписал соответствующий рецепт (4%) (табл. 5.12). Данные проблемы вынуждают людей отказываться от предусмотренных законом льгот («соцпакет») и взамен их получать деньги, приобретать препараты за полную стоимость (это возможно в тех случаях, когда лекарства имеют доступную цену) или вовсе отказываться от их приобретения. Однако значительная часть населения фактически находится в двойной зависимости: с одной стороны, от болезни, при которой любые отступления от медицинских показаний могут привести к необратимым последствиям, а с другой стороны, от бесплатно полагающихся лекарств и процедур.

В связи с финансово-экономическим кризисом ситуация с лекарственным обеспечением населения стала еще более напряженной по причине ограниченности бюджетных средств и обесценивания рубля. В Российской Федерации средний показатель номинальной девальвации составил 38% от максимального уровня, зарегистрированного в 2007 – 2008 гг. [389, с. 17].

Поскольку большинство лекарственных препаратов, включенных в льготный перечень, являются импортируемыми (доля отечественных фармпроизводителей на российском рынке составляет чуть более 20%), произошедшее падение курса национальной валюты обусловило соответствующее удорожание всех жизненно необходимых препаратов. Учитывая тот факт, что годовой бюджет на закупку лекарств жестко фиксирован, увеличение их стоимости может привести к дефициту.

Таблица 5.12. **Распределение ответов на вопрос: «В чем причина возникновения трудностей с приобретением лекарств, назначенных врачом?»**
(в % от числа испытывающих трудности)

Причина трудностей	Год	Территория			
		Вологда	Череповец	Районы	Область
Высокая стоимость лекарств	2004	72,6	68,7	64,5	67,0
	2005	69,4	59,3	52,0	57,2
	2006	60,6	68,1	55,8	59,6
	2007	77,3	67,8	48,9	59,6
	2008	72,2	61,2	52,8	60,7
Отсутствие лекарств в аптеке	2004	38,4	32,5	35,5	35,4
	2005	22,6	38,9	46,2	39,6
	2006	36,4	37,2	39,6	38,4
	2007	20,3	42,1	48,9	40,8
	2008	31,1	48,7	55,8	46,8
Отказ аптеки выдать лекарство бесплатно при наличии рецепта	2004	13,7	8,4	8,9	9,7
	2005	9,7	6,2	13,9	11,4
	2006	6,1	5,3	14,1	10,5
	2007	14,1	7,4	14,4	12,8
	2008	16,6	7,2	10,8	11,4
Отказ врача в выписке рецепта на приобретение лекарств бесплатно при наличии показаний	2004	0,0	7,2	7,5	5,9
	2005	5,6	6,2	3,6	4,6
	2006	1,0	1,8	1,8	1,6
	2007	3,9	9,1	1,3	3,6
	2008	2,0	6,6	3,0	3,7
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.					

Платность медицинских услуг как фактор, снижающий их доступность для населения. Платность медицинской помощи – одна из самых сложных и неоднозначно трактуемых категорий здравоохранения, т.к. объединяет различные по характеру явления. В настоящей работе платность медицинских услуг рассматривается как фактор, ограничивающий доступность медицинской помощи для населения, причем в самом широком понимании – начиная от неформальных платежей и заканчивая легальными платежами населения за медицинское обслуживание. Представляется, что основания для такой точки зрения не являются надуманными, а имеют право на существование в силу повсеместного внедрения практик оплаты медицинских услуг их потребителями. Не случайно среди пяти общих недостатков медицинской помощи, сформулированных экспертами ВОЗ, названа ее разорительность: «Ежегодно более 100 млн. человек в мире впадают в нищету из-за необходимости платить за медицинскую помощь» [91].

Причины распространенности всех видов платежей в сфере отечественного здравоохранения следует искать в самой модели ее функционирования, сложившейся в последние годы, когда процесс финансирования здравоохранения осуществлялся в отрыве от реальной деятельности по оказанию медицинских услуг населению и ориентировался на поддержание созданных материальных фондов. В этих условиях ЛПУ и работавшие в них врачи вступали в договорные отношения с пациентами, которые фактически сами оплачивали оказывавшиеся им медицинские услуги.

Вопрос о масштабах коммерциализации здравоохранения (и социальной сферы в целом) в конечном счете определяется тем, какую долю в софинансировании социальных нужд принимает на себя государство. В настоящее время даже в наиболее развитых странах мира происходит пересмотр роли государства в реформировании общественного регулирования в социальной области, одним из направлений которого становится коммерциализация социальных услуг. Однако в России проблема участия населения в оплате медицинской помощи стоит более остро, чем в развитых странах. По данным ВОЗ за 2004 г., доля государственных затрат на здравоохранение в России составила 58% от общих расходов на здравоохранение, в то время как в странах Европы этот показатель варьируется от 69,7 в Португалии и 71,9% в Испании до 85,4% в Швеции и 85,9% в Великобритании. Данный факт свидетельствует о сложном положении российского гражданина, который имея в целом более низкий уровень жизни, чем среднестатистический житель Европы, вынужден в большей степени участвовать и в оплате медицинской помощи.

В России и ряде стран постсоветского пространства сложилась практика широкого участия населения в оплате медицинской помощи. Однако сравнение ситуации с государственным финансированием здравоохранения в странах, наиболее близких России и друг к другу по историческому прошлому (что более корректно), позволяет говорить о разнообразии пропорций между частным и общественным секторами в расходах на нужды здравоохранения даже в столь узком формате. По состоянию на 1998 г. масштабы государственного обеспечения здравоохранения в РФ составляли 58%, то есть существенно меньше, чем в Эстонии, Литве и Беларуси (86,3; 82,1 и 76% соответственно), но выше, чем в Грузии (42,7%). За период с 1998 по 2004 г. соотношение долей вкладов общественного и частного секторов финансирования здравоохранения в РФ, как и в Литве, практически не изменилось.

Несмотря на это есть основания полагать, что коммерциализация российского здравоохранения еще более закрепились в последующие годы (2006, 2007, 2008). Об этом свидетельствует, например, увеличение удельного веса жалоб населения по поводу взимания с них платежей за оказание медицинской помощи в общем объеме обоснованных претензий с 5% в 2005 г. до 10% в 2007 г. и 30% в 2008 г.

В последние годы вопрос о платности медицинских услуг для населения был во многом дискуссионным (в том числе и в высших властных кругах): по мнению одних, платность лечения граждан принципиально недопустима, другие, наоборот, утверждали, что данная практика является неизбежной в современных условиях. Вместе с тем не стоит говорить о феномене платности как о чем-то совершенно новом и идущем вразрез с законными принципами: существуют объективные, законодательно подкрепленные предпосылки для распространения личных платежей населения в оплате медицинских услуг. Одна из наиболее очевидных – использование неполного тарифа на оплату медицинской помощи в системе ОМС, который предполагает возмещение недостающих расходов за счет личных средств населения. Часть таких «доплат» (например, восполнение плохого питания в стационарах продуктами питания, приносимыми из дома, или поступление в стационар со своим бельем, «добровольные взносы» на покупку мелкого хозяйственного инвентаря, электролампочек и пр.) даже не воспринимается населением как нечто необычное [95, с. 25].

На практике регламентация платных услуг происходит посредством утверждения территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, в рамках которых приводится подробный перечень видов медицинской помощи, предоставляемой населению за счет бюджетов всех уровней и средств Фонда обязательного медицинского страхования, то есть на бесплатной основе. В приложениях к таким программам также приводится набор услуг, предоставляемых учреждениями здравоохранения на платной основе (это анонимное лечение или оказание услуг во внерабочее время, косметологическая хирургия и пр.), причем, как следует признать, он не содержит моментов, противоречащих конституционному тезису о всеобщей бесплатности медицинской помощи. Более того, платные медицинские услуги предоставляются населению дополнительно к бесплатным видам медицинской помощи, финансируемым из средств бюджетов всех уровней и средств Фонда обязательного медицинского страхования, и не заменяют их. Однако данный перечень является рекомендуемым; в каждом лечебно-профилактическом

учреждении составляется конкретный перечень оказываемых платных услуг, который утверждается руководителем ЛПУ, согласно специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранения или учредителя. Указанный нюанс, как видится, и является предпосылкой для распространения платных медицинских услуг.

Следствием неоднородности экономического развития и существенных различий в масштабах налогооблагаемой базы регионов России выступает неравномерность в финансовом обеспечении территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, во многих регионах характеризующихся устойчивым дефицитом. Так, в 2007 г. в шестидесяти субъектах Российской Федерации имело место недофинансирование ТПГГ общим объемом 60,4 млрд. руб. Объем медицинской помощи, оказанной в рамках программ государственных гарантий, фактически был ниже нормативов в 19 субъектах Российской Федерации, в 34 субъектах он составил 40 – 49% от нормативов, а в 27 субъектах – 50-69%. Уровень финансовой обеспеченности ТПГГ в Вологодской области достиг в 2006 г. 77% (соответственно дефицит составил 23%), что несколько ниже, чем в большинстве регионов СЗФО и в среднем по всем субъектам РФ (82%) (рис. 5.6) [244].

Недофинансирование ТПГГ в первую очередь отражается на функционировании скорой и амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, что явилось одной из основных проблем обеспечения населения бесплатной медицинской помощью [132, с. 86].

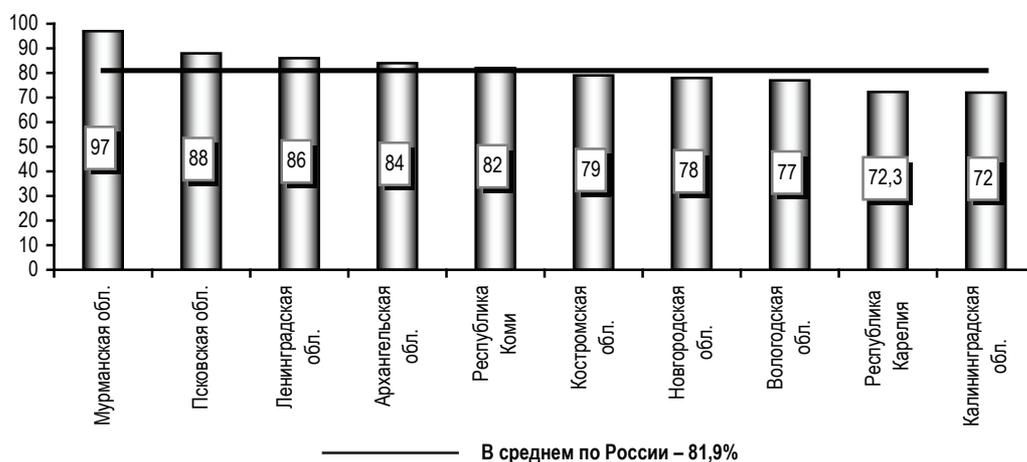


Рис. 5.6. Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий в регионах СЗФО на фоне общефедерального уровня (данные 2006 г., %)

Источник: Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных. – URL: <http://www.healthreform.ru/>

В то же время не следует абсолютно исключать и факт растущего спроса на медицинские услуги, оказываемые за личный счет пациента. Последний аргумент зачастую приводят чиновники, защищающие коммерциализацию здравоохранения: если частные практики лечения процветают, значит, существует объективный спрос населения на платную медицинскую помощь. Однако следует признать, что последние являются чрезвычайно дорогостоящими и не по карману большинству населения. К примеру, вызов врача на дом из частного медицинского центра в г. Вологде составил в 2008 г. около 1000 руб., в то время как средний уровень заработной платы по области в 2007 г. – 17000 руб. Действительно, по данным социологического опроса, к частнопрактикующим врачам в 2008 г. обратились лишь 5% респондентов, в коммерческие учреждения – 9%. Однако на необходимость оплаты медицинских услуг указывает 74% населения, обращавшегося за медицинской помощью, при этом ежемесячно расходовали собственные средства на лечение 20% жителей области (табл. 5.13).

Таблица 5.13. Доля населения Вологодской области, расходующего собственные средства на лечение, %

Варианты ответа	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Всего	70,8	77,3	72,9	65,8	74,0
<i>В том числе</i>					
Ежемесячно	18,0	22,1	20,2	17,2	20,3
Один раз в три месяца	14,7	16,1	17,4	17,1	18,6
Один раз в полгода	14,9	18,2	17,3	15,1	19,7
Один раз в год	15,0	12,6	16,9	16,4	15,4
Реже одного раза в год	8,2	8,3	1,1	–	–
Не расходовали, потому что не болели	26,2	21,4	27,1	33,3	24,9
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.					

Подобные результаты получены и в других исследованиях: например, каждый третий участник исследования ИС РАН «Социальные неравенства и публичная политика» (2006) или члены его семьи в течение последнего года прибегали к платным медицинским услугам за счет собственных средств [190, с. 433].

В 2008 г. по сравнению с 2007 г. с 68 до 73% возросла доля населения, которое оплачивает лечение, внося деньги в кассу лечебного учреждения. Напротив, с 16 до 12% снизился удельный вес жителей области, производящих неофициальную плату за медицинские услуги (лечащему врачу, среднему медперсоналу, руководителю лечебного учреждения, санитарке). Самыми распространенными расходами являются приобретение лекарств для амбулаторного лечения и оплата лечебных процедур (табл. 5.14).

Таблица 5.14. **Распространенность расходов на медицинские услуги**
(% от числа опрошенных)

Вид затрат	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Приобретение лекарств для амбулаторного лечения	65,3	63,9	63,1
Оплата лечебных процедур	14,7	19,2	13,9
Разовая оплата всего лечения	12,0	15,3	8,0
Приобретение лекарств для лечения в стационаре	11,2	10,4	6,4
Оплата операций	3,1	2,5	2,8
Уход за больным в палате	2,1	3,8	1,2
Нахождение в платном отделении стационара*	–	–	1,1

* Вопрос задается с 2008 г.
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.

По данным РМЭЗ, российские пациенты все чаще платят за визит к медицинским работникам (1994 г. – 4,7%; 2005 г. – 14,4%) или за медицинские услуги (1994 г. – 10%; 2005 г. – 30%) [190, с. 434].

В связи с платностью медицинских услуг население нередко вовсе отказывается от них (*табл. 5.15*). Трагедия современного больного состоит в том, что он не может себе позволить быть здоровым [51, с. 12]. Это подтверждают данные социологических исследований: в отказах от медицинской помощи из-за ее платности признается существенная часть респондентов – около 40%.

Наиболее частым является отказ от стоматологической помощи, протезирования зубов, диагностических обследований, амбулаторного лечения. Снижение данного показателя за 7 лет (2002 – 2008 гг.) в 1,4 раза, вероятно, связано с ростом денежных доходов населения. Однако темп роста стоимости медицинских услуг выше темпа роста доходов населения (в период с 2002 по 2007 г. среднедушевые денежные доходы населения Вологодской области увеличились в сопоставимой оценке лишь в 1,8 раза, в то время как средняя стоимость медицинских услуг на душу населения – в 2,8 раза [280]), поэтому в связи с отсутствием бесплатной альтернативы население вынуждено либо откладывать лечение заболеваний, либо обращаться в частные клиники.

В качестве перспективного источника финансирования здравоохранения в современной России рассматривается развитие системы добровольного медицинского страхования (ДМС), однако не стоит забывать, что она не может охватывать широкие слои населения. Согласно зарубежным эмпирическим данным, спрос на добровольное страхование среди населения характеризуется низким уровнем ценовой эластичности и низким эффектом дохода. Это во многом определяется тем, что распределение добровольного медицинского страхования даже в развитых

Таблица 5.15. Отказ населения Вологодской области от медицинских услуг по причине их платности (в % от числа опрошенных)

Вид медицинской помощи	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Всего отказывалось	53,2	52,4	49,5	57,1	61,4	58,5	39,1
В том числе*:							
Лечение и удаление зубов	40,5	36,3	35,6	41,9	47,4	49,1	30,2
Протезирование зубов	28,3	25,5	25,9	30,8	33,8	35,8	19,2
Диагностическое обследование	17,0	18,4	21,4	26,7	27,2	32,8	17,4
Амбулаторное лечение	15,1	13,4	16,4	20,8	21,8	21,7	13,1
Другие виды услуг	26,3	25,8	24,5	29,5	29,4	20,9	13,3

*Сумма отказов превышает 100%, т.к. респонденты могли выбирать более одного варианта ответа.
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.

странах мира обнаруживает явный крен в сторону материально обеспеченных людей [244]. В России низкодоходность населения и непредсказуемость экономической и политической жизни, вероятнее всего, приведет к тому, что услуги ДМС окажутся востребованными среди незначительной части населения, причем преимущественно среди представителей отдельных профессиональных групп. Об этом свидетельствуют и результаты социологических опросов: получение платного страхового свидетельства в последние годы не рассматривалось жителями Вологодской области как желаемая форма страхования (даже при допущении, что их доходы возрастут в несколько раз). В 2008 г. доля респондентов, которые желали бы приобрести полис ДМС в случае двух-трехкратного увеличения доходов, несколько превысила 50%. Заинтересованность в ДМС выражают в большей степени лица с высоким уровнем дохода, а представители наименее обеспеченных и среднедоходных групп населения в значительно меньшей степени ощущают потребность в этом (в 2008 г. 70% против 45 и 50% соответственно; *прил. 7, табл. 3*). Наблюдаемое в последние годы снижение доли населения, желающего приобрести полис ДМС, и высокий удельный вес тех, кто не считает необходимым его иметь, показывает, что в современных условиях граждане не видят существенных преимуществ добровольного медицинского страхования перед обязательным.

В заключение следует отметить, что проблема платности медицинских услуг остро стоит в российском здравоохранении, она особенно усугубляется низким уровнем платежеспособного спроса населения на медицинские услуги и отсутствием эффективных механизмов защиты прав пациента. Есть все основания полагать, что в обстановке негативных последствий финансово-экономического кризиса коммерциализация здравоохранения станет одним из существенных препятствий

для граждан в получении необходимых медицинских услуг. Ведь в периоды экономических спадов люди обычно воздерживаются от обращения в частный сектор и шире используют службы, финансируемые государством. Наряду с этим, система общественного здравоохранения испытывает нехватку финансовых средств [306]. Принимая во внимание негативные процессы, происходящие в экономике Вологодской области, обусловленные современным кризисом, и вызванные им социальные проблемы, можно ожидать снижения доступности медицинских услуг, расширения спектра платных услуг.

Таким образом, в период 1998 – 2008 гг. наблюдался поступательный рост отечественной экономики, а благоприятная рыночная конъюнктура обеспечила широкие возможности для выполнения бюджетных обязательств и благоприятную среду для реализации социальных реформ. В 2005 г. сделан существенный позитивный шаг в сторону признания приоритетности социальных целей политики государства – был принят бюджет развития, включавший средства на реализацию приоритетных национальных проектов. Однако, стоит признать, принципиальных изменений в показателях доступности и качества медицинской помощи для населения, в особенности для его социально уязвимых слоев, в межкризисный период не произошло.

Как выяснилось из данных социологических опросов и анализа статистической информации, многие из проблем, остро стоявших перед отечественным здравоохранением в конце 1990-х гг., не теряют своей актуальности и по сей день.

1. Среднестатистический пациент, не имея возможности расплатиться за медицинские услуги, по-прежнему вынужден мириться с негативным отношением персонала ЛПУ, терпеть в очередях многочасовые ожидания приема и отказы в бесплатном получении лекарств.

2. Невысокое качество и доступность медицинских услуг, недостаток внимания к пациентам, порой некорректное поведение медицинского персонала ведут к формированию психологического барьера в отношении к врачам и медицинским учреждениям у значительной части населения. В силу этого все шире распространяется самолечение, становятся популярными услуги «нетрадиционной медицины». Так, согласно данным социологического опроса, проведенного в 2008 г., 1,8% жителей области (около 18000 чел.) в связи с ухудшением здоровья обращались к так называемым «целителям».

3. Выявлена значительная дифференциация населения по доступности в получении медицинских услуг. Вследствие неразвитости дорожно-транспортного сообщения и территориальной отдаленности лечебно-

профилактических учреждений жители сельских поселений становятся дискриминируемой в отношении получения медицинской помощи социальной группой. На сегодняшний день единственной возможностью для жителей села получить необходимую медицинскую помощь является лечение в стационаре.

4. Коммерциализация здравоохранения, высокая стоимость лекарственных препаратов, неэффективность их распределения снижают доступность медицинской помощи для социально уязвимых групп населения (люди с хроническими недугами, малообеспеченные, жители села).

В связи с платностью медицинских услуг население нередко отказывается от них. В этом признается существенная часть респондентов – около 40%. Наиболее частым является отказ от стоматологической помощи, протезирования зубов, диагностических обследований. Вместе с тем за 7 лет (2002 – 2008 гг.) произошло снижение данного показателя в 1,4 раза, что связано как с ростом денежных доходов населения, так и с отсутствием бесплатной альтернативы.

5. Современный финансово-экономический кризис затронул все категории населения, включая и тех, чьи доходы превышают средний уровень, однако в наибольшей степени его негативному влиянию подвержены менее обеспеченные граждане, имевшие невысокий достаток и в период экономического роста. Сегодня не вызывает сомнений то, что экономическая рецессия и вытекающие из нее социально-экономические проблемы (рост безработицы, общее падение уровня жизни и доходов населения) повлияли на платежеспособность людей. Это в значительной степени затруднит их возможность оплачивать медицинские услуги и, очевидно, приведет к тому, что граждане, озабоченные поиском работы и средств для жизни, будут уделять значительно меньше внимания собственному здоровью, особенно в вопросах здорового образа жизни и профилактики. Последнее, в свою очередь, повысит риск распространения хронических патологий среди населения, последствия этого будут ощущаться долгие годы и самими гражданами, и службами медицинской помощи.

То, в какой степени финансово-экономический кризис 2008 г. повлияет на функционирование системы здравоохранения и на здоровье населения, во многом зависит также и от глубины докризисных ошибок. В этом смысле кризис стал симптоматичным для Российской Федерации: он показал, что за годы благоприятной экономической конъюнктуры система эффективного управления здравоохранением в стране не была создана.

В условиях нынешних социально-экономических трудностей важно найти разумный компромисс между принципами социальной справедливости и экономической целесообразности в реализации политики здравоохранения, что поможет и продолжить ранее инициированные преобразования, и избежать обострения социальной напряженности. От продуманности современной государственной политики в сфере охраны общественного здоровья, а также от того, в какой мере при реализации социальных реформ будут учитываться интересы и мнения пациентов, для удовлетворения потребностей которых и существуют медицинские службы и организации, будет зависеть тот социально-экономический результат, который получит общество от системы здравоохранения в ближайшей и отдаленной перспективе.

5.3. Вклад отдельных компонентов образа жизни в здоровье населения

Ключевой проблемой для всех направлений охраны здоровья является формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья, самоосознания ценности здоровья как фактора активного долголетия. Многие заболеваний можно не допустить, выполняя социально-гигиенические нормы и правила поведения, и это не требует больших затрат. Напротив, лечение финальных стадий заболеваний обходится дорого, то есть все профилактические и здоровьесберегающие меры выгодны.

Возрастающая роль поведенческих аспектов в борьбе за продолжительность жизни нашла свое выражение и в исследованиях «самосохранительного поведения», «культуры здоровья», «здорового образа жизни» [189, с. 9-22]. Они ставят здоровье на высочайший уровень ценностей, определяют активность человека в отношении к здоровью.

Учитывая, что с точки зрения системного подхода человек – открытая, саморегулирующаяся и самообновляющаяся система, которая обменивается с окружающей средой энергией, веществом, информацией, можно созидать свое здоровье, постоянно поддерживая организм на оптимальном уровне здоровья и ведя здоровый образ жизни.

Именно сам человек способен внести максимальный вклад в поддержание своего здоровья. Еще Сократ говорил: «Если человек сам следит за своим здоровьем, то трудно найти врача, который знал бы лучше полезное для его здоровья, чем он сам». Эта истина остается актуальной и в современном мире. Приоритет здорового образа жизни и профилактики не теряет своей актуальности.

Развитие здравоохранения в зарубежных странах также направлено на формирование у населения ответственного отношения к своему здоровью. Это подтверждают выступления участников VIII конференции Европейской социологической ассоциации [109, с. 15-16]. Необходимость формирования здорового образа жизни у населения определена как важное направление деятельности по сбережению здоровья в отраслевой программе «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003 – 2010 гг.», утвержденной Министерством здравоохранения РФ. Формирование здорового образа жизни – одно из центральных направлений национального проекта «Здоровье». Однако в этих документах большее внимание уделено распространенности вредных привычек и необходимости отказа от них.

Но здоровый образ жизни как научная категория гораздо шире. Одни ученые рассматривают его как осознанное целенаправленное поведение людей, предусматривающее использование в каждодневной социальной практике материальных, духовных факторов и условий, благотворно влияющих на сохранение и укрепление здоровья, продиктованное ценностными ориентациями, мотивами здоровьесберегающей деятельности [25, с. 84-86]. Другие ученые рассматривают здоровый образ жизни через призму самосохранительного поведения, включая своевременное обращение за квалифицированной медицинской помощью, отказ от курения и алкоголя, активное занятие физической культурой [187, с. 246-249].

Ничто не в состоянии способствовать укреплению здоровья людей больше, чем осознание ими основных факторов, вызывающих болезни или способствующих их возникновению, а также принятие мер по ослаблению негативного воздействия этих факторов на здоровье. Лучший способ предотвращения заболеваний – здоровый образ жизни и поддержание условий среды обитания, уменьшающих вероятность болезней в самом широком смысле. Сюда входит не только отсутствие вредных привычек, но и профилактика заболеваний, и эстетика здорового тела, и, главное, отношение к собственному здоровью как необходимому условию рождения здоровых детей [26]. При этом самая большая трудность заключается в создании мотивации к здоровому образу жизни.

Люди по-разному относятся к своему здоровью. Для одних здоровье само по себе является ценностью, другим оно необходимо в первую очередь для достижения определенных целей (возможности достижения значимых результатов на работе, карьерного роста, возможности зарабатывать деньги и т.д.). Степень важности здоровья для каждого человека определяет его активность в отношении к собственному здоровью. Основываясь на этом, человек строит свое поведение.

Данные исследований убедительно показывают, что в России формируется такой стиль жизни, при котором здоровье, являясь непреходящей ценностью, неприкосновенной частной собственностью, не представляет реальной ценности для его владельца.

Судя по данным мониторинга здоровья населения Вологодской области, лишь 50% ее жителей называют здоровье основной жизненной ценностью (табл. 5.16). Это преимущественно лица возрастной категории более 55 (60) лет, женщины, пенсионеры, инвалиды. Причем сельские жители по сравнению с городскими чаще выделяют здоровье как основную ценность (55 и 45% соответственно). Для четверти населения региона основной ценностью является семья, работа – лишь для 3%.

Таблица 5.16. Распределение ответов на вопрос: «Что для Вас является основной ценностью?» (в % от числа опрошенных в 2009 г.)

Вариант ответа	Вологда	Череповец	Районы	Область
Здоровье	45,5	44,1	55,3	50,1
Семья	20,9	29,7	22,1	23,7
Материальное благополучие	13,0	11,0	10,6	11,3
Работа	5,1	3,1	2,1	3,1
Затрудняюсь ответить	15,5	12,1	9,9	11,8

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Приоритетность здоровья в большей мере подтверждается и в рассуждениях населения о степени собственной ответственности за поддержание своего здоровья. Отвечая на вопрос: «Кого Вы считаете ответственным за Ваше здоровье?», 75 – 80% жителей Вологодской области указывали на первостепенность личной ответственности (табл. 5.17).

Таблица 5.17. Распределение ответов на вопрос: «Кого Вы считаете ответственным за Ваше здоровье?» (% от числа опрошенных)

Вариант ответа	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2008 г.	2009 г.
Считаю себя ответственным за свое здоровье	81,1	79,2	71,7	74,3	73,0	83,0	76,5
Государство	23,8	36,0	30,4	28,4	25,4	10,4	5,7
Медицинских работников	22,0	36,0	33,0	33,3	23,0	16,0	14,5
Семью, родственников	7,4	11,9	10,1	8,5	8,9	3,7	7,9
Работодателя	–	–	–	–	–	5,9	2,5
Затрудняюсь ответить	7,3	9,3	11,0	6,0	7,4	5,5	10,6

Примечание. Можно было отметить несколько вариантов ответа.
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Как показало исследование, проведенное социологической службой РГСУ [42, с. 75-78], определяя причины ухудшения здоровья, граждане России чаще всего называли социально-экономические факторы, такие

как низкий уровень жизни (49,2%), недоступность качественной медицинской помощи (42,3%). Около трети респондентов (32-33%) отметили недоступность и дороговизну лекарственных препаратов, плохую экологию, неправильный образ жизни, питания; 23,4% опрошенных считают, что здоровье снижается вследствие высокого темпа жизни и постоянных стрессов; 14% – указали на отсутствие возможности полноценного отдыха.

Понимание людьми важности здорового образа жизни выявлено и в других исследованиях. С.А. Ефименко указывает, что при определении причин, оказывающих негативное влияние на здоровье, второе место по его степени после физиологических факторов заняли поведенческие, связанные с образом жизни [100, с. 110-114]. И.П. Попова, анализируя результаты лонгитюдного исследования членов домохозяйств Москвы и Воронежа, отмечает, что группа практик, связанная с поддержанием здорового образа жизни, оказалась более значимой для улучшения или ухудшения здоровья [216, с. 23-27].

Лонгитюдное исследование здоровья и развития детей, проведенное нами на территории Вологодской области, позволяет увидеть, что по мере взросления детей факторы образа жизни занимают все более значимое место среди отмечаемых родителями причин ухудшения здоровья детей. В возрасте от 1 года до 5 лет в большей степени влияние (до 60%) на здоровье оказывают физиологические и медицинские факторы (заболевания с рождения, наследственная предрасположенность, неверные диагнозы и невыполнение рекомендаций врача в полной мере). К 10 – 14 годам более значимыми становятся такие факторы, как качество и организация питания, режим дня, отсутствие закалывающих процедур, высокая учебная нагрузка, занимающие в совокупности около 50%.

Осознание населением влияния на здоровье своего образа жизни ведет к попыткам изменить некоторые привычки в целях улучшения здоровья. В исследовании, проведенном нами в Вологодской области, респонденты наиболее часто отмечали, что пытались бросить курить (33%), увеличить свою физическую активность (31%), повысить работоспособность (28%), уменьшить потребление алкоголя (23%), похудеть (21%).

Предпринимаемые людьми попытки, связанные с преодолением норм и привычек, глубоко вошедших в повседневную жизнь, требуют для своего осуществления проявления волевых усилий, поэтому выполняются с различной результативностью (табл. 5.18). Наиболее результативны усилия, направленные на коррекцию питания, например на снижение в рационе количества соли, жиров, сахара. Несколько ниже результативность стремлений повысить свою работоспособность и физическую активность. Менее всего результативны попытки бросить курить.

Таблица 5.18. **Распределение ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев пытались ли Вы всерьез ..?»** (в % от числа опрошенных в 2009 г.)

Принятые меры	Да, пытался, и мне это удалось	Да, пытался, и мне это не удалось	Нет, не пытался	Результативность (% удавшихся попыток в общей доле попыток)
Меньше употреблять соли	16,8	6,6	67,4	71,8
Меньше употреблять жиров	15,5	6,3	68,6	71,1
Повысить работоспособность	19,5	8,7	64,1	69,1
Меньше употреблять сахара	17,7	8,0	64,9	68,9
Увеличить свою физическую активность	20,9	9,6	60,9	68,5
Уменьшить потребление алкоголя	15,2	8,1	66,7	65,2
Похудеть	9,6	10,9	68,2	46,8
Увеличить вес	2,3	3,2	78,7	41,8
Бросить курить	4,1	28,7	61,6	12,5

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Подобные результаты получены и в других исследованиях. Так, например, по данным опроса населения социологической службы РГСУ (август 2008 г.) [42, с. 75-88], среди способов заботы о здоровье россияне чаще всего выбирали отказ от курения и потребления алкоголя (42 – 46%); прием лекарств при первых признаках заболевания (27,6%); необходимость отведения времени для отдыха и восстановления сил (21,5%). В поддержании здоровья многие делают акцент на соблюдении правильного питания (20,2%), приеме витаминов (17,6%). Занятия физкультурой и любительским спортом отметили 18,3% опрошенных.

Проведенные нами исследования дают возможность более подробно обсудить распространенность самых важных аспектов образа жизни (курение и потребление алкоголя, питание, физическая активность, медицинская активность семьи) и стратегии населения по их изменению.

Курение и потребление алкоголя оказывают значительное влияние на здоровье людей, становясь порой решающими факторами его формирования. Активное курение и чрезмерное потребление алкоголя являются компонентами саморазрушительного поведения, приводящего к разрушению здоровья индивида и наносящего вред окружающим его людям.

Россия входит в число стран с наиболее высокой распространенностью табакокурения. Количество курильщиков в России превышает среднемировой уровень почти в 1,5 раза [276]. Удельный вес курящего населения Вологодской области составляет треть ее населения, при этом 25% курильщиков имеют стаж курения 10 – 20 лет, а 21% – более 20 лет.

Женщины всех возрастных групп курят значительно меньше, чем мужчины (табл. 5.19). Однако женщины с 18 до 30 лет, являющиеся основной репродуктивной группой, более склонны к курению по сравнению с представительницами среднего и особенно старшего возраста, тревожно, что их доля увеличивается – в сравнении с уровнем 2002 г. она выросла на 10 процентных пунктов.

Таблица 5.19. Распределение ответов на вопрос: «Курите ли Вы в настоящее время?» – по полу и возрасту (в % от числа опрошенных)

Показатель	Мужчины в возрасте (лет)						Женщины в возрасте (лет)					
	2002 – 2005 гг.			2006 – 2009 гг.			2002 – 2005 гг.			2006 – 2009 гг.		
	До 30	30-60	Старше 60	До 30	30-60	Старше 60	До 30	30-55	Старше 55	До 30	30-55	Старше 55
Не курят	44,7	43,4	60,4	45,3	39,5	52,7	69,5	75,6	89,1	59,9	61,5	72,7
Курят	54,8	55,6	38,5	54,1	59,9	45,9	29,0	23,0	6,7	39,5	37,8	26,3
Без ответа	0,5	1,1	1,2	0,7	0,6	1,4	1,6	1,5	4,2	0,6	0,7	1,0

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

В 2009 г. изменился в худшую сторону показатель психологической готовности населения к отказу от курения: 30% курящих (в 2008 г. – 36%) хотели бы самостоятельно бросить курить, 25% (столько же и в 2008 г.) согласны отказаться от этой привычки при условии посторонней помощи. Не хотят бросать курить 43% (в 2008 г. – 37%) потребителей табака.

Таким образом, очевидно, что активная позиция общества и государства, продуманные действия в направлении снижения табакокурения ожидаемы людьми (около 55% курильщиков в регионе бросили бы курить при создании соответствующих условий). Но очевидно и то, что меры не должны быть односторонними – только просветительскими или запретительными. Необходимы взвешенные комплексные действия.

Еще одной проблемой является чрезмерное потребление алкоголь-содержащих напитков. Продажа алкоголя увеличивается ежегодно. По данным социологических исследований в Вологодской области в среднем за 2002 – 2009 гг. употребляли спиртные напитки 72% мужчин и 57% женщин. Особое беспокойство вызывает весьма значительное количество (66%) пьющих молодых женщин (табл. 5.20).

Таблица 5.20. Употребление алкогольных напитков мужчинами и женщинами (2002 – 2009 гг., в % от числа опрошенных)

Показатель	Мужчины				Женщины			
	До 30 лет	30 – 60 лет	Старше 60 лет	Всего	До 30 лет	30 – 55 лет	Старше 55 лет	Всего
Употребляют	73,2	74,6	60,7	71,9	65,5	64,8	37,6	57,4
Не употребляют	25,6	23,5	36,5	26,2	32,5	32,0	59,0	39,7
Без ответа	1,2	1,9	2,8	1,9	2,0	3,2	3,4	3,0

В 2009 г. ежедневно употребляло алкоголь почти 8% населения региона, 1 раз в неделю – 51%. Это больше, чем за период 2007 – 2008 гг. (6 и 45% соответственно). Причем среди молодежи наблюдается некоторое снижение потребления слабоалкогольных и увеличение употребления крепких напитков. В старшей возрастной группе увеличилось потребление всех видов алкогольных напитков.

Для современной России характерно потребление некачественных алкогольсодержащих напитков, самогона, даже технических жидкостей. Нередки случаи замены алкоголя на дешевые алкогольсодержащие лекарственные препараты (приобретаются в аптечной сети по 4-5 емкостей малой литражности). Неразборчивость в потреблении алкоголя ведет к высокой смертности от алкогольных отравлений. Ее значительный всплеск произошел в Вологодской области в 2005 г. (был вызван потреблением технических спиртов типа «Крепыш», находившихся в продаже в сети уличных киосков). Важно отметить, что чрезмерное потребление алкоголя ведет не только к ухудшению здоровья, но и к смене образа жизни, становясь причиной потери работы, распада семьи, маргинализации.

Наличие вредных привычек в семье является препятствием для формирования позитивных ориентаций на здоровый образ жизни у подрастающего поколения. По данным ВОЗ распространенность употребления табака подростками 13 – 15 лет в РФ составила 27%, в Европейском регионе – 18%, в мире в целом – 14% (за период 2000 – 2008 гг.) [181].

Чем раньше человек сталкивается с выбором курить или отказаться от курения, тем меньше он осознает опасность употребления табака. По данным мониторинга здоровья детского населения, удельный вес детей, пробовавших курить, увеличивается с 5% в 11 лет до 31% к 14 годам. Прослеживая изменения в гендерной структуре, отметим, что среди пробовавших курить меняется соотношение мальчики/девочки: в 11 лет – 4:1; в 14 лет – 1:1.

Доминирующей причиной, способствующей началу и поддержанию курения подростков, по данным экспертов ВОЗ, является наличие курящих в семье, в кругу друзей и сверстников. Для детей очень важен пример не просто взрослых людей, а близких и авторитетных для них лиц [53]. Поэтому имеет большое значение то, курят или нет родители. Как правило, в семьях, в которых курит хотя бы один из родителей, в 2 раза чаще встречаются курящие дети (25% против 12% соответственно). Причем наибольшее влияние на вероятность проб курения детей оказывает курение матери. При курящей матери дети пробуют курить в 6 раз чаще, чем при некурящей. Если курит бабушка, пробуют курить 18% детей, в отличие от 2% – при некурящей бабушке.

В Вологодской области потребление алкогольных напитков составляло в 2008 г. 12,3 литра на 1 жителя (в 2002 г. – 12,8 л [220]). Из 63% жителей региона, употребляющих алкоголь, 42% имеют несовершеннолетних детей (данные за 2008 г.). Исследование показало, что в 50% случаев распитие алкоголя происходит в семейном кругу. Если в семье есть практика употребления алкоголя, то четверть детей его пробовали в раннем возрасте (табл. 5.21).

Таблица 5.21. **Взаимосвязь между пробами алкоголя у детей и употреблением алкогольных напитков их родителями** (когорта 1995 г.; в %)

Выпивает ли кто-либо из семьи?	Пробовал (а) спиртные напитки					
	12 лет		13 лет		14 лет	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Да	61,5	40,7	59,1	45,6	53,6	68,8
Нет	38,5	57,1	40,9	54,4	46,4	31,3

В большинстве случаев детям не нравятся вредные привычки взрослых. Однако отношение к курению более лояльное, чем к алкоголю. Негативное отношение к алкоголю выражают 68% детей, к курению – 63%. В то же время треть подростков отметили, что им безразлично, курят окружающие или нет, и почти столько же (32%) равнодушно относятся к употребляющим алкоголь.

Еще один аспект образа жизни, изменение которого может существенно влиять на здоровье, – это *организация и качество питания*. Связь между здоровьем и питанием является самой непосредственной и более отчетливой, чем связь с многими другими факторами.

В оценке населением Вологодской области качества питания преобладает позиция «нормальное», удельный вес которой за период с 1999 по 2009 г. вырос в 1,4 раза (с 43 до 58%). Вместе с тем доля жителей области, оценивающих свое питание как «неудовлетворительное» и «очень плохое», в 2009 г. по сравнению с 1999 г. снизилась с 36 до 14% и с 12 до 2% соответственно. Полноценным свое питание в 2009 г. считало лишь 11% населения, большую долю которого составляли лица в возрасте до 30 лет, городское население. Столь низкие оценки питания связаны в первую очередь с относительно невысоким уровнем жизни большинства жителей региона, а также с их недостаточными знаниями о здоровом питании.

В плане обсуждения образа жизни наиболее интересны причины и стратегии поведения людей при выборе продуктов питания или изменении его характера и режима. Анализ данных мониторинга физического здоровья показал, что при организации своего питания жители региона придерживаются следующих правил: употребление большего количества овощей и фруктов (30%), слежение за сроком годности пищевых продуктов (28%),

приобретение продуктов от надежных (проверенных) производителей (26%), употребление натуральных продуктов (25%), соблюдение режима приема пищи (20%), профилактика йод-дефицитных заболеваний (18%). Однако 32% населения питается «как придется».

В структуре причин изменения характера питания жителями региона отмечается желание вести более здоровый образ жизни – 27%, к положительным факторам также можно отнести и желание снизить вес – 17%, а к отрицательным моментам – снижение дохода – 34%, причем удельный вес данного фактора в 2009 г. увеличился по сравнению с 2008 г. на 12 процентных пунктов (табл. 5.22). На уменьшение дохода в большей мере указывают жители сельской местности, пенсионного возраста, чаще мужчины, чем женщины.

Таблица 5.22. Распределение ответа на вопрос: «Если характер Вашего питания изменился, то какова основная причина этого?»
(в % от числа опрошенных)

Основная причина изменения характера питания	Вологда		Череповец		Районы		Область	
	2008 г.	2009 г.	2008 г.	2009 г.	2008 г.	2009 г.	2008 г.	2009 г.
Снижение дохода	24,1	32,0	17,6	30,3	23,3	37,2	21,7	34,2
Чтобы вести более здоровый образ жизни	33,5	32,0	37,8	31,9	36,5	23,0	36,2	27,3
Чтобы снизить вес	15,8	20,3	17,9	17,6	16,5	16,1	16,8	17,4
Болезнь	8,9	20,3	14,1	8,0	13,0	9,8	12,4	11,6
Чтобы сохранить вес	1,0	5,9	5,3	2,1	6,3	4,1	4,7	4,0
Увеличение дохода	5,9	2,6	6,1	1,6	6,5	2,2	6,2	2,1
Чтобы увеличить вес	2,0	1,3	1,1	1,1	1,0	0,8	1,3	1,0

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Согласно данным анализа, женщины в возрасте до 30 лет чаще изменяют характер питания с целью снижения веса. Изменение характера питания для ведения более здорового образа жизни в большей степени характерно для городского населения, женщин, лиц пенсионного возраста.

Таким образом, мы можем утверждать, что большинство населения знакомо с рекомендациями о здоровом питании, но не всегда соблюдает их.

Результаты российского обследования согласуются с данными, полученными нами. Почти половина опрошенных (48,5%) ответственно относятся к своему питанию, большинство из них (36,4%) «стараясь потреблять здоровую пищу», 12,1% – придерживаются диеты, выбранной самостоятельно либо рекомендованной врачом [42, с. 75-88].

Для трети респондентов причина неполноценности пищевого рациона – экономическая, она может быть нивелирована прежде всего путем повышения доходов населения. Для жителей небольших городов и сельчан развитие дачного и приусадебного хозяйства является также дополнительным источником качественных продуктов питания.

Важным аспектом здорового образа жизни, профилактики многих заболеваний выступает *оптимальный уровень физической нагрузки, борьба с гиподинамией*. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, общая физическая неактивность провоцирует 1,9 млн. смертей в мире. Успешная борьба с гиподинамией позволит сократить частоту ишемической болезни сердца на 15 – 39%, инсульта – на 33%, гипертонии – на 12%, диабета – на 12 – 35%, рака толстой кишки – на 22–33%, рака молочной железы – на 5 – 12% и переломов на фоне остеопороза – на 18% [90].

Значительную часть времени занятое трудоспособное население проводит на работе. Поэтому для определения двигательной активности человека важно знать, какова его физическая нагрузка в рабочее время и корректируется ли она в период отдыха после трудового дня.

Судя по данным исследования физической активности населения Вологодской области на работе, 34% ее жителей имеют «сидячую» работу, а работа 10% населения связана с тяжелыми физическими нагрузками. Для женщин в 1,5 раза чаще характерна сидячая работа, тогда как мужчины в 5 раз чаще занимаются тяжелой физической работой. Жителям сельской местности (в основном мужчины) чаще в сравнении с городским населением приходится выполнять небольшую физическую работу или заниматься тяжелым физическим трудом.

В ситуации, когда профессиональная деятельность значительной доли населения связана с работой в офисе (в основном «сидячая» работа), особенно важным становится вопрос организации полноценного отдыха с умеренными физическими нагрузками. В 2009 г. 56% населения области свободное время преимущественно проводило дома. Большинство этой группы составили женщины, работающие пенсионеры, жители сельской местности. Прогулки на свежем воздухе предпочитало 36% населения и только 11% – занималось физкультурой и спортом, посещало спортивные залы (табл. 5.23). Спортом в большей мере занимались мужчины в возрасте до 30 лет, проживающие в городе. Население сельской местности в 1,3 раза чаще, чем в городе, указывает на полное отсутствие свободного времени.

Общее число россиян, занимающихся физкультурой и спортом регулярно или время от времени, оценивается учеными в 30%, но постоянно занимаются только 9% [42, с. 75-88].

Лица, имеющие низкую физическую активность на работе, не задаются вопросом о ее компенсации при проведении свободного времени. Среди тех, кто занимается в основном «сидячей» работой, весьма значительная доля (60%) и дома предпочитает пассивный отдых, в то время

Таблица 5.23. **Распределение ответов на вопрос: «Как Вы проводите свободное время?»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Сижу дома (телевизор, чтение, домашние дела, не требующие значительных физических усилий)	58,3	54,7	49,7	49,8	48,6	58,6	57,6	63,0	55,9
Прогулки на свежем воздухе	25,3	28,2	31,5	27,3	31,8	33,3	34,3	33,0	35,9
Занимаюсь спортом, посещаю спортивный клуб, спортзал, фитнес-центр	7,9	11,2	10,7	8,3	11,0	9,3	12,5	12,0	11,3
Посещаю культурно-массовые мероприятия	9,3	9,6	11,8	11,0	13,0	11,8	11,6	11,7	10,9

Примечание. Сумма составляет более 100%, т.к. респонденты могли указывать более одного варианта ответа.
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

как доля занимающихся спортом составляет лишь 7% (табл. 5.24). Больше внимание спорту в свободное время уделяют люди с умеренной физической активностью на работе.

Таблица 5.24. **Характер проведения свободного времени населением области в зависимости от степени физической активности на работе, в %**

Как Вы обычно проводите свое свободное время?	Какова Ваша физическая активность на работе?			
	У меня в основном сидячая работа	Хожу на работе довольно много	Приходится выполнять небольшую физическую работу	Занимаюсь тяжелой физической работой
Сижу дома (телевизор, чтение, домашние дела, не требующие значительных физических усилий)	59,6	53,3	51,2	54,7
Прогулки на свежем воздухе	37,8	35,1	37,0	17,3
Занимаюсь спортом	3,9	11,0	9,2	3,3
Посещаю спортивный клуб, спортивный зал, фитнес-центр	4,3	6,1	5,9	4,0
Посещаю культурно-массовые мероприятия	10,6	17,4	10,1	5,3
У меня нет свободного времени	13,7	13,9	16,0	30,0

Примечание. Сумма составляет более 100%, т.к. респонденты могли указывать более одного варианта ответа.
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Низкая физическая активность как на работе, так и в свободное время распространена и среди представителей молодого возраста. По данным мониторинга, 45% молодых людей пассивно проводят свободное время, сидя дома перед телевизором или компьютером; 38% – просто гуляют по улицам и лишь 18% занимаются физкультурой и спортом.

Таким образом, уровень физической активности населения области при проведении свободного времени можно оценить как недостаточный.

Однако только половина населения считает, что мало времени затрачивает на двигательную активность.

Значительно расширяет знания о здоровом образе жизни населения *анализ медицинской активности*. Под медицинской активностью мы понимаем деятельность людей в области охраны, улучшения здоровья в определенных социально-экономических условиях. Медицинская (медико-социальная) активность включает: наличие гигиенической грамотности; выполнение медицинских рекомендаций; участие в оздоровлении окружающей среды; умение оказывать первую доврачебную помощь себе и родственникам; использовать средства народной, традиционной медицины и др. Медицинская активность, отражающая осознание членами семьи ценности здоровья, направленность их действий на сохранение здоровья и поддержание соответствующего образа жизни, лежит в основе здоровьесберегающего поведения, формирования здорового образа жизни [167]. Повышать медицинскую активность важно потому, что этот фактор, как наиболее «управляемый», дает возможность предотвратить развитие тяжелых хронических заболеваний, требующих дорогостоящего и длительного лечения.

Важным способом сохранения здоровья является своевременное обращение за квалифицированной медицинской помощью. Судя по результатам исследования, при возникновении первых признаков болезни к врачу всегда обращается 11,5% населения, еще 35% – не всегда, но в большинстве случаев. Более 40% жителей региона предпочитают самолечение и обращаются к врачам только в случае значительного ухудшения состояния.

Профилактика – это часть правильного поведения в отношении здоровья, наряду с обращением за квалифицированной помощью во время болезни. В исследовании мы обратили внимание на то, с какой именно целью респонденты посещали медицинские учреждения в году, предшествующем опросу, на основании чего были сформированы группы, имеющие сходные стратегии поведения в отношении своего здоровья. Оказалось, что 17% опрошенных обращались к врачу с профилактической целью, еще 14% – при прохождении профосмотра. Можно считать, что это группа активных и относительно активных граждан, заботящихся о своем здоровье самостоятельно или при помощи государства и работодателя. Чаще всего это люди трудоспособного возраста, с хорошей или удовлетворительной оценкой здоровья.

Другая группа – граждане, поддерживающие свое здоровье (46%), обращавшиеся к доктору в период плохого самочувствия. Чаще всего это люди с плохой самооценкой здоровья (73% против 33% с хорошей);

представители группы 20% наиболее обеспеченных (53% против 32% среди 20% наименее обеспеченных); старше трудоспособного возраста (60% против 36% в возрасте моложе 30 лет).

Третью группу составляют пассивные жители региона, невнимательно относящиеся к своему здоровью. Они или не обращались к врачу, так как лечились самостоятельно, – 11%, или не помнят цели визита в больницу (можно считать, что не были там) – 4%, или не обращались к врачу, т.к. не болели – 8%. Среди представителей этой группы чаще встречаются молодые люди. Самолечение в большей степени характерно для представителей 20% менее обеспеченных (15% против 10% среди 20% более обеспеченных). Среди тех, кто не обращается к врачу, подавляющее большинство оценивает свое здоровье как хорошее (23% против 4% с плохим здоровьем).

Подобные результаты получены и в других исследованиях: так, например, по данным РЭМЭЗ, в течение последних трех месяцев в медицинское учреждение или просто к специалисту для профилактического обследования обратилось около 20% населения. Причем несколько активнее ведут себя обеспеченные люди: среди тех, чей доход выше медианного, доля обратившихся составляет 19%, ниже медианного – 14%.

Анализ глубинных интервью, проведенных в соответствии с методикой EQ-5D, подтверждает количественные данные и позволяет определить основные характеристики людей, обратившихся за медицинской помощью в учреждения здравоохранения: относительно высокий уровень дохода; серьезные проблемы со здоровьем (резкое ухудшение здоровья, обострение болезни); высокий уровень заботы о здоровье [190, с. 342-345; 189, с 9-22].

Сложившиеся в семье стратегии поведения характерны в отношении не только охраны собственного здоровья, но и здоровья детей. Именно в детстве закладывается отношение индивида к своему здоровью, формируются необходимые привычки и навыки, из которых в дальнейшем складывается образ жизни.

Важно, чтобы родители имели правильное представление о здоровье ребенка в целях выполнения адекватных оздоровительных мероприятий. В семьях, участвующих в лонгитюдном исследовании здоровья и развития детей, около 50% родителей считают себя полностью осведомленными о здоровье своих детей. На основе полученной информации родителями строится оценка здоровья и планируются оздоровительные мероприятия в семье. Углубленный анализ позволил выявить несоответствие родительских и врачебных оценок. В целом оценка здоровья детей врачами более критична (табл. 5.25).

Таблица 5.25. Сопоставление оценки здоровья детей родителями и педиатрами (2008 г.)

Оценка здоровья ребенка родителями (в % от числа опрошенных)		Оценка здоровья ребенка педиатрами (в % от числа наблюдаемых детей)	
<i>Когорта 1995 года</i>			
Хорошее	35,1	17,5	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	60,5	54,4	Удовлетворительное (2 гр. здоровья)
Плохое	4,4	28,1	Плохое (3 группа здоровья)
<i>Когорта 1998 года</i>			
Хорошее	51,3	7,7	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	47,4	66,7	Удовлетворительное (2 гр. здоровья)
Плохое	1,3	25,6	Плохое (3 группа здоровья)
<i>Когорта 2001 года</i>			
Хорошее	32,5	8,9	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	64,2	67,5	Удовлетворительное (2 гр. здоровья)
Плохое	3,3	23,6	Плохое (3 группа здоровья)

Необоснованное спокойствие родителей в отношении здоровья их детей, вследствие этого слабая мотивация на проведение закаливающих, укрепляющих семейных мероприятий становятся порой причинами ухудшения здоровья детей. Ранняя выявляемость заболеваний во многом зависит от своевременного обращения к врачам-специалистам. Более 60% родителей в обследуемых семьях всегда обращаются к врачам в случае острых либо обострения хронических заболеваний у ребенка. Эти семьи своевременно и полностью выполняют также рекомендации врача. В других семьях прибегают к самолечению, средствам народной медицины или же обращаются к врачу уже при тяжелом состоянии ребенка. Особенно часто такая тенденция прослеживается в неполных семьях. Это может быть обусловлено как финансовыми проблемами (потери заработка при выходе на больничный, боязнь потери рабочего места в связи с частыми болезнями ребенка), так и неудовлетворительным медицинским обслуживанием (6% респондентов указали, что не доверяют врачу).

Проведенный анализ показал, что 78% родителей с высшим образованием (против 60% – с неоконченным средним) всегда обращаются к врачам в случае острых либо обострения хронических заболеваний у ребенка.

Медицинская активность семьи по мере взросления детей падает. Так, если в раннем детстве 84% родителей всегда обращались к врачам при острых заболеваниях ребенка и обострениях хронических заболеваний, то к 13 годам – всего 69%. Изменяются и мероприятия семьи по поддержанию здоровья. Своевременное посещение врача и соблюдение

режима и правил питания остаются среди приоритетов семей, воспитывающих и детей младшего возраста, и подростков. В то же время закаливание, совместные занятия зарядкой и прогулки популярны только в семьях, воспитывающих детей младшего возраста (табл. 5.26).

Таблица 5.26. **Распределение ответов на вопрос: «Что Вы делаете для поддержания здоровья ребенка?»** (в от числа опрошенных в 2008 г.)

Вариант ответа	7 лет (когорта 2001 г.)	10 лет (когорта 1998 г.)	13 лет (когорта 1995 г.)
Обращаемся к врачу при первых признаках болезни	55,3	42,3	42,1
Ведем здоровый образ жизни	48,8	44,9	40,4
Принимаем витамины, биодобавки	48,0	43,6	50,9
Организуем правильное питание	47,2	44,9	43,9
Делаем зарядку, совершаем прогулки	42,3	15,4	7,9
Занимаемся спортом	28,5	48,7	35,1
Используем закаливание	18,7	17,9	6,1

Прямая зависимость образа жизни детей от гигиенического поведения их родителей зафиксирована во многих исследованиях. Так, по данным, приведенным И.В. Журавлевой [107 с. 156], в семьях, в которых родители занимались утренней гимнастикой, 68% детей также делали ее, а в семьях, в которых родители не утруждали себя физическими упражнениями, доля детей, делавших гимнастику, сокращалась до 39%.

Забота родителей о здоровье ребенка должна проявляться не только в желании своевременно и правильно его накормить и выполнить соответствующие рекомендации врача, но и в том, чтобы укрепить здоровье ребенка, предотвратить возможные заболевания. Значительное благотворное влияние на здоровье детей оказывает закаливание. К большому сожалению, не все родители осознают важность мероприятий такого плана. Результаты углубленного анализа по группе часто болеющих детей показали, что при регулярном проведении закаливающих процедур доля часто болеющих детей в 2 – 4 раза ниже, нежели при их отсутствии (табл. 5.27).

Таблица 5.27. **Влияние закаливания на здоровье ребенка в возрасте 5 лет** (в % от числа опрошенных)

Проводилось ли закаливание ребенка			Здоровье ребенка			
Вариант ответа	Когорта 1995 г.	Когорта 1998 г.	Когорта 1995 г.		Когорта 1998 г.	
			R 1	R 2	R 1	R 2
Проводилось регулярно	57,7	38,5	42,9	57,1	14,0	86,0
Проводилось редко	14,1	35,4	40,0	60,0	15,2	84,8
Не проводилось	28,2	25,4	25,0	75,0	9,1	90,9

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что медицинская активность семьи, являясь одним из звеньев в цепочке сохранения и укрепления здоровья детей, невысока. Мониторинг позволил выделить следующие характеристики медицинской активности семей: медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает; родители часто неадекватно оценивают здоровье детей, не видят необходимости в организации диетпитания, консультаций у врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие хронических заболеваний; многие семьи при различных недомоганиях ребенка не обращаются к врачу, предпочитая самолечение; в семьях высока распространенность вредных привычек.

Учитывая невысокие показатели здоровья россиян, их скромная доля, ориентированная на здоровый образ жизни, представляется недостаточной. Этот вывод подтверждается и другими исследователями. Например, Н.И. Белова, И.В. Журавлева, Л.С. Шилова, В.З. Коган также отмечают несоответствие между потребностью человека в здоровье и его усилиями, направленными на сохранение и укрепление своего физического и психического благополучия. Более того, ученые указывают на то, что здоровье для части граждан становится инструментальной потребностью, то есть средством для достижения и реализации других жизненных благ и потребностей [25, с. 84-86].

Подводя предварительные итоги, отметим, что:

1. Ценность здоровья и личная ответственность за его сохранение признается большинством населения страны.
2. В то же время в популяции широко распространены вредные привычки – чрезмерное потребление алкоголя, табакокурение.
3. Значительная часть населения ведет малоподвижный образ жизни, не занимаясь физкультурой и спортом. «Сидячую» работу имеют 34% жителей Вологодской области, 60% из них и вне рабочее время проводят пассивно. Спортом занимается только 11% населения.
4. Несмотря на существенный рост удельного веса населения, оценивающего свое питание как нормальное, полноценным свое питание считает лишь 11% населения. При этом треть жителей региона питается «как придется», а причиной изменения питания для 34% населения послужило снижение доходов.
5. Медицинская активность населения невысока. В ходе исследования нами выделены 3 группы населения на основании стратегий их медицинской активности: активные и относительно активные граждане (31% = 17%+ 14%); люди, поддерживающие свое здоровье (46%); лица пассивные, невнимательно относящиеся к здоровью (23%).

Медицинская активность семьи по мере взросления детей падает. Так, если в раннем детстве 84% родителей всегда обращались к врачам при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний ребенка, то к 13 годам – всего 69%. Изменяются и мероприятия семьи по поддержанию здоровья. Своевременное посещение врача и соблюдение режима и правил питания остаются среди приоритетов семей, воспитывающих как детей младшего возраста, так и подростков. В то же время закаливание, совместные занятия зарядкой и прогулки популярны только в семьях, воспитывающих детей младшего возраста.

6. Образ жизни, характерный для взрослого населения, является примером для подрастающего поколения. Медицинская активность семей невысока, кроме того, по мере взросления детей она снижается. В семьях, в которых принято курить, распивать спиртные напитки, дети с большей вероятностью приобщаются к вредным привычкам.

В целом можно говорить о низкой фактической (а не декларированной) ценности здоровья, о слаборазвитой культуре самосохранения и ответственности за собственное здоровье и здоровье близких (как правило, люди начинают заботиться о здоровье только после его фактического или ожидаемого ухудшения или по совету врача). Необходимо изменить модель поведения большинства населения: забота о своем здоровье и здоровье близких людей должна формироваться не по факту ухудшения здоровья, а предотвращая его.

С этой целью важно не только развивать профилактическую медицину, но и привлекать некоммерческие организации и бизнес к взаимодействию в целях профилактики развития профессиональных заболеваний, формирования здоровой среды обитания и оздоровления населения.

Важнейшими направлениями формирования здорового образа жизни должны стать:

- развитие сферы физкультуры и спорта с расположением спортивных учреждений в шаговой доступности; развитие дворового спорта и организация спортивного досуга детей с использованием в этих целях волонтеров из числа студентов;
- создание в городах спортивных и парковых зон, велодорожек, выделение полос движения на дорогах для велосипедистов;
- формирование нормативно-правовой и законодательной базы, в том числе в отношении качества питьевой воды и питьевого водоснабжения, маркировки пищевых продуктов и т.д.;

- обеспечение безопасности продуктов питания;
- внедрение более здоровых привычек и стереотипов питания, в том числе посредством совершенствования бюджетно-финансовой, сельскохозяйственной политики, политики в области продаж, которые способствовали бы расширению доступности овощей и фруктов и снижению потребления продуктов с высоким содержанием жиров;
- усиление профилактики профессиональных заболеваний;
- создание мотивации и информированности населения о здоровом образе жизни, в том числе через вовлечение бизнеса в участие в страховой медицине, восстановление и развитие традиций «производственных зарядок» – коротких перерывов на гимнастику и т.д. (средства, затраченные на медицинское просвещение населения сегодня, обернутся меньшими затратами на лечение заболеваний уже в ближайшем будущем);
- разработка и реализация национальной программы по профилактике злоупотребления алкоголем и табакокурения, которая предусматривала бы мониторинг потребления алкоголя и табака населением, усиление запретов на рекламу табачных и спиртосодержащих изделий; ограничение мест продажи табачных и ликеро-водочных изделий; ужесточение наказаний для работников торговли, допускающих продажу табачных изделий и спиртных напитков несовершеннолетним;
- развитие школьной медицины, улучшение школьного питания, распространение положительного опыта создания здоровьесберегающей среды в школах.

Научить население сохранить здоровье становится в новых социально-экономических условиях первостепенной задачей не только медицинских работников, но и экономистов, управленцев, работников сельского хозяйства, социологов, психологов, работников науки, образования и культуры. Необходимо стремиться пробудить у населения ответственность и за свое здоровье, и за здоровье детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современный этап экономических реформ сопровождается кардинальными преобразованиями социальной структуры российского общества, темпы которых сильно дифференцируются в различных регионах страны. Происходящие изменения находят свое отражение в тенденциях общественного здоровья.

За благоприятный период социально-экономического развития государства с 2000 по 2008 г. наметились положительные изменения в демографической ситуации: рост ожидаемой продолжительности жизни населения; снижение инвалидизации; сокращение общей смертности среди населения во всех группах причин, особенно смертности от воздействия внешних причин; значительное сокращение младенческой смертности. Но общий уровень этих показателей по-прежнему значительно отстает от такового в развитых странах.

В то же время во всех регионах России отмечается рост заболеваемости населения. В период с 1998 по 2008 г. уровень его первичной заболеваемости увеличился на 15%. Ее структура практически не изменилась: ведущими причинами остались болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки, инфекционные и паразитарные заболевания. Сохраняется высокой заболеваемость социально обусловленными болезнями.

В оценках индивидуального здоровья населения РФ, отражающих не только состояние соматического (физического) здоровья, но и социально-психологическое самочувствие, за анализируемый период наблюдалось улучшение. Так, численность людей, испытывающих преимущественно позитивные эмоции, увеличилась на 19% (с 49 до 68%). В динамике общественного психического здоровья на территории страны и региона за 2000 – 2008 гг. наблюдались позитивные тенденции.

Проведенные исследования показали весьма значительные масштабы экономического урона от заболеваемости, инвалидности и смертности, что требует разработки специальных медико-профилактических программ, направленных на снижение потерь здоровья, увеличение экономической отдачи от сохранения здоровья населения. Особую

актуальность эта задача приобретает в условиях последствий мирового финансово-экономического кризиса 2008 – 2009 гг., который поставил под угрозу достигнутые результаты по стабилизации общественного здоровья.

Обобщая результаты настоящей работы, выделим ряд основных проблем, которые остро стоят перед современной Россией, от эффективности и своевременности решения которых зависит состояние здоровья населения в ближайшие годы и в долгосрочной перспективе.

1. Отставание России от развитых стран мира по большинству показателей, характеризующих здоровье.

– *Высокий уровень смертности.*

С 1992 г. в России началось стремительное сокращение численности населения, во многом обусловленное неприемлемой для мирного времени смертностью, уровень которой в 1,5 – 2 раза превышает аналогичный показатель в экономически развитых странах.

Естественная убыль населения, происходившая в Вологодской области с 1992 г. в русле общероссийских негативных демографических тенденций, привела к устойчивой депопуляции. За период 1998 – 2007 гг. в результате снижения рождаемости и увеличения смертности население региона сократилось на 9%. Так, общее число умерших в 2008 г. по сравнению с 1998 г. возросло на 13%, а среди населения в трудоспособном возрасте – на 15%.

Одним из важнейших интегральных показателей развития общества в целом является уровень младенческой смертности. В России он в 2 раза выше, чем в развитых странах Европы, несмотря на значительное снижение. В Вологодской области младенческая смертность снизилась с 17 случаев (на 1000 родившихся живыми) в 1998 г. до 7,7 случая в 2008 г. Однако в некоторых сельских районах показатель составляет 14 случаев (на 1000 родившихся живыми).

– *Низкий уровень ОПЖ при рождении.*

Обобщающим показателем, характеризующим здоровье населения, является средняя ожидаемая продолжительность жизни. В Вологодской области в 2008 г. она достигла уровня 1998 г. и составила 67 лет, что на один год меньше, чем в среднем по России, и на 10-16 лет – чем в экономически развитых странах. Разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин в регионе равен 13 годам.

– *Высокий уровень абортот.*

Высокий уровень абортов ведет к ухудшению репродуктивного здоровья женщин и снижению репродуктивного потенциала. В 2008 г. на каждые 100 родов приходилось 113 абортов. Несмотря на снижение

числа абортс с 68 на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста в 2000 г. до 50 – в 2008 г., их уровень в соответствии с классификацией ООН определяется как высокий.

– *Уровень суицидов значительно превосходит предельно-критический уровень, определенный ВОЗ.*

Уровень смертности жителей региона от самоубийств оставался значительно выше аналогичного показателя по России на протяжении всего последнего десятилетия. Значительное повышение суицидальной активности отмечалось в 1992 и 1998-м – в годы самых громких политических, социальных и экономических потрясений.

В целом за период с 1999 по 2007 г. средний уровень суицидальной активности населения региона составил почти 49 случаев на 100 тыс. населения, что примерно в 2,5 раза превышает предельно-критическое значение, установленное специалистами Всемирной организации здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения).

2. Снижение репродуктивного потенциала населения страны.

Результаты исследования показали, что для Вологодской области, как и для России в целом, характерно малодетное репродуктивное поведение населения. Возросшее стремление женщин к самореализации в профессии, что повлекло за собой более длительный процесс обучения, более позднее вступление в брак и откладывание рождений, в свою очередь, привело к тому, что первый ребенок остается единственным. Это стало основой для формирования низкого уровня рождаемости и причиной снижения числа женщин фертильного возраста в перспективе.

Вместе с тем анализ репродуктивных установок населения позволяет утверждать, что в Вологодской области существует резерв рождений. В настоящее время суммарный коэффициент рождаемости составляет 1,36‰, при реализации хотя бы планируемого числа детей – 1,91‰ – он мог бы значительно приблизиться к уровню простого воспроизводства.

Рейтинг факторов, лимитирующих репродуктивные планы населения, возглавляет материальное положение семьи, жилищные условия. В то же время желаемое число детей не зависит от уровня доходов семьи, а определяется потребностью в детях. Семейный бюджет заметно лимитирует реально планируемое число детей. То есть благоприятные материальные условия способствуют более полной реализации репродуктивных планов.

На репродуктивный потенциал и здоровье будущих поколений влияет здоровье не только женщин, но и мужчин. В России существует гендерный диспаритет в отношении диагностики и поддержания репродуктивного здоровья. Показатели заболеваемости болезнями половой сферы

населения увеличиваются. Особенно значимым является рост андрологической патологии. В Вологодской области заболеваемость мужским бесплодием увеличилась в 4 раза (с 0,3 в 2000 г. до 1,2 в 2008 г.). Методы статистического учета заболеваемости в уроандрологии не позволяют прогнозировать демографический ресурс региона по заболеваниям мужской половой сферы и репродуктивный потенциал.

– Важным компонентом развития репродуктивного потенциала является здоровье детей.

Происходит снижение потенциала здоровья детей, полученного при рождении. Причем здоровье ухудшается поэтапно, ступенчато: значительное снижение потенциала здоровья детей имеет место на первом году жизни; к 7 годам, особенно в году, предшествующем поступлению в школу; к 10 годам увеличивается удельный вес детей, имеющих хронические заболевания.

Установлено, что в различные возрастные отрезки воздействие факторов не одинаково.

В раннем детстве наиболее заметное влияние на здоровье детей оказывают следующие факторы:

- Плохое здоровье родителей: так, матери здоровых детей в 65% случаев имели хорошее и отличное здоровье, а матери больных детей – только в 51% случаев. В то же время у матерей больных детей значительно чаще удовлетворительное здоровье (43%), чем у матерей здоровых детей (35%). У матерей с удовлетворительным здоровьем дети в 4 раза чаще болеют хроническими заболеваниями, чем у матерей с отличным здоровьем.

- Низкий уровень гемоглобина у женщин в период беременности: у женщин, страдавших анемией во время беременности, всего 29% детей родились здоровыми, за первый год жизни удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%, в 2 года – до 7%, в 3 года он составил чуть больше 1%. В Вологодской области среди заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время ее, в период с 1995 по 2007 г. доля анемий составляла 35%.

- Вредные привычки матери, в частности курение, увеличивают риск рождения маловесных детей. У женщин, продолжавших курить и во время беременности, удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3 – 14%. Доля здоровых детей у куривших во время беременности матерей в 4 раза меньше, чем у некуривших. Распространенность курения среди беременных женщин значительно возросла (с 3% в 1995 году до 13 – 15% в последующих когортах).

- Условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам. В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности (12,5% против 8,8% у здоровых), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психического напряжения (37,5% против 29,4%), ночного времени (12,5% против 1,5%). Данный фактор тоже широко распространен в популяции. Так, в Вологодской области в 2006 г. 26% женщин трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях, в то время как в 2000 г. этот показатель не превышал 7%.

- Здоровье детей в первый год жизни во многом определяется характером вскармливания младенца. Дети, находившиеся на грудном вскармливании, в 2 раза реже болели по сравнению с детьми, находившимися на искусственном питании.

При формировании здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы, чем в младенческом. Увеличивается удельный вес факторов среды обитания, образа и уровня жизни семьи, снижается воздействие медико-биологических факторов.

- Здоровье детей, ослабленное в первый год жизни, усиливает риск формирования хронических заболеваний в старшем возрасте. У детей, не болевших на втором году жизни, к пяти годам не было хронических заболеваний. В то время как среди детей, которые часто болели в 2 года, к пяти годам 10% имели хронические заболевания, к восьми годам – 30%.

- Уровень жизни семьи оказывает значительное, часто опосредованное влияние на формирование здоровья детей. Низкие доходы семей лимитируют возможность организации полноценного питания детей и вложения средств в профилактику и укрепление их здоровья. При этом около 20% детей в возрасте до 16 лет в России проживают в условиях бедности. В то же время в период с 2000 по 2008 г., в связи с оживлением экономики, отмечался рост заработной платы. Некоторое улучшение в данный период выявлено и в субъективных оценках покупательной способности доходов семей, участвующих в мониторинге. Увеличилась доля респондентов, указывающих, что денег хватает на все текущие расходы, – с 27 до 38%. Число семей, считающих, что денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности, уменьшилось соответственно с 53 до 37%.

Данные обследования доказывают, что при недостаточном, несбалансированном питании дети чаще болеют, а ограниченность родителей в средствах затрудняет приобретение необходимых лекарственных препаратов. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что факторы риска, ведущие к ухудшению здоровья детей, сконцентрированы в семьях с низкими доходами.

- Важным фактором, влияющим на здоровье детей, являются их жилищные условия. Дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводит к ослаблению возможностей общей сопротивляемости организма, снижению иммунитета, что, в свою очередь, служит предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается. Более половины семей в исследовании оценили свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 13 – 18% респондентов указывали, что проживают в требующих капитального ремонта домах и квартирах.

- На формирование здоровья детей существенное влияние оказывают экологические условия в районе проживания. Загрязненный воздух, плохое качество питьевой воды негативно воздействуют на здоровье ребенка. Так, в когорте 1998 г. хорошее здоровье имели 33% детей, проживающих в благоприятных экологических условиях, и 17% детей, проживающих в плохих экологических условиях. Подобные данные получены и другие годы обследования. В то же время следует отметить, что в среднем 28% детей (по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих экологических условиях. Оценка экологических условий за период с 1995 по 2008 г. существенно не изменилась.

- Низкий уровень социально-гигиенической грамотности и медицинской активности родителей оказывает негативное влияние на здоровье детей. Часто родители не предпринимают даже элементарных усилий для сохранения здоровья своих детей, таких, например, как закаливание, диетпитание. Вместе с тем закаленные дети в 1,5 – 2 раза чаще имеют крепкое здоровье и относятся к 1 группе. Что касается организации диетпитания, своевременных консультаций квалифицированных специалистов (мероприятий не очень дорогих, но эффективных), то здесь суждения семей и педиатров значительно разнятся. По мнению медиков, диетпитание требуется 18 – 23% детей, родители считают необходимым его соблюдение лишь в 2 – 5% семей.

Медицинская активность семьи по мере взросления детей падает. Так, если в раннем детстве 84% родителей всегда обращались к врачам при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний ребенка, то к 13 годам – всего 69%. Изменяются и мероприятия семьи по поддержанию здоровья. Своевременное посещение врача и соблюдение режима и правил питания остаются среди приоритетов семей, воспитывающих как детей младшего возраста, так и подростков. В то же время закаливание, совместные занятия зарядкой и прогулки популярны только в семьях, воспитывающих детей младшего возраста.

3. Прогрессирующее социальное и материальное расслоение населения России.

– Существенная часть населения находится на грани бедности или за чертой бедности.

Решение вопросов, связанных со здоровьем, не может пониматься иначе, чем в контексте политики общего социально-экономического развития территории. В этом отношении первоочередного внимания заслуживают проблемы уровня и качества жизни людей.

В период с 1999 по 2007 г. среднедушевой доход населения Вологодской области увеличился в 2,6 раза, а его основная составляющая – заработная плата возросла почти в 2 раза. Однако значимая доля населения Вологодской области и Российской Федерации до сих пор находится в состоянии бедности и нищеты, автоматически попадая в «группу риска» по состоянию здоровья. В 2009 г. малообеспеченными (доходов хватает только для удовлетворения самых простых бытовых нужд) считали себя около половины жителей Вологодской области, бедными (чьи доходы достаточны лишь для покупки еды) называли себя 30% граждан, проживающих в районных центрах, 40% сельских жителей и 17% людей, проживающих в крупных городах. Наибольший уровень нищеты (существование на грани физического выживания) наблюдается в районных центрах (9% от численности населения), в крупных городах этот показатель в два раза ниже.

Низкий уровень доходов населения оказывает негативное влияние на уровень общественного здоровья как непосредственно, обуславливая отсутствие возможностей оплатить необходимое лечение, так и косвенно, будучи ключевым фактором качества жизни, объединяющего характер питания, санитарно-гигиеническое благополучие, условия труда и отдыха и пр.

Даже население со средними доходами (2 – 4 квинтили в доходных группах) в 1,7 раза чаще имело проблемы со здоровьем и в 1,5 раза больший риск возникновения хронических заболеваний по сравнению с высокодоходными группами.

Симптомы тревоги, депрессии и невроза чаще встречаются у представителей малоимущих слоев населения. Среди людей, характеризующих свой материальный достаток как высокий («богатые»), в два раза меньше удельный вес тех, кто испытывает психологические проблемы, требующие, по их мнению, врачебного вмешательства, чем в когорте «бедных» и «нищих».

Предложенная нами типологизация населения по здоровью с учетом воздействия факторов риска показала, что в группах относительно

здоровых и здоровых лиц удельный вес обеспеченных людей в 1,5 – 3 раза выше, чем малоимущих. В то же время отмечается преобладание малоимущих над высокодоходными в группе «больные с факторами риска». Это подтверждает гипотезу о том, что низкие доходы населения ограничивают его возможности в сохранении и укреплении здоровья. В период с 1998 по 2008 г. удельный вес малоимущих в регионе снизился более чем в 2 раза, однако до сих пор треть населения испытывает значительные материальные трудности, что ограничивает его возможности в сохранении здоровья.

– *Неравенство в условиях формирования здоровья, в том числе в качестве жилищных условий, в возможностях для восстановления здоровья и отдыха.*

Наибольший ущерб здоровью населения наносит действие фактора «поколенческой преемственности» здоровья: дети, воспитанные в неудовлетворительных социальных и бытовых условиях и вследствие этого имеющие низкий уровень здоровья (это часто ограничивает возможности получения хорошего образования и высокого дохода, а также социальную мобильность), не смогут обеспечить достойные условия жизни и для собственных потомков.

Комфортность жилищных условий оказывает существенное влияние на состояние здоровья людей, особенно детского возраста, определяя качество их жизни. В частности, за рассматриваемый период показатели здоровья населения Вологодской области, проживающего в хороших условиях, улучшились, а у тех, кто проживает в неблагоприятной коммунальной среде, отмечена тенденция к ухудшению здоровья. Между тем значительная доля жителей региона (около 44%) недовольны жилищными условиями, при этом в качестве основных проблем они называют ветхость домов, недостаток жилой площади, а также низкую температуру в квартире в холодное время года. Данный пример показывает, что задачи улучшения здоровья населения невозможно решить только силами медицинских служб, без осуществления межсекторального подхода в региональной политике.

– *Неравенство населения в получении медицинских услуг, особенно в разрезе «город – село» и полярных доходных групп населения.*

Ситуация с доступностью медицинской помощью для населения, сложившаяся сегодня в Вологодской области, характеризуется двумя основными негативными тенденциями:

– распространением неформальных платежей за медицинские услуги в муниципальных учреждениях здравоохранения;

– углубляющимся неравенством населения в территориальном и имущественном аспектах относительно возможности получить качественную бесплатную медицинскую помощь.

Анализ деятельности учреждений здравоохранения дает основания прийти к заключению о том, что сельское население является дискриминируемым в отношении доступности медицинской помощи. Практика оптимизации сети медицинских учреждений в условиях села усугубляется сложностью попасть на прием к врачу, работающему в районном центре, из-за неразвитости транспортных связей и дорожной инфраструктуры (радиус обслуживания ЦРБ населения муниципальных образований Вологодской области варьируется от 52 до 154 км).

Проблемы с получением лекарств наиболее актуальны для социально уязвимых групп населения. Более трети населения региона испытывает подобные трудности.

Платность медицинских услуг рассматривается нами как фактор, ограничивающий доступность медицинской помощи для населения. От медицинской помощи в силу ее платности вынуждено отказываться около 40% населения, прежде всего из малоимущих групп. Обращаясь к социологическим данным, отметим, что при отсутствии официальных мест для госпитализации 40% респондентов, проживающих в районах и городах Вологодской области, использовало «личные связи», около 20% – обращалось в вышестоящие органы и к руководству больниц и поликлиник; более 10% – платило деньги за лечение, минуя кассу медицинских учреждений.

4. Нерациональность механизмов оказания медицинской помощи.

– *Слабое развитие профилактической деятельности в здравоохранении.*

Недостаточное внимание профилактике заболеваний оценивается экспертами как один из наиболее нежелательных моментов в организации здравоохранения многих развивающихся и постсоциалистических стран, где распределение ресурсов по-прежнему производится с существенным перевесом вторичной и третичной медицинской помощи. Слабое развитие первичной помощи приводит к негативным последствиям как в отношении состояния здоровья граждан, способствуя накоплению хронических патологий и позднему выявлению заболеваний, так и к неэффективному расходованию средств. Медицинским службам приходится затрачивать средства на лечение тех патологий, которые при рациональной организации здравоохранения могли быть предупреждены или устранены на ранних стадиях проявления.

– *Низкий уровень обеспеченности медицинских учреждений современным оборудованием и технологиями.*

Необходимость обеспечения медицинских учреждений современной диагностической и лечебной техникой год от года все более возрастает. В то же время высокая стоимость современного оборудования обостряет противоречие между ограниченностью ресурсов, необходимостью их рационального освоения и гуманистическими принципами медицины, согласно которым все передовые медико-технические достижения современной науки должны служить на благо человека. Следует признать, что в России на сегодняшний день обозначенная дилемма далека от разрешения, поскольку доступность современной техники для большинства граждан находится на низком уровне, а многие государственные и муниципальные учреждения здравоохранения используют морально и физически устаревшее оборудование. Наряду с этим имеют место случаи, когда медицинская техника простаивает или используется недостаточно эффективно.

– *Значительное разрушение инфраструктуры здравоохранения в сельской местности.*

Сеть медицинских учреждений для жителей муниципальных районов ограничивается узловыми элементами – центральными районными больницами, расположенными в районных центрах, а также периферическими пунктами оказания медицинской помощи – сельскими амбулаториями и ФАПами. ФАПы характеризуются чрезвычайно низким уровнем материально-технической оснащенности, обеспечения лекарствами, а также квалифицированными кадрами. Функции ФАПов сводятся к оказанию неотложной помощи, прививанию населения от инфекционных заболеваний и пр., однако в последние годы и эти функции не выполняются должным образом. Кроме того, продолжается процесс упразднения ФАПов. Так, за период с 2000 по 2008 г. в Вологодской области было закрыто 12% ФАПов. Данная тенденция вполне укладывается в рамки процесса реструктуризации медицинской помощи, но отсутствие пропорциональных мер по обеспечению жителей села даже минимальным набором медицинских услуг позволяет говорить о нарушении принципа социальной справедливости.

5. Низкий уровень медицинской активности и мотивации на здоровый образ жизни большинства населения.

– *Декларативный характер ответственности за свое здоровье.*

Несмотря на осознание личной ответственности за сохранение своего здоровья (77% жителей Вологодской области), часто она носит декларативный характер, о чем свидетельствует образ жизни большинства

жителей: приверженность к вредным привычкам, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание и т.д. Например, судя по результатам исследования, большинство населения знакомо с рекомендациями о здоровом питании, но не всегда соблюдает их.

– *Низкий уровень физической активности населения.*

Важным фактором здоровьесбережения является оптимальный уровень физической нагрузки, борьба с гиподинамией. Исследования показали, что 34% населения имеют малоподвижную работу, 56% – предпочитают пассивный отдых дома. Лица с низкой физической активностью на работе не задаются вопросом о ее компенсации при проведении свободного времени. Среди тех, кто занят в основном «сидячей» работой, большая доля (60%) предпочитает и дома пассивный отдых; а спортом занимается лишь 7%. В то время как занятия спортом в 3,4 раза снижают риск ухудшения здоровья.

– *Низкий уровень санитарно-гигиенической грамотности населения.*

Результаты исследования свидетельствуют о том, что медицинская активность семьи, являясь одним из звеньев в цепочке сохранения и укрепления здоровья, невысока. Медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает. Во многих семьях родители неадекватно оценивают свое здоровье и здоровье детей, не видят необходимости в организации диетпитания, консультаций у врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие хронических заболеваний. Часто люди при возникших недомоганиях не обращаются к врачу, предпочитая самолечение.

– *Широкая распространенность привычек, ведущих к разрушению здоровья.*

Курение и потребление алкоголя оказывают значительное влияние на образ жизни людей, становясь порой решающими факторами его формирования. Количество курильщиков в России превышает среднемировой уровень почти в 1,5 раза. Особенную тревогу вызывает активное распространение курения среди молодых женщин репродуктивного возраста. Результаты исследования доказывают, что курение будущей матери во время беременности негативно отражается на здоровье ребенка.

Продажа алкоголя увеличивается ежегодно. Среди лиц, потребляющих алкоголь, растет удельный вес молодежи. Для населения современной России характерно также потребление некачественных алкогольных содержащих напитков, самогона, даже технических жидкостей. Неразборчивость в потреблении алкоголя ведет к высокой смертности от алкогольных отравлений, значительный всплеск которой произошел

в Вологодской области в 2005 г. (был вызван потреблением технических спиртов типа «Крепыш», находившихся в продаже в сети уличных киосков).

6. Низкий уровень государственного участия в финансировании здравоохранения по сравнению с развитыми странами мира.

– Низкий уровень государственных расходов на здравоохранение в сравнении с развитыми странами.

Один из базовых показателей обеспеченности здравоохранения ресурсами – доля расходов отрасли в общем объеме ВВП, произведенного за один год. Сравнение с другими странами мира по показателям расходов на здравоохранение в структуре ВВП ставит Россию в одну группу с переходными экономиками мира (страны СНГ – в среднем 5,3%). При этом она существенно уступает странам-членам ЕС, в которых квота на нужды здравоохранения составляет 8 – 10% от ВВП. По сравнению с развитыми странами в России доля участия государства в оказании гражданам медицинской помощи является недостаточной, поэтому и проблема участия населения в оплате медицинской помощи стоит более остро. По данным ВОЗ за 2004 г., доля государственных затрат на здравоохранение в России составила 58% от общих расходов на здравоохранение, в то время как в странах Европы этот показатель варьируется от 69,7 в Португалии и 71,9% в Испании до 85,4% в Швеции и 85,9% в Великобритании.

О коммерциализации здравоохранения в Вологодской области говорят результаты социологических исследований. Доля жителей области, осуществляющих платежи за лечение в кассу медицинских учреждений, в 2008 г. составила 73%. Удельный вес граждан, производящих неофициальную плату за медицинские услуги (лечащему врачу, среднему медперсоналу, руководителю лечебного учреждения, санитарке), в этом же году был равен 12%. Самыми распространенными расходами являются приобретение лекарств для амбулаторного лечения и оплата лечебных процедур.

– Отсутствие утвержденных стандартов оказания медицинской помощи во многих субъектах Федерации.

Одним из способов оценки адекватности медицинской помощи, объединяющим одновременно показатели качества услуг и эффективности материальных затрат, является стандартизация лечебного процесса, заключающаяся в разработке и внедрении в медицинскую практику алгоритмов лечения пациентов по отдельным заболеваниям.

Необходимость стандартизации в здравоохранении определяется следующими обстоятельствами:

- увеличением стоимости медицинских услуг в условиях ограниченных возможностей финансирования;
- появлением новых медицинских технологий и лекарственных средств, что усложняет процесс принятия обоснованных клинических решений;
- использованием медицинских услуг, эффективность и безопасность которых не подтверждены с позиции доказательной медицины;
- неэффективным использованием ресурсов здравоохранения;
- наличием противоречий среди врачей по вопросу эффективности отдельных методов диагностики, лечения и профилактики.

Реформы управления и финансирования здравоохранения, проводимые в ряде регионов РФ, в том числе и Вологодской области, на сегодняшний день обуславливают необходимость разработки медико-экономических стандартов и их активного применения.

- Низкая эффективность использования финансовых средств в здравоохранении.

Оценка эффективности расходов на нужды социальной сферы в целом и здравоохранения в частности представляет значительные трудности. Показатели должны отражать не только рациональность использования ресурсной базы, но и степень достижения социального результата, который может выражаться в снижении смертности, инвалидизации, масштабов временной нетрудоспособности населения (таким образом, речь должна идти о социально-экономической эффективности). Однако соотнести вложенные в поддержание здоровья средства и позитивные сдвиги, полученные в здоровье и демографическом развитии, сложно также и потому, что последним свойственна инертность и зависимость от целого ряда факторов, многие из которых лежат за пределами управленческой компетенции служб здравоохранения.

Изложенные проблемы в обобщенном виде представлены нами в проблемно-управленческой матрице (рис. 1). Ее основанием служат конкретные задачи, решение которых будет способствовать укреплению здоровья.

7. Отсутствие обоснованной и долговременной стратегии сохранения населения и его здоровья.

Анализ общественного здоровья, представленный в работе, показал, что разрозненные, бессистемные меры, направленные на улучшение здоровья нации, не принесли должного результата. Уровень и потенциал здоровья российского населения продолжает снижаться, что создает угрозу демографической и национальной безопасности страны.

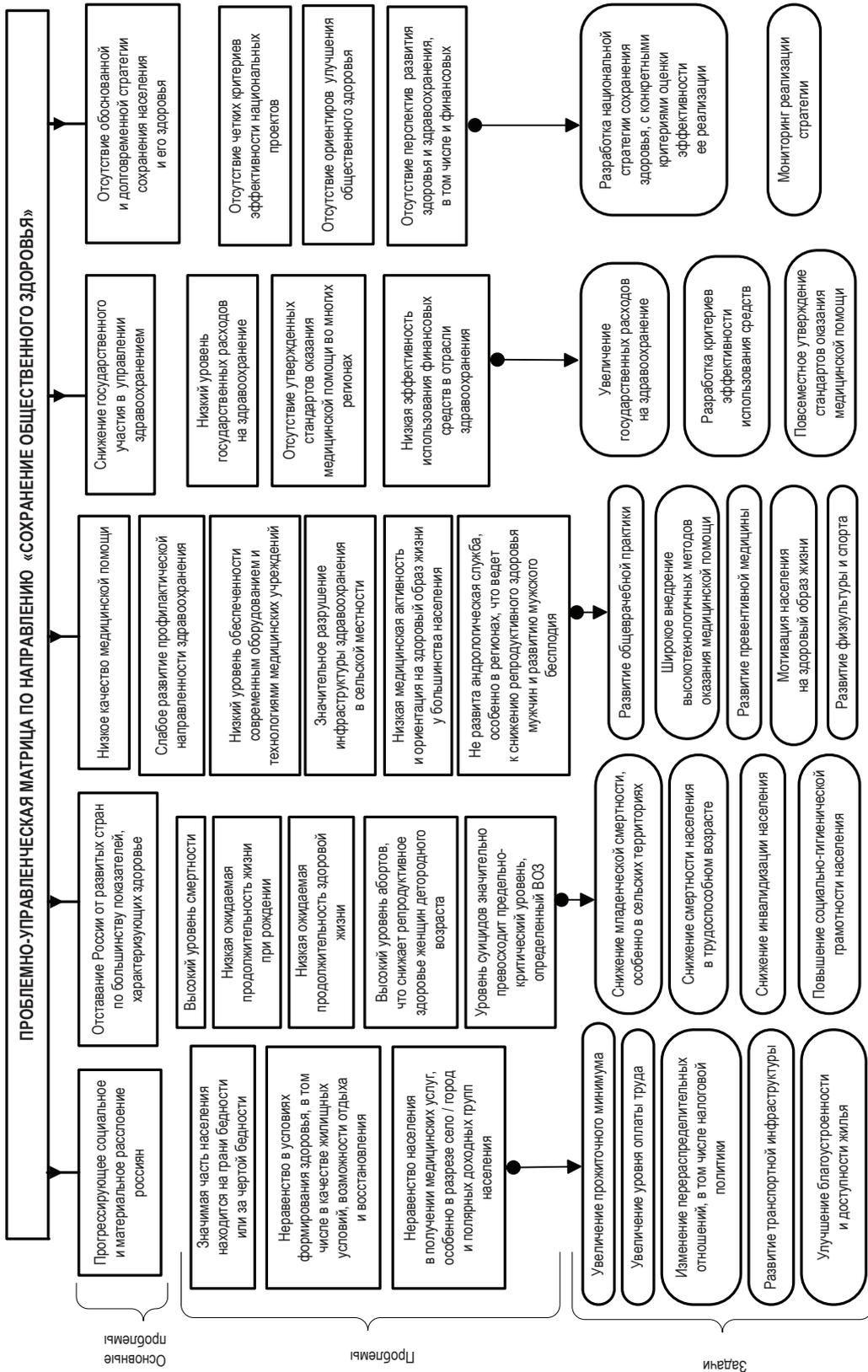


Рис. 1. Проблемно-управленческая матрица по направлению «Сохранение общественного здоровья»

На сегодняшний день в России нет единой стратегии улучшения общественного здоровья или национального плана оздоровления населения. Это порождает много проблем, в том числе: отсутствие единых целей, ориентиров в улучшении общественного здоровья; отсутствие четких критериев эффективности национальных проектов; отсутствие перспектив развития здоровья и здравоохранения, в том числе и финансовых.

Поэтому крайне необходима разработка национальной стратегии сохранения здоровья населения, с конкретными критериями оценки эффективности ее реализации. Обязательным должен быть мониторинг реализации стратегии. Очень важно также участие населения и представителей экспертного сообщества в разработке стратегии сохранения здоровья населения и в оценке результатов ее реализации.

Основной целью стратегии должно стать сохранение и укрепление здоровья населения через создание в государстве в целом и каждом регионе благоприятной для здоровья людей среды. Тема создания здоровьесберегающей среды активно обсуждается в образовательном сообществе, когда речь идет об условиях обучения и воспитания школьников и дошкольников. Это, бесспорно, важно: здоровье детей и подростков должно находиться в центре общественного и государственного внимания. В то же время необходимо понимать, что школы, дошкольные учреждения – это всего лишь малая часть среды обитания человека. Среда, благоприятная для здоровья, должна окружать людей на производстве, в домашних условиях, во время отдыха; товары и продукты потребления не должны наносить ущерб здоровью; доступная и качественная медицинская помощь также является непременным условием здоровьесбережения.

Курировать действия по созданию и поддержанию такой среды должны первые лица государства, регионов, городов. Показатели здоровья населения должны стать неотъемлемой составляющей оценки работы государственных служащих, руководителей предприятий (наравне с прибылью), общественных организаций.

Необходим выход на индивидуальное самосознание и образ жизни населения, на оперативный контроль резервов здоровья и формирование экономической ценности здоровья. Важным шагом в этом направлении является включение в 2008 г. в оценку деятельности губернаторов показателей, характеризующих общественное здоровье.

Исходя из вышеизложенного, мы считаем, что благоприятную для здоровья населения среду целесообразно формировать на трех уровнях: государственном, или макроуровне; региональном, городском, или мезоуровне; на уровне семьи, домохозяйства, или микроуровне. При этом должно осуществляться межуровневое взаимодействие.



Рис. 2. Уровни формирования благоприятной для здоровья населения среды

Заметим, что решение задачи по выходу из демографического кризиса и укреплению здоровья находится в ведении многих служб и ведомств, и хотя они не в состоянии непосредственно предотвратить смертность и ухудшение здоровья населения, однако могут воздействовать на причины, лежащие в их основе. Предполагаемые шаги должны включать в себя меры, направленные главным образом на обеспечение индивидуального потенциала человека, а именно стабильного дохода, доступного и комфортного жилья, полноценного питания, безопасных условий труда и места проживания, доступных и качественных услуг здравоохранения и образования. При этом целью создания таких социально-экономических условий должно быть достижение хорошего здоровья в одинаковой степени для всего населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абольян Л.В., Зубкова Н.З. Современные подходы к грудному вскармливанию ребенка // Лечащий врач. – 2005. – № 1.
2. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Учение о здоровье и проблемы адаптации: теория и практика валеологических исследований. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 2000. – 204 с.
3. Акопян А.С, Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. Экономические проблемы здравоохранения. – М.: ИНФРА-М, 2000. – 191 с.
4. Альтернативный доклад – 2005 в Комитет ООН по правам ребенка. Комментарий Коалиции российских НПО к Третьему Государственному периодическому докладу о реализации Российской Федерацией Конвенции о правах ребенка. – М.: РОО «Право ребенка» Российского исследовательского центра по правам человека, 2005. – 188 с.
5. Амирджанова В.Н., Эдрес Ш.Ф. Валидация русской версии опросника EUROQOL – 5D (EQ – 5D) // Научно-практическая ревматология. – 2007. – №3. – С. 69-76.
6. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М.: Мол. гвардия, 1979. – 191 с.
7. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 230 с.
8. Андреев Е.М. Новая демографическая катастрофа в России? // Химия и жизнь. – 1994. – №10. – С. 29-34.
9. Андреев Е.М. Смертность мужчин в России // Вопросы статистики. – 2001. – №7. – С. 27-33.
10. Андреев Е.М., Вишневыский А.Г. Вызов высокой смертности в России // Народонаселение. – 2004. – №3. – С. 75-84.
11. Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л. Демографическая история России: 1927–1959. – М.: Информатика, 1998. – 187 с.
12. Андрушина Е.В., Каткова И.П., Куликова О.А. Планирование семьи по-российски // Народонаселение. – 2000. – №3(9). – С. 43-58.
13. Анохин Л.В., Коновалов О.Е. Медико-социальные последствия бесплодия // Здравоохранение РФ. – 1994. – №1. – С. 21-22.
14. Апанасенко Г.Л. О возможности количественной оценки уровня здоровья человека // Гигиена и санитария. – 1985. – №6. – С. 55-58.

15. Бабенко А.И. Сохранение и реализация репродуктивного потенциала в Сибири // Бюлл. СО РАМН. – 2003. – № 2 (108). – С. 23 – 27.
16. Баевский Р.М. Оценка и классификация уровней здоровья с точки зрения теории адаптации // Вестник АМН СССР. – 1989. – № 8. – С. 73-78.
17. База данных «Здоровье для всех» (БД ЗДВ) / Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген (январь 2007 г.). – URL: <http://data.euro.who.int/hfadб/>
18. База данных «Здоровье для всех» (БД ЗДВ), Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген (январь 2009 г.). – URL: <http://data.euro.who.int/hfadб/>
19. Базелюк Н.Н. Социально-философские аспекты валеологии и формирования здорового образа жизни // Вестник МГТУ. – М., 2008. – Т. 11. – № 4. – С. 571-575.
20. Бандеев Б.В. Здоровье детского населения Республики Бурятия и пути его улучшения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1999. – 16 с.
21. Баранов А.А. Здоровье российских детей // Педагогика. – 1999. – №8. – С. 41-44.
22. Баранов С.П. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала женщин, проживающих в сельском районе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2000. – 42 с.
23. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. – М.: Финансы и статистика, 1984. – 246 с.
24. Беклемишева О. Реформа здравоохранения // Русский журнал. – 2006. – 20 января. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0231/gazeta036.php>.
25. Белова Н.И. Парадоксы здорового образа жизни учащейся молодежи // Социологические исследования. – 2008. – № 4. – С. 84-86.
26. Биловус В. К. Цели-ценности и медико-социальные параметры здоровьесберегающего поведения молодежи: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Волгоград: ГОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, 2008. – 27 с.
27. Бодрова В.В. Репродуктивное поведение и репродуктивные права населения России в переходный период // Народонаселение. – 1999. – №2.
28. Борисов В.А. Перспективы рождаемости. – М.: Статистика, 1976. – 248 с.
29. Браун В. Дж., Русинова Н. Л. Социальные неравенства и здоровье // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. – Т. 2. – Вып. 1. – С. 103-114.
30. Бреева Е.Б. Население и его качество // Качество населения. Демография и социум. – М., 1993. – Вып. 6. – С. 41-55.

31. Бреева Е.Б. Исследование качественных характеристик детей в современной России: методологические аспекты: автореф. дис. ... докт. экон. наук. – М., 1997. – 40 с.
32. Бреева Е.Б. Дети в современном обществе. – М.: Эдиториал УРСС, 1999. – 216 с.
33. Бреева Е.Б. Проблемы детей как важнейшая составная часть демографической политики // Материалы Второго Российского конгресса «Мир семьи». Тезисы участников конгресса. – М.: Фонд «Мир семьи», 2001. – Часть 1. – URL: [http://www.fw.ru/Lib/Text/St/615-9%20\(v\).html](http://www.fw.ru/Lib/Text/St/615-9%20(v).html)
34. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – Л.: Наука, 1987. – 125 с.
35. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – М.: ФиС, 2002. – 208 с.
36. Брехман И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. – 1982. – №2. – С. 48-53.
37. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты). – М.: Триада Х, 1997. – 188 с.
38. Бурдули Г.М. Репродуктивные потери в акушерстве. – М.: Триада-Х, 1998. – 200 с.
39. Быченко Ю.Г. Важнейший показатель человеческого капитала // Человеческие ресурсы. – 2001. – № 3. – С. 24-32.
40. Валентей С., Нестеров Л. Человеческий потенциал: новые измерители и новые ориентиры // Вопросы экономики. – 1999. – № 2. – С. 90-102.
41. Вареник А.А., Жукова Н.П. // Республ. науч.-практ. конф. «Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию» (27 – 29.11.2003 г.): сб. тезисов. – Мн., 2003. – С. 171 – 172.
42. Варламова С.Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад // Социологические исследования. – 2010. – № 4. – С. 75-88.
43. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. – М.: Академия, 2001. – 352 с.
44. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения страны. Пути преодоления негативных последствий. – М.: РГМУ, 2001. – 36 с.
45. Вельтищев Ю.Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – №1. – С. 5-9.
46. Вельтищев Ю.Е. Состояние здоровья детей и общая стратегия профилактики болезней. Лекция для врачей // Приложение к журналу «Российский вестник перинатологии». – М.: Медиасфера, 1994. – 67 с.
47. Веселкова И.Н. Экономические аспекты здоровья населения // Демография общества. – 1991. – С. 145-153.
48. Веселкова И.Н. Демографический и трудовой потенциал населения России // Социология власти. – 2003. – № 3. – С. 131-139.

49. Веселкова И.Н., Землянова Е.В. Особенности смертности населения в современной России // Народонаселение. – 2000. – №3. – С. 88-94.
50. Вихляева Е.М., Пшеничникова Т.Я. Роль специальной программы ВОЗ по репродукции человека в решении актуальных проблем бесплодного брака // Акушерство и гинекология. – 1988. – № 6. – С. 3-4.
51. Вишневский А.Г. и др. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад Государственного университета Высшей школы экономики. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2006. – 43 с.
52. Вишняков Н.И., Петрова Н.Г., Целух Ю.С. и др. Медико-социальные аспекты бесплодия (по результатам анкетирования пациентов) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 3. – С. 20-22.
53. Влияние родителей на отношение подростков к курению (родительский фактор). – [2002]. – URL: <http://www.youth-non-smoking.ru/Programs/Program4/ParentsStudy/#2>
54. Воронцов И.М. и др. Построение городской системы мониторинга здоровья детей и подростков. – URL: <http://www.medport.ru/MEDSTAT/ri98/RI98/aspon.htm>
55. Всемирная организация здравоохранения. – URL: www.who.int/asout/who/cn/detinition/himl
56. Выголова О.В. и др. Система медико-педагогической подготовки детей к школе. – Вологда: Русь, 1995. – 274 с.
57. Выхристюк О.Ф., Самсыгина Г.А. Проблемы хронической патологии в детском возрасте и демографическая ситуация // Лечащий врач. – 1998. – № 4. – С. 68-70.
58. Вялков А.И., Гундаров И.А., Полесский В.А. Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 1. – С. 5-9.
59. Галецкая Р.А. Настоящее и будущее демографии России через призму переписей населения (1897, 2002 и 2010 гг.) // Народонаселение. – 2007. – №4 (38). – С. 145-152.
60. Гендерные стереотипы в меняющемся обществе: опыт комплексного социального исследования / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Наука, 2009. – 273 с.
61. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья: Резолюция 57.17 от 22.05.2004. – Женева: ВОЗ, 2004.
62. Гойда Н.Г., Чебан В.И. Концептуальные основы биосоциального ритма репродуктивного потенциала населения, модели профилактики нарушений на этапах его формирования // Охрана здоровья Украины. – 2001. – №1 (1).

63. Голдырева Е.В., Кобаидзе Е.Г. Организационно-функциональные модели и их значимость в сохранении репродуктивного потенциала в регионе // Рус. мед. журн. – 2003. – №27. – С. 1528-1529.
64. Голиков Н.А. Валеологическое сопровождение детей в начальной школе // Образование в Сибири. – Томск, 1998. – №1. – С. 162-167.
65. Государственная политика вывода России из демографического кризиса: монография / В.И. Якунин, С.С. Сулакшин, В.Э. Багдасарян и др.; под общ. ред. С.С. Сулакшина. – М.: Экономика: Научный эксперт, 2007. – 896 с.
66. Государственная экономическая политика и Экономическая доктрина России. К умной и нравственной экономике: в 5-ти томах / под общ. ред. С.С. Сулакшина. – М.: Научный эксперт, 2008. – Т. 3. – С. 1899-2544.
67. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 г. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2005. – №6. – С. 23.
68. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Вологодской области в 2007 году / под ред. к.м.н. А.А. Колинко. – Вологда: ДЗО, 2008. – 158 с.
69. Григорьев Ф.Г. Актуальные вопросы функционирования здравоохранения в условиях рынка // Здравоохранение Российской Федерации. – 1993. – №6. – С. 6-7.
70. Григорьева Н.С. Гражданин и общество в контексте реформ здравоохранения // Управление здравоохранением. – 2004. – 12 с.
71. «Группа восьми» в цифрах. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 131 с.
72. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. – М.: Эдиториал УРСС, 2001. – 208 с.
73. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины и пути преодоления // Почему вымирают русские: последний шанс. – М.: Алгоритм, 2004. – С. 109-212.
74. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.
75. Данишевский К. Лекарства, которые не лечат // Аргументы и факты. – 2007. – №12. – С. 24.
76. Дартау Л.А. Система экспертного диалога для изучения социально-экономических факторов в процессе мониторинга здоровья населения (система ЭДИФАР) // Социологические исследования в России. Специализирован. информ. – М., 1999.
77. Девальвация жизни. Как «прописка» может лишить лекарств // Аргументы и факты. – 2009. – №10. – 4 марта.
78. Делоне Н.Л., Солониченко В.Г. Адаптивные фенотипы человека в физиологии и медицине // Успехи физиологических наук. – 1999. – Т. 30. – №2. – С. 50-62.

79. Демографический ежегодник Вологодской области / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области. – Вологда, 2009. – 69 с.
80. Демографический ежегодник России 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 557 с.
81. Демографический ежегодник России 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 525 с.
82. Демографический понятийный словарь / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: Центр социального прогнозирования, 2003. – 352 с.
83. Джадан И. Страна неоправданного пессимизма. – URL: <http://www.arj.ru/publications/print1739.htm>.
84. Дифференцированное медицинское наблюдение на педиатрическом участке за детьми первого года жизни, отнесенными ко 2-ой группе здоровья. – М.: Типография Министерства здравоохранения СССР, 1987.
85. Дмитриева Е.В. Теоретико-методологические и методические основы социологии здоровья: автореф. дис. ... докт. социол. наук. – М., 2004. – 41 с.
86. Добрынин А.И., Дятлов С.А., Цыренова Е.Д. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования. – СПб.: Наука, 1999. – 309 с.
87. Доклад о развитии человека. 2005 г. «Международное сотрудничество на перепутье: помощь, торговля и безопасность в мире неравенства». – М.: Весь Мир, 2005. – 416 с.
88. Доклад о развитии человека. 2009 г. «Преодоление барьеров: человеческая мобильность и развитие» / ПРООН. – М.: Весь Мир, 2009. – 232 с.
89. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года). – М.: Минздрав РФ, 2003. – 96 с.
90. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2002 г. / Европ. рег. Бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2002. – URL: <http://www.who.int/whr/2002>
91. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2008 г. «Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо». – Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.
92. Доклад о состоянии и охране окружающей среды Вологодской области в 2007 году / Правительство Вологодской области, Департамент природных ресурсов и охраны окружающей среды Вологодской области. – Вологда, 2008. – 222 с.
93. Доклад о состоянии окружающей среды Вологодской области в 2005 году / отв. ред. В.М. Кумзеров. – Вологда, 2006. – 207 с.
94. Доклад о состоянии окружающей среды Вологодской области в 2006 году / отв. ред. В.М. Кумзеров. – Вологда, 2007. – 232 с.

95. Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях // Научные труды. – № 105Р / Ин-т экономики переходного периода. – М.: ИЭПП, 2007. – 112 с.
96. Дуганов М.Д., Колинько А.А., Макеев А.Н. и др. Финансовый макроанализ и его применение для приоритетов развития здравоохранения региона // Менеджер здравоохранения. – 2004. – №5. – С. 31-36.
97. Елисеева И.И., Юзбашев М.М. Общая теория статистики. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 368 с.
98. Ермаков С.П. Прогнозы социально-экономических и демографических потерь в годах здоровой жизни. – URL: <http://www.econorus.org/cprogram.phtml?vid=progsections&sid=7&ssid=44>
99. Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинько А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях). – М., 2000. – 96 с.
100. Ефименко С.А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 110-114.
101. Жариков Н.М. Роль социально-культуральных и средовых факторов в полиморфизме эндогенных психических расстройств (обзор) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90. – Вып. 12. – С. 100-103.
102. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: ИСЭПН, 2001. – 320 с.
103. Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.
104. Жолковская Л.А. К проблеме изучения психологических аспектов тревожности студентов // Социально-психологические проблемы студенчества России на рубеже XXI века. – Сыктывкар, 1998. – С. 95-105.
105. Жуковская И.Ф. Бедность в семьях с детьми: от проблемы к действию // Экономика региона. – 2007. – №2(10).
106. Журавлева И.В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия: трансформирующееся общество. – М.: КАНОН-пресс-Ц, 2001. – С. 506-519.
107. Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Институт социологии РАН, 2002. – 240 с.
108. Журавлева И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Социологические исследования. – 2004. – № 7. – С. 133 – 142.
109. Журавлева И.В. Здоровье и болезни в европейском обществе // Социологические исследования. – 2008. – № 2. – С. 15-16.

110. Заволотный В.Г. Философские проблемы здоровья человека. Аристотелевские мотивы // Филос. исслед. – 1999. – №4. – С. 194-227.
111. Заславская Т.И. Российское общество на социальном изломе. Взгляд изнутри. – М.: ВЦИОМ, Московская высшая школа социальных и экономических наук, 1997. – 299 с.
112. Заславская Т.И. Социетальная трансформация российского общества: деятельностно-структурная концепция. – М.: Дело, 2003. – 568 с.
113. Захаров С.В. Перспективы изменения модели рождаемости в России // Народонаселение. – 2004. – №3(25). – Июль-сентябрь. – С. 37-45.
114. Захарова Т.Г., Прахин Е.И., Гончарова Г.Н. Медико-социальные аспекты здоровья девушек-подростков, вступающих в репродуктивный процесс // Российский педиатрический журнал. – 2003. – №1. – С. 4-5.
115. Зверева Н.В., Кваша А.Я., Козлов В.И. и др. Демография: современное состояние и перспективы развития. – М.: Высш. шк., 1997. – 271 с.
116. Здоровье детей России (состояние и проблемы) / под ред. акад. РАМН проф. А.А. Баранова. – М.: Информатик, 1999. – 273 с.
117. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под. общ. ред. Н.М. Римашевской. – М.: Социальный проект, 2007. – 204 с.
118. Здравоохранение в России. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 355 с.
119. Здравоохранение в России. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 365 с.
120. Иванов А.Г. Медико-социальные подходы к совершенствованию репродуктивного потенциала современной молодежи // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2004. – № 3-4. – С. 105-107.
121. Иванова А.Е. Социально-демографическая цена психического здоровья населения: автореф. дис. ... докт. экон. наук. – М., 1998. – 48 с.
122. Илларионов Н.С. Новое качество социализма: оздоровление, гуманизация, демократизация: социал.-филос. вопр. утверждения здорового образа жизни. – Кишинев: Штиинца, 1990. – 124 с.
123. Ильин В.А. Формирование здорового поколения: реальность и проблемы. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 1999. – 34 с.
124. Ильинский И.В. Инвестиции в будущее: образование в инновационном воспроизводстве. – СПб.: СПбУЭФ, 1996. – 250 с.
125. Казначеев В.П., Акулов А.И., Кисельников А.А., Мингазов И.Ф. Выживание населения России. Проблемы «Сфинкса XXI века». – Новосибирск: Новосиб. ун-т, 2002. – 463 с.
126. Калинина Т.В. Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья // Медицина. – 2008. – №4. – С. 7-9.

127. Калининская А.А., Стукалов А.Ф., Аликова Т.Т. Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи: организация и эффективность деятельности // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2008. – №6. – С. 5-8.

128. Калью П.И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация. – М.: ВНИИМИ, 1988. – 220 с.

129. Капица П.Л. Эксперимент, теория, практика // *Статьи, выступления*. – М.: Наука, 1981. – 494 с.

130. Карпова Е.Г., Архиреева В.А., Скачкова М.А. и др. Здоровье детей дошкольного возраста в городах с разным уровнем загрязнения окружающей среды // *Гигиена и санитария*. – 1998. – №8. – С. 35-37.

131. Каткова И.П. Репродуктивное здоровье россиянок // *Народонаселение*. – 2002. – №4. – С. 27-42.

132. Каткова И.П. Реформа российского здравоохранения на современном этапе социально-экономического развития общества // *Реформы российского здравоохранения в условиях глобального экономического кризиса: бремя решений: сб. матер. круглого стола (19 февраля 2009 г.)* / под ред. проф., д.э.н. А.Ю. Шевякова. – М.: ИСЭПН РАН, 2009. – 96 с.

133. Каткова И.П., Андрушина Е.В., Катков В.И. Бедность и репродуктивный потенциал // *Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация*. – М.: ИСЭПН, 2002. – С. 29-48.

134. Кашин В.И. Экономика здоровья // *Ремедиум*. – 2005. – №4. – С. 25-28.

135. Кислицына О.А. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. – М.: ИСЭПН, 2005. – 376 с.

136. Кислицына О.А. Социально-экономические аспекты здоровья детей в России // *Материалы Интернет-конференции «Дети и молодежь», с 01.03.10 по 28.03.10*. – URL: <http://ecsocman.edu.ru>.

137. Кислицына О. Жилищные условия и здоровье // *Общественное здоровье и профилактика заболеваний: научно-практический журнал*. – 2006. – №6. – С. 39-45.

138. Кислицына О.А. Факторы здоровья детей младшего и среднего школьного возраста // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2009. – Т. 9. Вып. 1. – С. 5-15.

139. Клупт М. Демография регионов Земли. – СПб.: Питер, 2008. – 347 с.

140. Кокорина Е.П. Социально-гигиенические особенности формирования здоровья населения в современных условиях: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 48 с.

141. Колинько А.А., Дуганов М.Д., Ковригина С.В., Шабунова А.А., Калашников К.Н. Подушевое финансирование здравоохранения по методу «затраты-результаты» // *Финансы*. – 2008. – №7. – С. 9-12.

142. Кольба А.Н. О создании Государственной системы мониторинга здоровья населения России. – URL: <http://www.depfrt.drugreg.ru/tacis/work/kolwork.htm> – 1990

143. Комаров Ю.М. Что нас ожидает в следующем поколении: прогноз здоровья населения России на 2040 год // Экономика здравоохранения. – 1997. – №12. – С. 18-21.

144. Концепция долгосрочного социально-экономического развития России до 2020 года: утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. – URL: www.economy.gov.ru

145. Концепция развития здравоохранения до 2020 года [Проект]. – URL: www.zdravo2020.ru/concept

146. Копнина В.Г., Римашевская Н.М. Здоровье и благосостояние // Общественные науки и здравоохранение / отв. ред. И.Н. Смирнов. – М.: Наука, 1987. – С. 151-163.

147. Копнина В.Г. Детерминанты и последствия качественной структуры населения // Качество населения. Демография и социум. – М., 1993. – Вып. 6. – С. 22-40.

148. Корчагин В.П. Экономическая оценка медико-демографической ситуации // Экономика здравоохранения. – 1998. – №2. – С. 10-14.

149. Корчагин В.П., Нарожная В.Л. Экономическая оценка ущерба от людских потерь // Проблемы прогнозирования. – 1998. – №5. – С. 109-120.

150. Коулман Дж. Капитал социальный и человеческий // Общественные науки и современность. – 2001. – № 3. – С. 121-139.

151. Кричагин В.И. Философия Аристотеля и качество населения // Качество населения. Демография и социум. – М., 1993. – Вып. 6. – С. 149-163.

152. Кузьменко Е.Т. и др. Эпидемиология бесплодного брака в городе Иркутске // Вестник Кузбасского научного центра «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»: материалы XI науч.-практ. конф. (12-13 апреля 2007 г.). – Кемерово, 2007. – С. 245-247.

153. Кузьмин А.И. Основы демографии: курс лекций. – М.: РУДН, 2003. – 440 с.

154. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России // Акушерство и гинекология. – 2002. – №2. – С. 4-7.

155. Лактионова Г.М. Репродуктивное здоровье девушек-подростков Украины: состояние и проблемы // Управление здравоохранением. – 2000. – №1. – С. 63.

156. Ларионова И.С. Здоровье населения как социальная ценность: автореф. дис. ... докт. филос. наук. – М., 2004. – 38 с.

157. Ларионова И.С. Философия здоровья. – М.: Гардарики, 2007. – 224 с.

158. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. – М.: Знание, 1982. – 40 с.

159. Лисицын Ю.П. Основной вопрос медицины (образ жизни, общественное здоровье, санология): актовая речь 2 ноября 1987 г. – М., 1987. – 33 с.
160. Лисицын Ю.П. Теоретико-методологические проблемы концепции «общественного здоровья» // Общественные науки и здравоохранение. – М.: Наука, 1987. – №1. – 132 с.
161. Лисицын Ю.П. Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект // Экономика здравоохранения. – 1998. – № 2(26). – С. 5-9.
162. Лисицын Ю.П. Здоровье и смертность в России // Медицинская газета. – 2001. – №30. – С. 30.
163. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.
164. Лисицын Ю.П., Житников В.Г., Полунина Н.В. Влияние образа жизни на показатели состояния здоровья детей // Комплексные социально-гигиенические исследования: республиканский сборник научных трудов. – Москва; Ростов-на-Дону, 1983. – С. 78-82.
165. Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. – М.: Медицина, 1984. – 280 с.
166. Лисицын Ю.П., Овчаров В. К. Тенденции общественного здоровья и задачи его изучения // Вестник АМН СССР. – М., 1981. – №11. – С. 33-40.
167. Лисицын Ю.П., Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: Медицина, 2002. – 416 с.
168. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья: актуальные задачи, решения, рекомендации: обзор. – М.: РАМН, 1994. – 134 с.
169. Лукашев А.М., Прохоров Б.Б., Шиленко Ю.В. Общественное здоровье и управление здравоохранением. – М.: Оверлей, 2005. – 392 с.
170. Львов Д.С. Экономика развития. – М.: Экзамен, 2002. – 512 с.
171. Максимова Т.М. Особенности заболеваемости в различных группах населения // Советское здравоохранение. – 1991. – № 4.
172. Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Д.Ю. Типы и методы проведения фармакоэкономических исследований. – URL: http://www.apteka.ua/apteka/contribution/s_358_37_230902_021.asp
173. Маршалл А. Принципы экономической науки: в 3 т. – М.: Прогресс, 1993. – Т. 2. – 312 с.
174. Материалы круглого стола по теме «Демографический кризис: механизмы преодоления». – URL: http://www.chelt.ru/2001/4/dem_4.html
175. Материалы общероссийского опроса населения 25-24 декабря 2004 г, проведенного ФОМ 21 декабря 2004 г. в Москве, Новосибирске и Самаре. – URL: http://bd.fom.ru/report/cat/journ_socrea/number_1_05/gur050103/

176. Медведев Д.А. Россия, вперед! [2009]. – URL: <http://kremlin.ru/>
177. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2006 году: стат. мат. – М., 2007. – 191 с.
178. Медицинская энциклопедия. – URL: <http://www.med74.ru>
179. Методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Протокол № 1 от 18 июля 2007 г. – URL: <http://www.primorsky.ru/files/5584.doc>.
180. Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах от 27.04.82 № 08-14/4. – М., 1982. – 30 с.
181. Мировая статистика здравоохранения. 2009 год. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009. – 150 с.
182. Можейко Л.Ф., Силява В.Л., Матуш Л.И. Репродуктивное здоровье: проблемы и возможности. – Мн., 2001. – № 4. – С. 2-5.
183. Мониторинг общественного мнения населения Вологодской области за 2007 год / ВНКЦ ЦЭМИ РАН. – Вологда, 2007. – №53.
184. Мороз И.Н., Плахотя Л.П. Репродуктивные установки молодежи // Республ. науч.-практ. конф. «Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию» (27 – 29.11.2003 г.): сб. тезисов. – Мн., 2003. – С. 145-146.
185. Моссэ Ф. Экономика больничной системы (сложная проблема привлечения к участию) // Управление здравоохранением. – 2004. – № 13. – С. 50-64.
186. Назарова И.Б. О здоровье населения в современной России // Социологические исследования. – 1998. – №11. – С. 117-123.
187. Назарова И.Б. Субъективные и объективные оценки состояния здоровья населения // Социологический журнал. – 1998. – № 3. – С. 246-249.
188. Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. – 2003. – №11. – С. 57-69.
189. Назарова И.Б. Здоровье занятых: причины потерь и возможности сбережения // Управление здравоохранением. – 2007. – № 20. – С. 9-22.
190. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 526 с.
191. Население и трудовые ресурсы: справочник / сост. А.Г. Новицкий. – М.: Мысль, 2002. – 402 с.
192. Население России – 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004. – 224 с.
193. Население России на рубеже XX – XXI веков: проблемы и перспективы / под ред. В.А. Ионцева, А.А. Саградова. – М.: МАКС-Пресс, 2002. – 352 с.

194. Насилие и его влияние на здоровье: Доклад о ситуации в мире. ВОЗ. – Женева. – М.: Весь Мир, 2003. – 376 с.
195. Новая парадигма развития России в XXI веке (комплексное исследование проблем устойчивого развития: идеи и результаты) / под ред. В.А. Коптюга, В.М. Матросова, В.К. Левашова. – М.: Academia, 2000. – 434 с.
196. Нургалиев Р.И. Состояние здоровья новорожденных и организация неонатальной помощи в регионе: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 48 с.
197. О положении детей в Российской Федерации. 1998 год: Государственный доклад. – М.: Синергия, 2000. – 100 с.
198. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2007 году: Государственный доклад. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2008. – 397 с.
199. О состоянии здоровья детей в Российской Федерации: Доклад МЗ РФ по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года. – М.: МЗ РФ, 2003. – 95 с.
200. Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях: Приказ Минздрава РФ от 09.12.1999 №438. – URL: http://zdrav.org/fordowns/PR-ORU-99-MZ438_DnevnStaz-01.txt
201. Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-социальных нормативов: Приказ Минздравмедпрома РФ от 14.03.95 № 60.
202. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова; отв. ред. Б.Б. Прохоров. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 292 с.
203. Окрепилов В.В. Эволюция качества. – СПб.: Наука, 2008. – 744 с.
204. Орлова И.Б. Смертность в современной России: характер и особенности. – URL: <http://www.ispr.ru/BIBLIO/JURNAL/Science/jurnal109.html>
205. Осипов Г.В., Кузнецов В.Н. Социология и государственность: достижения, проблемы, решения. – М.: Вече, 2005. – 567 с.
206. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2007 год. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2008.
207. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2008 год. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2009.
208. О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 г. (по материалам Минздравсоцразвития России) // Здравоохранение. – 2008. – №10. – URL: <http://www.zdrav.ru/library/publications/detail.php>

209. Охрана материнства и детства в России и Великобритании: междисциплинарный подход / отв. ред. Н.С. Григорьева. – М.: Медицина, 2002. – 224 с.

210. Охрана психического здоровья – тема Европейской конференции ВОЗ на уровне министров // Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/04. – Копенгаген, 8 окт. 2004. – URL: <http://www.med.by/who/2004/pr15.htm>

211. Пестрикова Т., Юрасова Е. Бесплодие в браке // Медицинская газета. – 2005. – №51 (6 июля).

212. Петленко В.П., Давиденко Д.Н. Этюды валеологии: здоровье как человеческая ценность. – СПб.: Балтийская педагогическая академия, 1998. – 120 с.

213. Петленко В.П., Сержантов В.Ф. Проблема человека в теории медицины. – К.: Здоров'я, 1984. – 200 с.

214. Подделка лекарств угрожает здоровью россиян // Информационный ресурс РБКDaily. – URL: <http://www.rbcdaily.ru/2008/06/09/focus/351123>

215. Половозрастной состав населения Вологодской области в 2006 году: стат. бюлл. / Территориальный орган Федеральной статистики по Вологодской области. – Вологда, 2007.

216. Попова И.П. Динамика состояния здоровья, измеряемого на базе ГНҚ: тенденции и социальные факторы. Опыт анализа данных лонгитюдного опроса // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – № 3. – С. 23-27.

217. Послание Президента РФ Федеральному Собранию РФ 2007 г. – URL: <http://kremlin.ru/>

218. Потанина Ю.А., Дартау Л.А., Белоконов О.В. Компьютерная система ЭДИФАР как средство сбора данных от населения (для разработки социальной политики на местах). – М.: Московский лицей, 1999. – 205 с.

219. Потапов А.И., Ракитский В.Н., Новичкова Н.И., Романова Е.А. Проблемы охраны здоровья детского населения России // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – №3. – С. 3-5.

220. Потребление алкогольной продукции и его последствия по Вологодской области: аналит. материал. – Вологда, 2009. – 22 с.

221. Потребление продуктов питания по социально-экономическим группам населения в 2008 году. – Вологда, 2009.

222. Приказ Департамента здравоохранения «О создании в ГУЗ «Вологодская областная детская больница» отделения экстренной консультативной медицинской помощи» от 30.07.2007 № 494. – URL: <http://www.volaws.ru/index.php?ds=525159>

223. Приказ Минздрава СССР «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» от 30 мая 1986 г. №770 (с изменениями от 12 сентября 1997 г.).

224. Проблемы сохранения человеческого потенциала: медико-демографические аспекты / А.И. Попугаев, Н.А. Рыбакова, К.А. Гулин, Н.А. Короленко, А.А. Шабунова, Г.В. Тихомирова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 157 с.
225. Пространственные аспекты развития региона / В.А. Ильин, М.Ф. Сычев, К.А. Гулин [и др.] / под ред. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2008. – С. 151-160.
226. Прохоров Б.Б. Здоровье детей и загрязнение окружающей среды // Проблемы прогнозирования. – 1997. – №1. – С. 109-120.
227. Прохоров Б.Б. Здоровье населения России в XX веке. – М.: МНЭПУ, 2001. – 276 с.
228. Прохоров Б.Б. Здоровье россиян за 100 лет // Человек. – 2002. – №2. – С. 54-65.
229. Прохоров Б.Б. Здоровье россиян за 100 лет // Человек. – 2002. – №3. – С. 41-55.
230. Прохоров Б.Б. Динамика социально-экономического реформирования России в медико-демографических показателях // Проблемы прогнозирования. – 2006. – №5. – С. 124-137.
231. Прохоров Б.Б. Социальная стратификация общества и здоровье населения // Проблемы прогнозирования. – 2009. – №3. – С. 112-133.
232. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В. Кризисы общественного здоровья в России и СССР // Население России в XX веке. – М.: ИНП РАН, 1998. – С. 54-57.
233. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Шмаков Д.И., Тарасова Е.В. Общественное здоровье и экономика. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 288 с.
234. Прохоров Б.Б., Шмаков Д.И. Оценка стоимости статистической жизни и экономического ущерба от потерь здоровья // Проблемы прогнозирования. – 2002. – № 3. – Май. – С. 125-135.
235. Прохорова Т.П. Питание детей 1 года жизни «Значение естественного (грудного) вскармливания». – URL: http://med.zp.ua/documents/1999/1998_8_12/Prog_grud_vskarmml.htm
236. Радаев В.В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация // Электронный журнал «Экономическая социология». – 2002. – Т. 3. – № 4. – С. 20-32. – URL: <http://ecsoc.hse.ru/issues/2002-3-4/index.html>
237. Распоряжение Правительства РФ «Стратегия развития физической культуры и спорта в РФ до 2020 г.» от 7 августа 2009 г. № 1101-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – М.: Юридическая литература, 17 августа 2009. – №33. – С. 9798-9817.
238. Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных. – URL: <http://www.healthreform.ru/>
239. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с.

240. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 991 с.
241. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 999 с.
242. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 990 с.
243. Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы / В.А. Ильин, А.А. Колинко, К.А. Гулин, А.А. Шабунова, М.А. Копейкина, Е.Л. Вологодина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с.
244. Реформа больниц в новой Европе / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос, Р.Б. Солтман – М: Весь Мир, 2002. – 320 с.
245. Римашевская Н.М. Детство в России. Проблем все больше, а ребят все меньше. – URL: www.ug.ru/issue/?action=topic&t
246. Римашевская Н.М. Здоровье человека – здоровье нации // Экономические стратегии – Центральная Азия. – 2006. – №1. – С. 22-31. – URL: <http://www.inesnet.ru/magazine>
247. Римашевская Н.М. Российский генофонд: качество будущих поколений // Народонаселение. – 2000. – №4. – С. 97-101.
248. Римашевская Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России // Вестник Российской академии наук. – 2004. – Т. 74. – № 3. – С. 209-218.
249. Римашевская Н.М. Качественный потенциал населения России: взгляд в XXI век // Проблемы прогнозирования. – 2001. – №3. – С. 34-48.
250. Римашевская Н.М. Проблемы развития человеческого потенциала // Народонаселение. – 2007. – №1 (35). – Янв. – март.
251. Римашевская Н.М. Человек и реформы: секреты выживания. – М.: ИСЭПН, 2003. – 392 с.
252. Римашевская Н.М. Радикальное изменение негативного тренда здоровья в России // Народонаселение. – 2010. – №1. – Янв. – март. – С. 4-10.
253. Римашевская Н.М., Андрюшина Е.В. Комплексная оценка здоровья детей первых лет жизни // Народонаселение. – 1999. – №3. – С. 49-58.
254. Римашевская Н.М., Бреева Е.Б. Здоровье новорожденных – будущее здоровье нации // Социологические исследования. – 1996. – № 11. – Ноябрь. – С. 42-46.
255. Римашевская Н.М., Бреева Е.Б., Шабунова А.А. Здоровье детей: тенденции и перспективы // Народонаселение. – 2008. – № 3 (41). – Июль – сент. – С. 4-16.
256. Римашевская Н.М., Бреева Е.Б., Шабунова А.А., Барсукова Р.Т. Мониторинг подрастающего поколения: тенденции и особенности развития // Народонаселение. – 2007. – №1 (35). – Янв. – март. – С. 18-31.

257. Римашевская Н.М., Овчарова Л.П., Попова Р.И. и др. Дифференциация доходов и тенденции нарастания бедности // Россия – 1999: VII ежегодный доклад. – М.: ИСЭПН, 2000. – С. 152-187.
258. Римашевская Н.М. Стратегия социальной защиты населения России // Народонаселение. – 2001. – № 1. – Янв. – март. – С. 6-28.
259. Россия в условиях глобального кризиса. Социальная и социально-политическая ситуация в России в 2008 году. – М.: ИСПИ РАН, 2009. – 350 с.
260. Российский статистический ежегодник. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 825 с.
261. Российский статистический ежегодник. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 847 с.
262. Рошаль Л. Оценка состояния российского здравоохранения гражданским обществом: доклад на III пленарном заседании Общественной палаты РФ, 29-30 сент. 2006 г.
263. Русский архипелаг. – URL: <http://www.archipelag.ru/glossary/epidemperehod/>
264. Рыбаковский Л.Л., Захарова О.Д. Демографическая ситуация в России: геополитические аспекты // Человек на севере: условия и качество жизни. – Сыктывкар, 1999. – С. 47.
265. Рыбинский Е.М. Социальные реальности детства в современном российском обществе: автореф. дис. ... докт. социол. наук. – М., 1998. – 73 с.
266. Сабиров З.Ф. Роль загрязнений атмосферного воздуха в формировании аллергической патологии у детей // Гигиена и санитария. – 1999. – №6. – С. 50-51.
267. Сбережение народа / под ред. Н.М. Римашевской; Ин-т соц.-экон. проблем народонаселения РАН. – М.: Наука, 2007. – 326 с.
268. Сборник современных правовых документов по вопросам репродуктивных прав и репродуктивного здоровья населения. – М., 2002. – Т. 1. – 520 с.
269. Сборник современных правовых документов по вопросам репродуктивных прав и репродуктивного здоровья населения. – М., 2002. – Т. 2. – 512 с.
270. Семенова В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России. – М.: ЦСП, 2005. – 235 с.
271. Системы здравоохранения: время перемен: Германия / Р. Буссе, А. Райзберг; Всемирная организация здравоохранения; Европейское региональное бюро, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004. – 232 с.
272. Скляр Т.М. Экономика и управление здравоохранением. – СПб.: С.-Петербург. гос. ун-т, 2004. – 184 с.

273. Соломонов А.Д. Научные основы мониторинга здоровья населения на региональном уровне (на примере Ставропольского края): автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1998. – 40 с.
274. Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. А.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. – М.: Медицина, 1984. – 630 с.
275. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: учеб. рук-во / под ред. Ю.П. Лисицына. – Казань, 1998. – 698 с.
276. Социальная сфера общества: сегодня, завтра, послезавтра. Взгляд из Центра и регионов России // Информационно-аналитический бюллетень. – 2008. – №1. – 71 с. – URL: www.isras.ru
277. Социально-демографическая безопасность России / под ред. В.А. Черешнева, А.И. Татаркина. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2008. – 864 с.
278. Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 г. – М.: МЗ и СР РФ, 2008. – 42 с.
279. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.
280. Статистический ежегодник Вологодской области. 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 400 с.
281. Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.
282. Статистический ежегодник Вологодской области. 2008: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2009.
283. Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 363 с.
284. Степанов А.Д. О значении и принципах подхода к определению понятий «здоровье» и «болезнь» // Здравоохранение Российской Федерации. – 1985. – № 10.
285. Степанова С.М. Заболеваемость детей в зависимости от массы тела при рождении // Советское здравоохранение. – 1985. – №7. – С. 7-29.
286. Стеффен М. Французская система здравоохранения: история создания нетипичной институциональной организации // Управление здравоохранением. – 2004. – 3 (№13). – С. 28-47.
287. Столбова М.В. Фармакоэкономический анализ стационарозамещающих технологий // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – №3. – С. 20-23.
288. Стратегический ответ России на вызовы нового века / под ред. Л.И. Абалкина. – М.: Экзамен, 2004. – 608 с.
289. Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы». – Вологда, 2002. – 100 с.

290. Струмилин С.Г. О народнохозяйственной эффективности здравоохранения // Экономические науки. – 1966. – №5. – С. 28-29.
291. Сулейманова Л.Ш. Человеческий капитал как фактор европейской экономической интеграции // Вестник ТИСБИ. – 2005. – №1. – С. 69-73.
292. Сурмач М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки // Медицинские новости. – 2007. – № 3. – С. 40-45.
293. Тапилина В.С. Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России // ЭКО. – 2002. – № 2. – С. 114-124.
294. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения // Социологические исследования. – 2004. – №3. – С. 126-137.
295. Трагакес Э., Лессоф С. Системы здравоохранения: время перемен. Россия / Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2003. – URL: <http://www.publichealth.ru/docs.php?view=220>.
296. Указ Президента РФ «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» от 9 октября 2007 г. № 1351. – URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/163630/>
297. Укрепление здоровья матери и ребенка – важное направление демографической политики // Приоритетные национальные проекты. – URL: http://www.rost.ru/news/2008/10/021308_15263.shtml
298. Улумбекова Г. Здоровье населения и здравоохранение в России: анализ проблем и перспективы // Общество и экономика. – 2010. – № 2. – С. 32-63.
299. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. – Нью-Йорк, 22 июля 1946 года. – URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf
300. Федоренко Н.П. Россия на рубеже веков. – М.: Экономика, 2003. – 727 с.
301. Философия здоровья / РАН, Ин-т философии; отв. ред. А.Т. Шаталов. – М.: ИФ РАН, 2001. – 242 с.
302. Фролов В.А. Болезнь // Большая Советская Энциклопедия. – М.: Сов. энциклопедия, 1972. – Т. 9.
303. Фролов В.А., Дроздова Г.А., Казанская Т.А. и др. Патологическая физиология. – М.: Экономика, 1999. – 623 с.
304. Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998. – 310 с.
305. Царегородцев Г.И., Шиманов А.В. НТР и некоторые методологические проблемы современной медицины // Методологические и социальные проблемы современной медицины: сб. науч. трудов. – М., 1986.
306. Чен М. Воздействие глобальных кризисов на здоровье: деньги, погода и микробы // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. – URL: http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/ru/index.html

307. Чубарова Т. Система здравоохранения в России: экономические проблемы теории и практики // Вопросы экономики. – 2009. – №4. – С. 129-144.
308. Шабунова А.А. Проблемы доступности медицинской помощи для населения // Федерализм. – 2010. – №1. – С. 209-218.
309. Шабунова А.А., Дуганов М.Д., Калашников К.Н. Подушевое финансирование в здравоохранении: вопросы практической реализации // Вестник ИНЖЭКОНа. – 2009. – №7 (34). – С. 95-100.
310. Шабунова А.А., Ласточкина М.А. Репродуктивный потенциал населения Вологодской области // Регион: экономика и социология. – 2007. – № 2. – С. 129-136.
311. Шабунова А.А., Ласточкина М.А. Социально-гигиеническая грамотность как фактор репродуктивного поведения женщин // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 114-117.
312. Шабунова А.А., Рыбакова Н.А., Тихомирова Г.В. Индекс здоровья населения Вологодской области // Вопросы статистики. – 2008. – № 5. – С. 73-77.
313. Шабунова А.А., Рыбакова Н.А., Тихомирова Г.В. Факторы, ограничивающие здоровье населения региона (на примере Вологодской области) // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 85-91.
314. Шапкайтц В.А., Баранов С.П. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала сельских женщин Северо-Запада России // Ремедиум Северо-Запад. – 2001. – №3.
315. Шварц Г.Я. Фармакоэкономическое обоснование применения лекарственных препаратов превентивного ряда в лечении больных рассеянным склерозом // Неврологический журнал. – 2001. – №1. – С. 43-47.
316. Швецова В.Н. Питание обучающихся как необходимое условие формирования здоровья. – URL: <http://kavp2006.khb.ru/download.php?id=99>
317. Шевяков А.Ю. «Болевые точки» России: избыточное неравенство и депопуляция // Общество и экономика. – 2005. – №12. – С. 86-102.
318. Шевяков А.Ю. Неравенство, инвестиции и экономический рост // Недвижимость и инвестиции. Правовое регулирование. – 2007. – № 3-4 (32-33). – URL: http://dpr.ru/journal/journal_31_5.htm
319. Шевяков А.Ю., Кирута А.Я. Влияние социально-экономических факторов на демографические процессы // Народонаселение. – 2007. – №4 (38). – С. 4-20.
320. Шемаринов Г.А., Фролов М.В., Овчаров В.К. К современным оценкам социально-гигиенических факторов и характеристика деятельности службы родовспоможения в формировании здоровья женщин репродуктивного возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – №3. – С. 8-11.

321. Шестакова Ж.Н., Гурьева В.А. Факторы риска женской инфертильности у пациенток, проживающих в условиях города и сельской местности // *Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России*. – М., 2008. – С. 287-288.
322. Шишкин С.В. Экономика социальной сферы. – М.: ГУ-ВШЭ, 2003. – 367 с.
323. Шишкин С. Вызовы системе здравоохранения // *Социально-экономическое развитие России: новые рубежи (материалы международной конференции)*. – М.: ИЭПП, 2008. – С. 93-114.
324. Шамаков Д.И. Разработка методики оценки потерь капитала здоровья // *Научные труды / Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН*. – М.: МАКС-Пресс, 2004. – Т. 2. – С. 527-539.
325. Щепин О.П. Здоровье населения в Российской Федерации: проблемы и перспектива // *Вестник РАМН*. – 1996. – № 6. – С. 9-15.
326. Щепин О.П. Организационные и методические подходы к управлению качеством в здравоохранении // *Итоги работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 году и меры по повышению качества медицинской помощи населению / под ред. Ю.Л. Шевченко*. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2003.
327. Щепин О.П., Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г. Медицина и общество. – М.: Медицина, 1983. – 392 с.
328. Щербаков В. Женщина и сигарета. – URL: http://www.utro.ru/articles/2_00110250_4_063342_995.shtml
329. Щербакова Е. Курение – важнейший фактор риска для здоровья в Европейском регионе // *Демоскоп*. – 2006. – №305-306. – 15-28 окт. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0305/barom05.php>
330. Щербакова Е. Распространенность курения в Европейском регионе снижается, но ситуация в отдельных странах различна // *Демоскоп*. №305-306. 15-28 октября 2006 г. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0305/barom04.php>
331. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармако-экономический анализ) / Авксентьева М.В. [и др.]. – М.: Ньюдиамед, 2000. – 80 с.
332. Эффективность здравоохранения региона / А.А. Колинко, М.Д. Дуганов, К.А. Гулин, А.А. Шабунова [и др.]. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 192 с.
333. Юдин Б.Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // *Философия здоровья*. – М.: ИФ РАН, 2001. – С. 61-85.
334. Юдин Б.Г. Здоровье человека как предмет междисциплинарного знания // *Общественное здоровье и профилактика заболеваний*. – 2004. – №1. – С. 3-10.
335. Юрьев В.К. Здоровье населения и методы его изучения. – СПб., 1993. – 144 с.

336. Юрьев В.К. Методология оценки и состояние репродуктивного потенциала девочек и девушек // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – №4. – С. 3-5.

337. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – СПб.: Петрополис, 2000. – 914 с.

338. Alsan M., Bloom D.E., Canning D. The effect of population health on foreign direct investment. – Cambridge: national bureau of economic research – NBER, 2004. – 25 p.

339. Arber S. Class, paid employment, and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status // Social science&medicine. – 1991. – №32. – Pp. 425-436.

340. Arber S., Cooper H. Gender differences in later life: the new paradox. Special issue on gender and health // Social science&medicine. – 1999. – №48. – Pp. 61-76.

341. Ashiabi G.S., O'Neal K.K. Children's health status: examining the associations among income poverty, material hardship, and parental factors // PloS ONE. – 2007. – 2(9). – 940 p. – URL:www.plosone.org/article/info (Дата обращения 15.12.2008).

342. Becker G. Investment in human capital: a theoretical analysis // The Journal of political economy. – 1962. – Vol. 70. – Iss. 5. – Part. 2. Investment in human beings. – Pp. 9-49.

343. Becker G.S. Human capital. – N.Y.: Columbia university press, 1964.

344. Becker G.S. Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education. – Chicago: Chicago university press, 1993. – 402 p.

345. Becker G.S. The Economic way of looking at life. – Chicago: John M. Olin law&economics working paper, 1992. – № 12. – 31 p.

346. Bloom David E., David Canning and Gaypee Sevilla. The demographic dividend: a new perspective on the economic consequences of population change. – Santa Monica, California: RAND, MR-1274, 2003.

347. Bloom David E., David Canning and Bryan Graham. Longevity and life-cycle savings // Scandinavian journal of economics. – 2003. – Vol. 105. – September. – Pp. 319-338.

348. Bourdieu P. Distinction: a social critique of the judgement of taste / translated by R. Nice. – Cambridge: Harvard university press, 1984. – 613 p.

349. Bourdieu P. The forms of capital / A. Halsey, H. Lauder, P. Brown and A. Wells Eds. // Education, culture, economy and society. – Oxford: Oxford university press, 2002. – Pp. 46-58.

350. Brown G. and Harris T. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. – London: Tavistock, 1978.

351. Calnan M. Health and illness: the lay perspective. – London: Tavistock publications, 1987.

352. Coleman J. Social capital in the creation of human capital // American journal of sociology. – 1988. – Vol. 94. Supplement. – Pp. 95-120.
353. Coleman J.S. Foundations of social theory. – Cambridge: Harvard university press, 1990. – 993 p.
354. Cooper T.G. Epididymal approaches to male contraception. In Andrology in the 21st century. Proceedings of the VIIth International congress of andrology, Montréal / B. Robaire, H Chemes, C.R. Morales Eds. – New Jersey: Medomond medical publications, 2002. – Pp. 499-509.
355. Cornwell J. Hard-earned lives: accounts of health and illness from East London. – London: Tavistock Publications, 1984.
356. Dolan P., Gudex C., Kind P., Williams A. A social tariff for EuroQol: results from a UK general population survey. – Discussion paper, York, University of York, 1995. – 138 p.
357. Dorbritz J., Hohn Ch., Naderi R. The Demographic future of Europe – facts, figures, policies. Results of the population policy acceptance study (PPAS) – DIALOG. The European commission, the Robert Bosch foundation, Federal institute for population research. – Germany. – 2005. – November. – 32 p.
358. Dying Too Young: Addressing premature mortality and 111 health due to non communicable diseases and injuries in the Russian Federation. – Europe and central Asia human development department / The World bank. – 2005. – 147 p.
359. Ecob R., Smith G.D. Income and health: what is the nature of relationship // Social science and medicine. – 1999. – V. 48. – № 5. – Pp. 693-705.
360. Elkeles T., Mielck A. Entwicklung eines modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit // Das Gesundheitswesen. – 1997. – 59. – S. 137-143.
361. EUROHIS. Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья. – М.: Права человека, 2005. – 193 с. – URL: http://www.euro.who.int/Document/WA9502003EU_R.pdf
362. Freund P. E. S., McGuire M.B. Health, illness and the social body: a critical sociology. Second edition. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1995.
363. Grossman M. The human capital model of the demand for health // Working Paper № 7078. – Cambridge: National Bureau of economic research, 1999.
364. Health in Europe. Data 1998 – 2003: office for official publications of the European communities. – Luxembourg. – 2005. – 108 p.
365. Horan P.M., Gray B.H. Status inconsistency, mobility and coronary heart disease // Journal of health and social behavior. – 1974. – № 4. – Vol. 15. – Pp. 300-405.
366. Human development: report 2001 / Making new technologies work for human development New York. – Oxford: Oxford university press, 2001. – 278 p.

367. Irrich I. Limits to medicine. Medical remesis: the expropriation of health. – Harman's worth: Penguin Books, 1977. – 296 p.
368. Kalemlı-Ozcan Sebnem&Ryder Harl E.&Weil David N. Mortality decline, human capital investment, and economic growth // Journal of Development economics. – Elsevier. – 2000. – June. – Vol. 62(1). – Pp. 1-23.
369. Kawachi I. et al. Social capital, income inequality, and mortality // American journal of public health, 1997. – Vol. 87 (9). – Pp. 292-314.
370. Ladnaia N., Pokrovsky V. and Rühl C. The Economic consequences of HIV in Russia: an interactive simulation approach. – Moscow, The World bank, 2003.
371. Loury G. Dynamic theory of racial income differences // Women, minorities and employment discrimination. – Lexington, 1976. – Pp. 153-186.
372. Marmot M.G., Davey Smith G., Stansfeld S.A. et al. Health inequalities among british civil servants: the Whitehall II Study // Lancet. – 1991. – Vol. 337. – Pp. 1387-1393.
373. McKee M. The health consequences of the collapse of the Soviet union // Poverty, inequality and health: an international perspective / Ed.: D. Leon and G. Walt. – Oxford: Oxford university press, 2001. – Pp. 17-36.
374. Measuring self-reported population health: an international perspective based on EQ-5D. Eds. Szende A, Williams A. EuroQol group monographs. – SpringMed publishing, 2004. – Vol. 1.
375. Nowwtare – 50 / Key findings from the Elliott and Romesh Vaitilingam. – 2008. – URL: <http://www.cls.ioe.ac.uk/studies.asp?section=0001000200030003>
376. Omran A.R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change // Milbank memorial fund quarterly. – 1971. – 49. – Pp. 509-538.
377. Olshansky S.J., Ault A.B. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. – Milbank memorial fund quarterly, 1986. – 64(3). – Pp. 355-391.
378. Praktische personalarbeit als aufgabe: Grundlagen, Konzepte, Checklisten / Werner Fauth. – Wiesbaden: Gabler, 1991. – S. 37.
379. Pritchett L., Summers L.H. Wealthier is Healthier // Journal of human resources. – 1996. – Vol. 31. – Pp. 841-868.
380. Putnam R. The prosperous community. Social capital and public life // The american prospect. – 1993. – № 3, 4(13). – Pp. 27-40.
381. Putnam R. Bowling alone: the collapse and revival of american community, Simon Schuster. – New York, 2000.
382. Putnam R. Social capital. Measurement and consequences // ISUMA / Canadian journal of policy research. – 2001. – Spring. – Pp. 41-51.
383. Schultz T.W. Nobel lecture: tThe economics of being poor // Journal of political economy. – Chicago university press, 1980. – Vol. 88(4). – Pp. 639-651.

384. Sigerist Henry E. On the history of medicine / edited by Felix Marti-Ibanez, M.D., foreword by John F. Fulton, M.D. – New York: MD Publications, Inc. 1960. – 313 p.
385. Simon J.W. Class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? // *Sociology-of-health-and-illness*. – 1995. – № 17, 5. – Pp. 577-604.
386. Smith J.P. Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status // *Journal of economic perspective*. – 1999. – Vol. 13. – № 2. – Pp. 145-166.
387. Sonmezer M., Oktay K. Fertility preservation in female patients. *Human reproduction update*, 2004. – Vol. 10. – №3. – Pp. 251-266.
388. Suhrcke M., McKee M., Rocco L. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии. – Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 274 с.
389. The financial crisis and global health // Report of a high-level consultation. – URL: http://www.who.int/topics/financial_crisis/financialcrisis_report_200902.pdf
390. The World health report 2006: working together for health. – WHO. Geneva, 2006. – 209 p.
391. The World health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century. – WHO. Geneva, 2007. – 72 p.
392. The World health report 2008: primary health care. Now more than ever – WHO. Geneva, 2008. – 16 p.
393. Wilkinson R.G. Health inequalities: relative or absolute material standards? // *British medical journal*. – 1997. – № 314. – February, 22. – Pp. 591-605.
394. Williams A. EuroQoL – a new facility for the measurement of health-related quality of life // *Health policy*. – 1990. – 16. – Pp. 199-208.
395. Woolcock M., Narayan D. Social capital: implications for development theory // *The world bank research observer*. – 2000. – № 15. – Pp. 225-251.
396. World development indicators 2007. – Washington, DC, World bank, 2008 – URL: <http://www.worldbank.org/data> (выборка 13 февраля 2009 года)
397. World health statistics 2009 / Всемирная организация здравоохранения, 2009 год. – URL: www.who.int/whosis/whostat/2009/
398. Zohoori N. Monitoring health conditions in the Russian Federation. The Russia longitudinal monitoring survey. – Chapel hill: University of North Carolina, 1997.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Порядок расчетов экономического ущерба от потерь здоровья

Расчет экономического ущерба включал следующие этапы:

1. Расчет упущенной выгоды в производстве ВРП в связи с выплатами по социальному страхованию лицам, участвующим в производственном процессе.

Мы определили экономические затраты в связи с выплатами по социальному страхованию за период временной нетрудоспособности населения, занятого в экономике, как произведение стоимости одного дня временной нетрудоспособности и количества дней временной нетрудоспособности.

За среднюю выплату по социальному страхованию приняли 50% от размера средней заработной платы, учитывая, что население чаще бывает на больничном в молодом возрасте – по уходу за больными детьми и в предпенсионном возрасте – в связи с ухудшением здоровья (*табл. 1*).

Таблица 1. Упущенная выгода в производстве ВРП в связи с выплатами по социальному страхованию лицам, участвующим в производственном процессе*

Показатель	2006 г.	2007 г.
Количество дней временной нетрудоспособности	4 512 464	4 629 108
Средняя зарплата, руб.	10 667	12 914
Средняя выплата по социальному страхованию, руб.	5 333,5	6 457
Стоимость одного дня по социальному страхованию, руб.	177,8	215,2
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, тыс. руб.	802 316,1	996 184,0
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, в % от ВРП за 2006 г.	3,5%	4,4%

* Рассчитано на основании данных сб. «Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2007 год». – Вологда: ДЗО, 2008.

2. Расчет упущенной выгоды в производстве ВРП в связи с участием инвалидов Вологодской области в производственном процессе.

Сложно в полной мере оценить и экономический ущерб, обусловленный инвалидностью населения региона, так как это связано с выплатой пенсий по инвалидности, содержанием домов инвалидов и интернатов для детей-инвалидов, выплатами на лечение инвалидов, оплатой труда социальных работников и т.д. Нами произведен расчет упущенной выгоды в производстве валового регионального продукта (ВРП) из-за неучастия инвалидов в его производстве (*табл. 2*).

3. Расчет упущенной выгоды в производстве ВРП из-за уменьшения численности занятых в экономике в связи с преждевременной смертью трудоспособного населения.

Таблица 2. Упущенная выгода в производстве ВРП в связи с участием инвалидов Вологодской области в производственном процессе*

Показатель	2006 г.	2007 г.
Общая численность пенсионеров по инвалидности в Вологодской области, чел.	38 600	36 400
Количество неработающих инвалидов, чел.	30 340	28 647
Средняя пенсия по инвалидности, руб.	2 263	2 951
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, тыс. руб.	68 659,4	84 537,3
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, в % к ВРП 2006 г.	0,3	0,4
* Рассчитано на основании данных Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области.		

Экономические издержки, которые несет общество в результате смерти населения трех основных возрастных групп, указаны в *таблице 3*. Нами произведен расчет экономического ущерба от упущенной выгоды в производстве ВРП из-за уменьшения численности занятых в экономике в связи со смертью населения в трудоспособном возрасте.

Таблица 3. Упущенная выгода в производстве ВРП из-за уменьшения численности занятых в экономике в связи с преждевременной смертностью трудоспособного населения*

Показатель	2006 г.	2007 г.
Количество умершего в трудоспособном возрасте населения Вологодской области, чел.	6 774	5 836
Среднее количество ВРП ₂₀₀₆ , приходящегося на одного человека, занятого в экономике региона, тыс. руб.	264,4	264,4
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, тыс. руб.	1 791 045,6	1 543 038,4
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, в % к ВРП 2006 г.	7,9	6,8
* Рассчитано на основании данных Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области.		

4. Расчет потерянных лет потенциальной жизни в результате преждевременной смертности трудоспособного населения.

Произведен расчет потерянных лет потенциальной жизни (ППЖ) в результате смерти в 2006 и 2007 гг. трудоспособного населения (мужчины в возрасте 16 – 59 лет и женщины в возрасте 16 – 54 года, проживающие в сельской местности и в городских поселениях).

Для расчета ППЖ (*см. табл. 3.9 и 3.10*) использовали следующий метод:

$$\sum dx (L - x),$$

где dx – число смертных случаев в возрасте x ;

L – базовое значение продолжительности жизни, означающее такой возраст, ранее которого все смерти считаются преждевременными.

Согласно рекомендации ВОЗ базовый уровень продолжительности жизни взяли равным 65 годам. Именно этот возраст в настоящее время является средней ожидаемой продолжительностью жизни при рождении и для жителей Вологодской области.

Таблица 4. Потерянные годы потенциальной жизни в результате преждевременной смертности трудоспособного населения Вологодской области в 2006 г.

Пол	Территория	ПГПЖ в возрастных группах (лет)									Итого
		16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	
Мужчины	Область	3 995	7 568	9 348	11 715	10 808	15 180	20 898	16 744	9 392	10 5648
	Город	2 337,5	4 171	6 232	7 920	68 04	9 131	12 366	10 660	6 168	65 789,5
	Село	1 657,5	3 397	3 116	3 795	4 004	6 049	8 532	6 084	3 224	39 858,5
Женщины	Область	1 487,5	1 763	2 736	2 970	3 108	3 979	5 436	5 330	–	26 809,5
	Город	1 062,5	989	1 900	2 277	2 016	2 714	3 564	3 783	–	18 305,5
	Село	425	774	836	693	1 092	1 265	1 872	1 547	–	8 504

Таблица 5. Потерянные годы потенциальной жизни в результате преждевременной смертности трудоспособного населения Вологодской области в 2007 г.

Пол	Территория	ПГПЖ в возрастных группах (лет)									Итого
		16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	
Мужчины	Область	2 847,5	7 009	9 272	10 098	9 632	12 259	16 848	14 430	9 016	91 411,5
	Город	1 742,5	3 999	6 042	7 062	6 244	7 314	9 972	8 736	5 656	56 767,5
	Село	1 105	3 010	3 230	3 036	3 388	4 945	6 876	5 694	3 360	34 644
Женщины	Область	892,5	1 591	1 748	2 376	2 856	3 197	4 410	4 472	–	21 542,5
	Город	510	1 032	1 368	1 683	1 876	2 300	3 150	3 055	–	14 974
	Село	382,5	559	380	693	980	897	1 260	1 417	–	6 568,5

Таким образом, в результате преждевременной смертности в 2006 – 2007 гг. в области потеряно в среднем за год 122706 лет потенциальной жизни (причем мужчинами в 4 раза больше, чем женщинами). При умножении среднего ПГПЖ на количество ВРП_{2006г}, приходящегося на одного человека, занятого в экономике региона, экономический ущерб составил 32443400,5 тыс. руб. или в среднем 15,6% от ВРП 2006 г.

Приложение 2

Институт социально-экономического развития территорий РАН

160014, Вологда, ул. Горького, д. 56а

тел. 54-43-99

Номер анкеты:

--	--	--	--

Район	Населенный пункт

Код населенного пункта	
------------------------	--

Анкетер:

--

Добрый день!

Приглашаем Вас принять участие в опросе общественного мнения о состоянии здоровья населения Вашего города (района).

Просим Вас ответить на вопросы этой анкеты. На некоторые из них даны готовые варианты ответов – обведите номера тех, которые соответствуют Вашему мнению, в остальных случаях напишите свой вариант.

Опрос анонимный – фамилию в анкете указывать не нужно. Ваши ответы будут использованы только в обобщенном виде.

Благодарим за помощь!

Вологда • 2008

Состояние здоровья респондентов

1. Как Вы оцениваете состояние собственного здоровья в настоящее время?

1. Очень хорошее
2. Довольно хорошее
3. Удовлетворительное
4. Плохое
5. Очень плохое

2. Как изменилось Ваше отношение к здоровью за последний год?

1. Не изменилось, осталось прежним
2. Стал(а) больше внимания уделять здоровью
3. Стал(а) меньше внимания уделять здоровью
4. Затрудняюсь ответить

3. Имеются ли у Вас длительно протекающие (хронические) заболевания или состояния?

1. Да
2. Нет

4. Если «Да», то:

1. Какие? (впишите название) _____
2. Было ли оно диагностировано врачом?
3. Вас эта проблема беспокоила последние 12 месяцев?
4. Наблюдались ли Вы у врача по поводу Вашего состояния в последние 12 месяцев?

5. Приходилось ли Вам в течение последнего года пропускать рабочие дни по болезни?

1. Нет, не было необходимости
2. Нет, хотя необходимость была
3. Да, пропускал(а) _____ дней без больничного листа
4. Да, в течение _____ дней был(а) на больничном листе
5. Не помню

6. С какой целью Вы обращались к врачу в течение последних 12 месяцев?

1. С профилактической целью
2. В период плохого самочувствия, болезни
3. При прохождении профосмотра
4. Не помню
5. Не обращался (ась), т.к. лечился (ась) самостоятельно
6. Не обращался (ась), т.к. не болел (а)

7. Как часто и как тяжело Вы болеете? (в каждой строке цифр сделайте по одной отметке)

Вид заболевания (недомогания)	Почти ежемесячно	Несколько раз в год	Раз в год и реже	Никогда
1. Недомогания (головные боли, общая слабость, обострения хронических болезней, травм, ран и т.д.), быстро проходящие под воздействием массажа, лекарств или сами по себе, не снижающие в целом трудоспособности	1	2	3	4
2. Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	1	2	3	4
3. Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишающие возможности заниматься самообслуживанием, делать домашние дела, готовить пищу и т.д.	1	2	3	4
4. Болезни, приковывающие к домашней постели, приводящие к полной потере способности ухода за собой; требуется обслуживание со стороны близких или других людей – сиделок и т.д., лечение в стационаре	1	2	3	4

8. Кого Вы считаете ответственным за Ваше здоровье?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Считаю себя ответственным за свое здоровье | 4. Государство |
| 2. Медицинских работников | 5. Работодателя |
| 3. Семью, родственников | 6. Затрудняюсь ответить |

9. На что бы Вы потратили значительную сумму денег в случае ее появления?

1. На поддержание здоровья своего и близких
2. На приобретение жилья
3. На туристическую поездку
4. На учебу
5. Потратил(а) бы на развлечения
6. Затрудняюсь ответить

10. Что для Вас является основной ценностью?

1. Здоровье
2. Материальное благополучие
3. Работа
4. Семья
5. Затрудняюсь ответить

Доступность и качество медицинского обслуживания

11. Как часто Вам приходится обращаться за медицинской помощью в связи с состоянием Вашего здоровья? (госпитализация не учитывается)

1. Ежемесячно
2. Один раз в два-три месяца
3. Один раз в полгода
4. Один раз в год
5. Реже одного раза в год
6. Никогда не обращаюсь

12. Если Вам нужна медицинская помощь, то куда Вы обращаетесь, как правило? (отметьте все необходимые пункты)

1. В поликлинику по месту жительства (в ЦРБ, в участковую или районную больницу, амбулаторию, ФАП)
2. К частнопрактикующему врачу
3. В платные медицинские учреждения
4. Вызываю скорую помощь
5. В областные лечебные учреждения
6. К целителям

13. Если в случае болезни Вы не обращаетесь в поликлинику, то по какой причине?

1. Находится далеко от дома
2. Сомневаюсь в квалификации медицинского персонала
3. Хамство, неуважительное отношение медработников к пациентам
4. Предпочитаю пользоваться «народными средствами», самолечением
5. Больничный лист на работе не оплачивают
6. Из-за недостатка времени
7. Другое

14. Приходилось ли Вам в течение последних 12 месяцев вызывать скорую помощь?

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1. Нет | 3. Да, два раза |
| 2. Да, один раз | 4. Да, три раза и более |

15. Были ли Вы госпитализированы в последние 12 месяцев? (любой стационар)

- | | |
|-------|--------|
| 1. Да | 2. Нет |
|-------|--------|

16. Если «Да», то какова была общая продолжительность Вашего пребывания в больнице?

_____ дней (впишите полное количество дней)

17. При обращении за медицинской помощью проводилось ли у Вас..?

Вид обследования	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Измерение артериального давления	1	2	3
Определение холестерина крови	1	2	3
Определение сахара крови	1	2	3

18. Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться со следующими явлениями в деятельности медицинских учреждений?

(в каждой строке сделайте по одной пометке)

Деятельность медицинских учреждений	Часто	Иногда	Редко	Никогда
Очереди	1	2	3	4
Невозможность попасть на прием в удобное время	1	2	3	4
Хамство, неуважительное отношение медработников к пациентам	1	2	3	4
Плохая организация работы регистратуры	1	2	3	4
Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	1	2	3	4
Необходимость оплачивать услуги медучреждений, которые должны предоставляться бесплатно	1	2	3	4
Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому можно обратиться в случае тех или иных заболеваний	1	2	3	4
Отсутствие нужных специалистов	1	2	3	4
Невнимательное отношение медработников	1	2	3	4

19. Отмечаете ли Вы изменения в оказании медицинской помощи за последние 12 месяцев?

1. Положительные изменения
2. Отрицательные изменения
3. Не заметил(а) каких-либо изменений
4. Затрудняюсь ответить

20. Удовлетворяет ли Вас качество медицинского обслуживания?
(в каждой строке с цифрами сделайте по одной пометке)

Место обращения за медицинской помощью	Да	Нет	Относительно	Давно не обращался	Затрудняюсь ответить или неприменимо ко мне
1. Лечебное учреждение по месту жительства (городская поликлиника, районная или участковая больница, ЦРБ, амбулатория, ФАП)	1	2	3	4	5
в т. ч. лечебное учреждение, где Вы оплачиваете медицинские услуги	1	2	3	4	5
2. Областное лечебное учреждение	1	2	3	4	5
3. Лечебное учреждение других ведомств	1	2	3	4	5

21. Если Вам в течение последнего года приходилось обращаться за следующими медицинскими услугами, то удовлетворило ли Вас их качество? (в каждой строке сделайте по одной пометке)

Вид медицинских услуг	Да	Нет	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Затрудняюсь ответить или неприменимо ко мне
1. Вызов скорой помощи	1	2	3	4	5
2. Госпитализация для хирургической операции	1	2	3	4	5
3. Госпитализация с нехроническим заболеванием	1	2	3	4	5
4. Госпитализация с хроническим заболеванием	1	2	3	4	5
5. Вызов врача на дом	1	2	3	4	5
6. Обращение к врачу в поликлинику	1	2	3	4	5
7. Лечение и удаление зубов	1	2	3	4	5
8. Протезирование зубов	1	2	3	4	5
9. Консультация по беременности и родам	1	2	3	4	5
10. Центры планирования семьи	1	2	3	4	5
11. Консультации психологов и психиатров	1	2	3	4	5
12. Диагностическое обследование	1	2	3	4	5
13. Амбулаторное лечение	1	2	3	4	5
14. Посещение аптеки	1	2	3	4	5

22. В настоящее время в России существуют два вида медицинского страхования: обязательное – ОМС, включающее в себя минимум медицинских услуг, обеспечиваемых государством, и добровольное – ДМС, позволяющее получить дополнительную медицинскую помощь за счет индивидуальных или коллективных (с места работы) отчислений.

Вы пользуетесь полисом обязательного медицинского страхования или добровольного медицинского страхования?

- | | |
|--------|---------------------------|
| 1. ОМС | 3. Не знаю, что это такое |
| 2. ДМС | 4. Затрудняюсь ответить |

23. Хотели бы Вы приобрести полис добровольного медицинского страхования при двух- или трехкратном увеличении доходов?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. Да | 3. Скорее нет, чем да |
| 2. Скорее да, чем нет | 4. Нет |

24. В целях улучшения амбулаторно-поликлинической помощи населению в области получает развитие общеврачебная практика. Врач общей практики будет оказывать первичную медицинскую помощь всем членам семьи. Такой способ обслуживания особенно необходим при врачебных амбулаториях в сельской местности, так как приближает врачебную медицинскую помощь к месту проживания населения.

Пользовались ли Вы услугами врача общей практики?

1. Да 2. Нет

25. Каково Ваше отношение к введению службы врача общей практики (семейного врача)?

1. Положительное 3. Не знаю, что это такое
 2. Отрицательное 4. Затрудняюсь ответить

Оплата медицинских услуг

26. Приходилось ли Вам расходовать средства на лечение в текущем году?

1. Да, ежемесячно 4. Да, один раз в год
 2. Да, один раз в три месяца 5. Не расходовали, потому что не болели
 3. Да, один раз в полгода

27. При оплате лечения в поликлинике, больнице Вы платили деньги:

1. В кассу лечебного учреждения 4. Среднему медперсоналу
 2. Руководителю лечебного учреждения 5. Санитарке
 3. Лечащему врачу

28. Если Вы расходовали средства на лечение, то на что именно и какую сумму?

Расход средств на лечение	Сумма, руб.
1. На приобретение лекарств для амбулаторного лечения	
2. На приобретение лекарств для лечения в стационаре	
3. На оплату операции	
4. На оплату лечебных процедур	
5. На разовую оплату всего лечения	
6. За уход за больным в палате	
7. Находился(ась) в платном отделении стационара	

29. Бывали ли в течение последнего года случаи, когда Вам приходилось отказываться от следующих медицинских услуг по причине их платности? (в каждой строке с цифрами сделайте по одной пометке)

Виды медицинских услуг	Приходилось отказываться				Получал бесплатно
	Часто	Иногда	Редко	Никогда	
1. Вызов скорой помощи	1	2	3	4	5
2. Госпитализация для хирургической операции	1	2	3	4	5
3. Госпитализация с нехроническим заболеванием	1	2	3	4	5
4. Госпитализация с хроническим заболеванием	1	2	3	4	5
5. Вызов врача на дом	1	2	3	4	5
6. Обращение к врачу в поликлинику	1	2	3	4	5
7. Лечение и удаление зубов	1	2	3	4	5
8. Протезирование зубов	1	2	3	4	5
9. Консультация по беременности и родам	1	2	3	4	5
10. Диагностическое обследование	1	2	3	4	5
11. Амбулаторное лечение	1	2	3	4	5

30. Как Вы поступали при необходимости срочной госпитализации, если в больнице не оказывалось мест?

1. Использовали «связи»
2. Обращались с жалобами или заявлениями в вышестоящие органы
3. Упрашивали заведующего отделением или главного врача о скорейшей госпитализации
4. Предлагали врачу определенную сумму денег
5. Обращались к специалисту, занимающемуся нетрадиционной медициной
6. Затрудняюсь ответить

31. Вы имеете право на бесплатное получение лекарств?

1. Да
2. Нет

32. Возникали ли у Вас трудности с приобретением лекарств, назначенных врачом?

1. Да
2. Нет

33. Если «Да», то в чем была причина этих трудностей?

1. Высокая стоимость лекарств
2. Отсутствие лекарств в аптеке
3. Отказ аптеки выдать лекарство бесплатно при наличии рецепта
4. Отказ врача в выписке рецепта на приобретение лекарств бесплатно при наличии показаний.

41. Изменился ли характер Вашего питания за последние 3 года?

Продукты питания	Теперь Вы едите			
	гораздо больше	примерно столько же	гораздо меньше	затрудняюсь ответить
Масло, маргарин, другие жиры для выпечки и кулинарной продуктов	1	2	3	4
Фрукты	1	2	3	4
Овощи	1	2	3	4
Хлебобулочные и макаронные изделия	1	2	3	4
Рыба	1	2	3	4
Сольсодержащие продукты	1	2	3	4
Сахар и кондитерские изделия	1	2	3	4
В целом за один прием пищи	1	2	3	4

42. Если характер Вашего питания изменился, то какова основная причина этого? (может быть несколько ответов)

1. Чтобы снизить вес
2. Чтобы сохранить вес
3. Чтобы увеличить вес
4. Чтобы вести более здоровый образ жизни
5. Из-за болезни
6. Увеличение дохода
7. Снижение дохода
8. Затрудняюсь ответить

43. Какими правилами Вы руководствуетесь при организации своего питания? (может быть несколько ответов)

1. Учтываю соотношение белков, жиров, углеводов
2. Стараюсь употреблять больше овощей и фруктов
3. Стараюсь употреблять больше морепродуктов
4. Стараюсь меньше употреблять соленых продуктов
5. Использую йодированную соль
6. Соблюдаю режим питания, правила приема пищи (есть не менее 3 раз в день, есть не спеша, тщательно пережевывать пищу и т.д.)
7. Стараюсь меньше употреблять чая и кофе
8. Соблюдаю оздоровительную диету
9. Слежу за маркировкой, сроком годности употребляемых продуктов
10. Стараюсь употреблять натуральные продукты (без добавок, консервантов и т.п.)
11. Употребляю продукты надежных, проверенных производителей
12. Питаюсь как придется

44. Какова Ваша физическая активность на работе?

1. У меня в основном сидячая работа
2. Хожу на работе довольно много
3. Приходится выполнять небольшую физическую работу
4. Занимаюсь тяжелой физической работой

45. Как Вы обычно проводите свое свободное время?

1. Сажу дома (телевизор, чтение, домашние дела, не требующие значительных физических усилий)
2. Прогулки на свежем воздухе
3. Занимаюсь спортом
4. Посещаю спортивный клуб, спортивный зал, фитнес-центр
5. Посещаю культурно-массовые мероприятия
6. У меня нет свободного времени

46. Считаете ли Вы, что тратите достаточно времени на двигательную активность?

1. Да
2. Нет

47. Занимаетесь ли Вы профилактикой основных болезней?

1. Да
2. Нет

48. Укажите, каким способом профилактики основных болезней Вы пользуетесь и как регулярно (в каждой строке с цифрами сделайте по одной пометке)

Меры профилактики болезней	Постоянно	Иногда
Стараюсь оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых	1	2
Оздоровливаюсь в санатории	1	2
Стараюсь контролировать свое психическое состояние	1	2
Принимаю витамины, биодобавки	1	2
Слежу за своим весом	1	2
Покупаю питьевую воду в магазине	1	2
Использую фильтр для очистки питьевой воды	1	2
Употребляю для питья только воду из родника и колодца	1	2
Обращаюсь к врачу при первом признаке болезни	1	2
Обращаюсь к врачу с профилактической целью	1	2
Посещаю баню, сауну	1	2
Занимаюсь спортом, посещаю бассейн, тренажерные залы	1	2
Занимаюсь закаливанием организма	1	2
Делаю зарядку, бегаю, совершаю прогулки	1	2
Сплю не менее 7 часов в сутки	1	2
Соблюдаю умеренность в употреблении продуктов питания, алкоголя	1	2

49. В течение последних 12 месяцев пытались ли Вы всерьез..?

(в каждой строке с цифрами сделайте по одной пометке)

Варианты ответа	Да, пытался, и мне это удалось	Да, пытался, и мне это не удалось	Нет, не пытался
Повысить работоспособность	1	2	3
Увеличить свою физическую активность	1	2	3
Уменьшить потребление алкоголя	1	2	3
Бросить курить	1	2	3
Похудеть	1	2	3
Увеличить вес	1	2	3
Меньше употреблять жиров	1	2	3
Меньше употреблять соли	1	2	3
Меньше употреблять сахара	1	2	3

50. Есть ли у Вас недостатки в жилищных условиях?

1. Да 2. Нет

51. Если есть недостатки, то какие?

1. Сыро
2. Холодно
3. Требуется капитальный ремонт
4. Тесно
5. Темно
6. Другое (укажите) _____

52. Какие темы о здоровье Вас больше всего интересуют?

(разместите по степени важности три самых главных для Вас пункта)

Название тем о здоровье	Место
Питание	1 – 2 – 3
Здоровая физическая активность	1 – 2 – 3
Вред наркотиков	1 – 2 – 3
Вопросы сексуальной жизни	1 – 2 – 3
Вред курения	1 – 2 – 3
Избыточный вес	1 – 2 – 3
Профилактика гипертонии	1 – 2 – 3
Вред алкоголя	1 – 2 – 3
Вред стрессов	1 – 2 – 3
Другое (напишите)	1 – 2 – 3

66. Как бы Вы оценили изменение своего материального положения?

Период	Улучшилось	Ухудшилось	Осталось без изменения	Затрудняюсь ответить или неприменимо ко мне
За последние пять лет	1	2	3	4
По сравнению с прошлым годом	1	2	3	4
За последние шесть месяцев	1	2	3	4

67. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует Ваши денежные доходы?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на «потом»
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

68. Где Вы работаете?

1. Государственное, муниципальное предприятие (учреждение)
2. Акционерное общество
3. Полное товарищество, общество с ограниченной и дополнительной ответственностью
4. Производственный, потребительский кооператив
5. У частного предпринимателя
6. Совместное предприятие, инофирма
7. Общественные и религиозные организации
8. Не работаю

69. Как бы Вы оценили изменение своего должностного положения?

Период	Улучшилось	Ухудшилось	Осталось без изменения	Затрудняюсь ответить или неприменимо ко мне
За последние пять лет	1	2	3	4
По сравнению с прошлым годом	1	2	3	4
За последние шесть месяцев	1	2	3	4

70. Род занятий

1. Рабочий промышленности, транспорта, связи
2. Работник сельского хозяйства

3. Работник торговли, сферы обслуживания
4. Инженерно-технический работник
5. Служащий (работник аппарата предприятия, учреждения)
6. Руководитель государственного предприятия, ответственный работник органов управления
7. Интеллигент, не занятый на производстве (учитель, врач, научный работник, журналист и т.д.)
8. Руководитель коммерческой структуры, предприниматель, имеющий свое дело
9. Военнослужащий, сотрудник органов охраны общественного порядка
10. Студент, учащийся
11. Пенсионер
12. Инвалид
13. Неработающий (домохозяйка)
14. Безработный (официально зарегистрированный)
15. Другое (напишите _____)

71. К какой категории Вы себя относите?

1. Богатым
2. Людям среднего достатка
3. Бедным
4. Нищим
5. Затрудняюсь ответить

72. Где Вы живете?

1. В городе
2. В сельской местности

**Большое спасибо за участие!
Желаем удачи во всех ваших делах!**

Приложение 3

Институт социально-экономического развития территорий РАН
160014, Вологда, ул. Горького, д. 56а
тел. 54-43-99

Номер анкеты:

--	--	--	--

Район	Населенный пункт

Код населенного пункта	
------------------------	--

Анкетер:

--

Добрый день!

Приглашаем Вас принять участие в опросе общественного мнения о состоянии социально-психологического самочувствия населения Вашего города (района).

Просим Вас ответить на вопросы этой анкеты. На некоторые из них даны готовые варианты ответов – обведите номера тех, которые соответствуют Вашему мнению, в остальных случаях напишите свой вариант.

Опрос анонимный – фамилию в анкете указывать не надо. Ваши ответы будут использованы только в обобщенном виде.

Благодарим за помощь!

Вологда • 2008

1. Чтобы бы Вы могли сказать о своем настроении в последние дни?

1. Прекрасное настроение
2. Нормальное, ровное состояние
3. Испытываю напряжение, раздражение
4. Испытываю страх, тоску
5. Затрудняюсь ответить

2. Укажите, пожалуйста, соответствуют или нет перечисленные ниже высказывания вашему настроению в последнее время (если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще)

	Да	Нет
1. Часто ли меняется Ваше настроение в зависимости от серьезной причины или без нее?	1	2
2. У Вас бывает гнетущее состояние	1	2
3. Испытываете ли Вы иногда чувство страха даже при отсутствии реальной опасности?	1	2
4. Бывает ли Вам то радостно, то грустно без особых причин?	1	2
5. Временами Вы бываете так беспокойны, что даже не можете усидеть на месте	1	2
6. Легко ли изменить Ваше настроение?	1	2
7. Вы часто испытываете недовольство	1	2
8. Большею частью Вы счастливы	1	2
9. Часто Вы чувствуете себя просто скверно	1	2
10. У Вас часто без особых причин возникает чувство безучастности и усталости	1	2

3. Укажите, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены своей сегодняшней жизнью? (по 10-балльной шкале, где 1 – полностью удовлетворен, 10 – полностью не удовлетворен)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 <i>затрудняюсь ответить</i>
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

4. Ответьте, пожалуйста, верно или неверно каждое утверждение по отношению к Вам (Если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще)

	Да	Нет
1. Вы делаете много такого, в чем приходится раскаиваться	1	2
2. Вы недостаточно уверены в себе	1	2
3. Иногда Вы кажетесь себе действительно никчемным человеком	1	2
4. Вы много копаетесь в себе	1	2
5. Вы страдаете от чувства неполноценности	1	2
6. Самая тяжелая борьба для Вас – это борьба с самим собой	1	2

5. Как Вы считаете, какое из приведенных ниже высказываний наиболее соответствует сложившейся ситуации?

1. Все не так плохо и можно жить
2. Жить трудно, но можно и терпеть
3. Терпеть наше бедственное положение уже невозможно
4. Затрудняюсь ответить

6. Как Вы считаете, применимы ли к Вам следующие высказывания? (если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще)

	Да	Нет
1. Вы считаете, что внутренне напряжены	1	2
2. Вы часто так сильно во что-то погружены, что не можете заснуть	1	2
3. Вас часто преследуют бесполезные мысли, которые не выходят из головы, хотя Вы стараетесь от них избавиться	1	2
4. Иногда у Вас все болит	1	2
5. Вы довольно нервный (нервная)	1	2
6. У Вас были очень странные и необычные переживания	1	2
7. В течение всего дня Вы мечтаете и фантазируете больше, чем нужно	1	2
8. Иногда Вы дрожите или испытываете приступы озноба	1	2
9. Вам трудно сконцентрироваться при выполнении какого-либо задания или работы	1	2
10. Вы довольно раздражительны	1	2
11. У Вас что-то с нервами	1	2

7. Определите, пожалуйста, свое отношение к следующим поступкам:

Поступок	Это никогда не может быть оправданным	Иногда это допустимо	К этому надо относиться снисходительно
1. Употребление наркотиков	1	2	3
2. Самоубийство	1	2	3
3. Супружеская измена	1	2	3
4. Измена Родине	1	2	3
5. Злоупотребление алкоголем	1	2	3
6. Деловая неисполнительность	1	2	3
7. Некультурное поведение	1	2	3
8. Использование служебного положения в личных целях	1	2	3
9. Нарушение закона	1	2	3

8. Как Вы переносите различные трудности? (если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще)

	Да	Нет
1. Вы чувствуете себя легко ранимым	1	2
2. Вы слишком близко и надолго принимаете к сердцу неприятности	1	2
3. Даже мысль о возможной неудаче Вас волнует	1	2
4. Беспокоитесь ли Вы иногда слишком сильно из-за незначительных вещей?	1	2
5. Чувствуете ли Вы иногда, что трудности велики и непреодолимы?	1	2

9. Отметьте, пожалуйста, удовлетворены ли Вы лично..?

№ п/п	Варианты	Полностью удовлетворен	Скорее удовлетворен	Скорее не удовлетворен	Полностью не удовлетворен	Затрудняюсь ответить
1.	Отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми	1	2	4	5	3
2.	Отношениями с ребенком (детьми)	1	2	4	5	3
3.	Отношениями с коллегами по работе	1	2	4	5	3
4.	Отношениями с администрацией на работе	1	2	4	5	3
5.	Отношениями с субъектами своей профессиональной деятельности (клиентами, пациентами, покупателями, учениками и пр.)	1	2	4	5	3
6.	Отношениями с супругом (супругой)	1	2	4	5	3
7.	Отношениями с родителями	1	2	4	5	3
8.	Условиями своей профессиональной деятельности (учебы)	1	2	4	5	3
9.	Содержанием своей работы в целом	1	2	4	5	3
10.	Возможностью выбора места работы	1	2	4	5	3
11.	Своим положением в обществе	1	2	4	5	3
12.	Возможностью проводить отпуск	1	2	4	5	3
13.	Повседневным проведением отдыха, досуга	1	2	4	5	3
14.	Жилищно-бытовыми условиями	1	2	4	5	3
15.	Сферой медицинского обслуживания	1	2	4	5	3
16.	Сферой услуг и бытового обслуживания	1	2	4	5	3
17.	Своим образованием	1	2	4	5	3
18.	Материальным положением	1	2	4	5	3
19.	Своим образом жизни в целом	1	2	4	5	3
20.	Обстановкой в обществе (государстве)	1	2	4	5	3

Можете ли Вы согласиться со следующими высказываниями?

10. Я испытываю напряженность, мне не по себе

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – время от времени
- 3 – часто
- 4 – все время

11. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – иногда, но это меня не беспокоит
- 3 – да, это так, но страх не очень сильный
- 4 – определенно это так, и страх очень сильный

12. Беспокойные мысли крутятся в моей голове

- 1 – только иногда
- 2 – время от времени
- 3 – большую часть времени
- 4 – постоянно

13. Я легко могу сесть и расслабиться

- 1 – определенно, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь изредка это так
- 4 – совсем не могу

14. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – иногда
- 3 – часто
- 4 – очень часто

15. Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – лишь в некоторой степени это так
- 3 – наверное, это так
- 4 – определенно, это так

16. У меня бывает внезапное чувство паники

- 1 – совсем не бывает
- 2 – не так уж часто
- 3 – довольно часто
- 4 – очень часто

17. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

- 1 – определенно, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь в очень малой степени
- 4 – это совсем не так

18. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

- 1 – определенно, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь в очень малой степени
- 4 – совсем не способен

19. Я испытываю бодрость

- 1 – практически все время
- 2 – иногда
- 3 – очень редко
- 4 – совсем не испытываю

20. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

- 1 – совсем нет
- 2 – иногда
- 3 – часто
- 4 – практически все время

21. Я не слежу за своей внешностью

- 1 – я слежу за собой так же, как и раньше
- 2 – может быть, я стал меньше уделять этому внимания
- 3 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 4 – определенно, это так

22. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести чувство удовлетворения

- 1 – точно так же, как и обычно
- 2 – да, но не в той степени, как раньше
- 3 – значительно меньше, чем обычно
- 4 – совсем так не считаю

23. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио или теле-программы

- 1 – часто
- 2 – иногда
- 3 – редко
- 4 – очень редко

24. Ответьте, пожалуйста, как у Вас складываются отношения с другими людьми? (если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще)

	Да	Нет
1. Вам трудно заговорить с незнакомыми людьми	1	2
2. Вам кажется, что Вас никто не понимает	1	2
3. Если бы против Вас не были настроены, Ваши дела шли бы более успешно	1	2
4. Критика или выговор Вас очень ранят	1	2
5. У Вас часто возникает чувство, что люди Вас критически рассматривают	1	2
6. Вы часто боретесь с собой, чтобы не показать свою застенчивость	1	2
7. Вы хотели бы быть такими же счастливыми, какими кажутся другие люди	1	2
8. Вам трудно поддерживать разговор при знакомстве	1	2

25. Испытываете ли Вы чувство одиночества?

1. Да, часто
2. Да, иногда
3. Очень редко
4. Никогда
5. Затрудняюсь ответить

26. Как часто и как тяжело Вы болеете? (в каждой строке цифр сделайте по одной отметке)

Вид заболевания (недомогания)	Почти ежемесячно	Несколько раз в год	Раз в год и реже	Никогда
1. Недомогания (головные боли, общая слабость, обострения хронических болезней, травм, ран и т.д.), быстро проходящие под воздействием массажа, лекарств или сами по себе, не снижающие в целом трудоспособности	1	2	3	4
2. Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	1	2	3	4
3. Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишаящие возможности заниматься самообслуживанием, делать домашние дела, готовить пищу и т.д.	1	2	3	4
4. Болезни, приковывающие к домашней постели, приводящие к полной потере способности ухода за собой; требуется обслуживание со стороны близких или других людей – сиделок и т.д., лечение в стационаре	1	2	3	4

27. Считаете ли Вы, что успешно справляетесь с выполнением своих профессиональных обязанностей?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

28. Как Вы считаете, в последнее время выполнение своих профессиональных обязанностей стало даваться Вам труднее или легче, чем раньше?

1. Труднее
2. Легче
3. Так же, как и раньше
4. Затрудняюсь ответить

29. Если труднее, то что, на Ваш взгляд, больше всего мешает Вам в исполнении служебных обязанностей?

1. Собственная некомпетентность
2. Конфликтная обстановка в коллективе
3. Физическое недомогание
4. Подавленное состояние
5. Необходимость сосредоточиться на семейных проблемах
6. Другое _____
7. Затрудняюсь ответить

30. Употребляете ли Вы алкогольные напитки?

1. Да
2. Нет

31. Скажите, пожалуйста, как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

1. Ежедневно или почти ежедневно
2. Один – два раза в неделю
3. Один – два раза в месяц
4. Только по праздникам
5. Не употребляю

32. Возникает ли у Вас желание принять алкоголь в случае возникновения жизненных трудностей?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

33. Как Вы считаете, Вы стали чаще или реже употреблять алкогольные напитки по сравнению с прошлым годом?

1. Чаще
2. Реже
3. Так же, как и раньше
4. Затрудняюсь ответить

34. С какой целью Вы обычно употребляете алкогольные напитки?

1. Для общения
2. По праздникам
3. Для снятия стресса
4. Другое _____
5. Затрудняюсь ответить

35. Употребляете ли Вы алкоголь исключительно для снятия нервного напряжения?

1. Да, часто
2. Иногда
3. Очень редко
4. Никогда

36. Часто ли в последнее время Вы испытываете чувство усталости, апатии?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

37. Как Вы считаете, с чем это может быть связано?

1. Конфликты на работе
2. Семейные проблемы
3. Проблемы со здоровьем
4. Неудовлетворенность материальным положением
5. Другое _____
6. Затрудняюсь ответить

38. Если Вы в последнее время испытываете какие-либо проблемы со здоровьем (головные боли, головокружения и т.д.), связываете ли Вы это ухудшением Вашего настроения или конфликтной ситуацией?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

39. Испытываете ли Вы чувство спада или подъема жизненных сил и энергии?

1. Стал(а) чаще испытывать бодрость духа, подъем жизненных сил
2. Чаще чувствую усталость
3. Затрудняюсь ответить

40. Вы считаете себя оптимистом или пессимистом?

1. Скорее оптимистом
2. Скорее пессимистом
3. Затрудняюсь ответить

41. Часто ли Вы испытываете чувство раздражительности, подавленности настроения в последнее время?

1. Практически никогда
2. Очень редко
3. Время от времени
4. Регулярно

42. Что, на Ваш взгляд, чаще всего является причиной Вашего подавленного настроения, раздражительности?

1. Тяжелое материальное положение
2. Семейная обстановка
3. Большие нагрузки на работе
4. Проблемы со здоровьем
5. Затрудняюсь ответить

43. Как часто меняется Ваше настроение?

1. Очень часто
2. Иногда
3. Очень редко
4. Затрудняюсь ответить

44. Часто ли Вы попадаете в конфликтные ситуации?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

45. Как бы Вы охарактеризовали свои отношения с коллегами по работе?

1. Вполне дружелюбные, открытые к сотрудничеству
2. Напряженные
3. Конфликтные

46. Если Вы испытываете недопонимание со стороны коллег по работе, возникают конфликтные ситуации, с чем, на Ваш взгляд, это может быть связано?

1. Стало труднее справляться с профессиональными обязанностями
2. Я стал более раздражительным
3. Окружающие меня не понимают
4. Затрудняюсь ответить

47. Что, на Ваш взгляд, больше влияет на Ваше негативное настроение?

1. Действия властей
2. Отношения на работе
3. Личная жизнь
4. Ничто не влияет
5. Затрудняюсь ответить

48. Часто ли по роду своей деятельности Вам приходится общаться с другими людьми?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

49. Испытываете ли Вы дискомфорт, неудобство при знакомстве с новыми людьми?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

50. Охотно ли Вы заводите новые социальные контакты, расширяете круг общения?

1. Стараюсь не упускать такой возможности
2. Охотно, но не всегда это получается
3. Хотелось бы расширить круг общения, но не имею такой возможности
4. Не возникает желания заводить новые знакомства

51. Часто ли Вы принимаете участие в общественной жизни (коллективные мероприятия на работе, субботники, собрания, выборы и т.д.)?

1. Часто
2. Иногда
3. Редко
4. Никогда
5. Затрудняюсь ответить

52. Скажите, пожалуйста, испытывали ли Вы когда-либо в своей жизни психологические проблемы, требующие помощи квалифицированного специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта)?

1. Да, испытывал(а) такие проблемы
2. Нет, не испытывал(а) подобных проблем
3. Все свои проблемы я мог(ла) решить сам(а) и решал(а) их
4. Затрудняюсь ответить

53. Обращались ли Вы когда-нибудь за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру, психотерапевту)?

1. Да
2. Нет

54. Если обращались, удовлетворил ли Вас результат оказанной помощи?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

55. Хотелось бы Вам, чтобы услуги квалифицированного специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта) были доступны по месту Вашего жительства?

1. Да, это необходимо
2. Нет, не вижу такой необходимости
3. Да, наверное, не помешало бы
4. Затрудняюсь ответить

56. Готовы ли Вы обратиться за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру, психотерапевту) в случае необходимости?

1. Да, готов(а) обратиться сразу
2. Хотелось бы, но трудно это сделать (непривычно, могут неправильно понять окружающие и т.п.)
3. Нет, потому что могу справиться сам(а)
4. Нет, потому что он все равно не поможет
5. Затрудняюсь ответить

57. В нашей стране в некоторых городах и регионах существуют «телефоны доверия», по которым можно в любое время позвонить, изложить свои проблемы, получить полезный совет, поддержку. Как Вы считаете, нужен ли «телефон доверия» по месту Вашего жительства?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

63. Если говорить о Вас и членах Вашей семьи, проживающих вместе с Вами, то затронули Вас или нет в связи с нынешним кризисом следующие явления?

1. Задержки заработной платы и социальных выплат (пенсий, пособий, стипендий и т.п.)	1	2
2. Уменьшение (урезание) заработной платы и социальных выплат	1	2
3. Сокращение, увольнение с предприятия, на котором работаете	1	2
4. Закрытие (приостановка) предприятия, на котором работаете	1	2
5. Обесценивание рублевых сбережений	1	2
6. Увеличение цен на потребительские товары и услуги	1	2

64. Оцените взаимоотношения между членами Вашей семьи:

1. Дружные, без ссор
2. Дружные, с редкими ссорами
3. Напряженные, без ссор
4. Частые ссоры
5. Другие _____

65. Если Вас не удовлетворяет Ваша работа, то в чем именно?

1. Низкая зарплата, несвоевременные выплаты
2. Трудная, нервная работа
3. Работа далеко от дома, неудобный график работы, плохие условия труда
4. Плохой коллектив, плохое руководство
5. Нет возможностей выбора, нет хорошей работы
6. Нестабильная, негарантированная работа
7. Работа не по специальности
8. Неинтересная работа
9. Другое _____

66. Если Вы не довольны тем, как проводите свободное время, то чем, на Ваш взгляд, это можно объяснить?

1. Нет денег, чтобы проводить время так, как хотелось бы
2. Не хватает свободного времени, много работаю, устаю, нет сил
3. Провожу время скучно, однообразно, веду пассивный образ жизни
4. Хотелось бы проводить свободное время по-другому, но не получается
5. Там, где я живу, нет мест для проведения досуга, некуда пойти
6. Болею, возраст не позволяет проводить время так, как хотелось бы
7. Другое _____
8. Затрудняюсь ответить

67. Ваши жилищные условия:

1. Живу в общежитии
3. Живу в собственной квартире/доме
2. Живу в коммунальной квартире
4. Живу в квартире родителей/родственников
5. Снимаю квартиру/дом
6. Другое _____

75. Род занятий

1. Рабочий
2. Работник сельского хозяйства
3. Инженерно-технический работник
4. Служащий (работник аппарата предприятия, учреждения)
5. Руководитель государственного предприятия
6. Интеллигент, незанятый на производстве (учитель, врач, научный работник, журналист и т.д.)
7. Предприниматель, имеющий свое дело
8. Студент
9. Пенсионер
10. Военнослужащий
11. Сотрудник органов охраны общественного порядка
12. Руководитель коммерческой структуры
13. Ответственный работник органов управления
14. Учащийся
15. Инвалид
16. Безработный (официально зарегистрированный)
17. Неработающий, домохозяйка
18. Другое (напишите) _____

76. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует Ваши денежные доходы?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

77. Где Вы живете?

1. В городе 2. В сельской местности

**Большое спасибо за Ваши ответы!
Желаем удачи во всех Ваших делах!**

Институт социально-экономических проблем развития территорий РАН

Анкета № _____

**изучения репродуктивного потенциала населения
репродуктивного возраста (15 – 49 лет)**

Населенный пункт: _____

Добрый день!

Настоящая анкета призвана выявить Ваши приоритеты и установки по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивного поведения и планирования семьи. Надеемся на Ваше искреннее участие и содействие в предлагаемом опросе.

Материалы исследования будут использоваться только в обобщенном виде. Мы гарантируем сохранение конфиденциальности полученных данных. Ваши откровенные ответы позволят определить необходимые медико-социальные мероприятия для обеспечения возможности получения качественных услуг по планированию семьи, охране репродуктивного здоровья.

Как заполнять вопросник

Внимательно прочитайте вопросы и предложенные варианты ответов. Выберите те из них, которые соответствуют Вашему мнению, и обведите кружком вариант подходящего ответа или впишите недостающую информацию.

Благодарим за помощь и сотрудничество!

Вологда • 2008

Раздел I. Семья, планирование семьи

1. Какому браку Вы отдаете предпочтение? (отметьте только один вариант)

1. Зарегистрированному браку
2. Совместному проживанию, без регистрации в ЗАГСе
3. Затрудняюсь ответить
4. Другое _____

2. Что, на Ваш взгляд, составляет основу брака? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Любовь
2. Уважение друг к другу
3. Финансовое состояние
4. Физическое и психическое здоровье партнеров
5. Хорошее положение в обществе
6. Религиозные убеждения
7. «Здоровый» расчет
8. Другое _____
9. Затрудняюсь ответить

3. Считаете ли Вы вступление в брак обязательным условием для воспитания детей?

1. Да
2. Нет
3. Не думал об этом
4. Затрудняюсь ответить

4. Выберите наиболее важные для Вас жизненные ценности (не более 3-х вариантов):

1. Счастливая и дружная семья
2. Материнство/отцовство
3. Здоровье
4. Деньги, карьера
5. Любимая профессия
6. Образование
7. Общественное признание, популярность

5. Сколько у Вас детей? _____

6. Скольких еще Вы планируете завести? _____

7. Через какой промежуток времени Вы бы хотели иметь ребенка?

(если уже есть, то следующего)

1. Я больше не хочу иметь детей
2. В течение 1 года
3. В течение 2–3 лет
4. В течение 3–4 лет
5. Более чем через 4 года
6. Затрудняюсь ответить

8. Сколько детей Вы желали бы иметь в своей семье?

1. Ни одного
2. Одного ребенка
3. Двух детей
4. Трех детей
5. Четырех детей и более
6. Затрудняюсь ответить

9. Сколько детей Вы реально планируете иметь в своей семье?

1. Ни одного
2. Одного ребенка
3. Двух детей
4. Трех детей
5. Четырех детей и более
6. Затрудняюсь ответить

10. Если Вы планируете иметь менее трех детей, укажите причины, по которым Вы не хотите иметь больше (отметьте все, что считаете нужным):

1. Нестабильная экономическая обстановка в стране
2. Низкие доходы населения и дороговизна товаров
3. Плохие жилищные условия
4. Много детей в семье препятствуют карьере (отдыху)
5. Семейная традиция иметь мало детей в семье
6. Многодетность никак не поощряется государством
7. Роды – это риск для здоровья женщины
8. Столько детей мне вполне достаточно
9. Риск остаться без работы
10. Другое _____

11. Если Вы планируете иметь трех и более детей, то каковы причины для этого? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Любите детей
2. Семейные традиции иметь много детей в семье
3. Чувство долга перед Человечеством за сохранение рода
4. Религиозные убеждения
5. Сознание того, что аборт – «убийство»
6. Другое _____

12. Что необходимо Вам для рождения желаемого числа детей? (оцените по 5-бальной шкале значимость каждого фактора)

Фактор	Незначимо			Очень значимо	
	1	2	3	4	5
1. Полная семья	1	2	3	4	5
2. Доступность качественной медицинской помощи	1	2	3	4	5
3. Возможность обеспечить своим детям качественное образование	1	2	3	4	5
4. Наличие (возможность приобретения) и удовлетворительное состояние жилья	1	2	3	4	5
5. Стабильность материального благополучия	1	2	3	4	5
6. Возможность посещения образовательных курсов (семинаров, тренингов) для родителей	1	2	3	4	5
7. Возможность организации присмотра за ребенком, не посещающим детсад (служба «няня на час», детские игровые комнаты и т.п.)	1	2	3	4	5
8. Уверенность в завтрашнем дне	1	2	3	4	5

13. Как Вы считаете, следует ли заранее обсуждать в семье сроки появления детей, планировать их количество?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

14. При возможности выбора воспитания ребенка дошкольного возраста (1,5 – 6 лет) какой вариант Вы предпочтете?

1. Детский сад
2. Детский сад на неполный день
3. Домашнее воспитание
4. Домашнее воспитание с выплатой пособия
5. Другое _____

15. Какой размер дополнительного пособия Вы считаете минимально необходимым для домашнего воспитания ребенка?

1. 1 – 2 тыс. руб.
2. 3 – 4 тыс. руб.
3. 5 тыс. руб.
4. Свой вариант _____

16. Для Вас дети – это... (отметьте все, что считаете нужным)

1. Помощь в ведении хозяйства
2. Помощь в старости
3. Дети – это радость жизни
4. Снижение материального положения семьи
5. Дополнительная трата денег
6. Помеха карьере
7. Помеха отдыху, личной жизни
8. Источник доходов (пособие по беременности и родам, детские пособия)
9. Наследники, продолжатели вашего дела
10. Обязательная часть семьи
11. Другое _____

17. Как Вы считаете, какие условия необходимы для распространения многодетности? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Льготы многодетным семьям
2. Существенная помощь государства (существенные денежные пособия на детей)
3. Повышение уровня жизни населения
4. Решение квартирной проблемы
5. Изменение установок общества относительно количества детей в семье (мода на многодетность)
6. Качественное медицинское обслуживание
7. Доступность бесплатного образования для детей
8. Создание условий самообеспечения семьи
9. Дополнительные принудительные меры государства (налоги на бездетность и т.п.)
10. Другое _____

18. Что, на Ваш взгляд, препятствует увеличению рождаемости в нашей стране? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Риск остаться без работы
2. Плохие жилищные и материальные условия большинства семей
3. Нестабильное экономическое положение
4. Рождение неполноценного ребенка
5. Заботы, связанные с уходом за детьми
6. Приоритет карьеры, стремление «пожить для себя»
7. Неуверенность в завтрашнем дне
8. Другое _____

19. Как Вы считаете, увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка будут способствовать увеличению рождаемости в нашей стране?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

20. Учитывая принятие мер, описанных выше (увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), лично Вы увеличите число детей в своей семье?

1. Нет (детей уже достаточно)
2. Нет (принятых шагов недостаточно)
3. Да, детей не планировали (сомневались), но теперь приняли решение о рождении ребенка
4. Да (детей будет на 1 больше запланированного числа)
5. Да (детей будет на 2 больше запланированного числа)
6. Да (детей будет на 3 и более больше запланированного числа)
7. Эти меры лично для меня не имеют решающего значения при планировании числа детей
8. Затрудняюсь ответить

21. Лично Вы с учетом льготных условий ипотечного кредитования (5% ставка на 20 лет (от 11,5% в 2007 году), частичное погашение с рождением 2-го и полное погашение долга с рождением 3-го ребенка) увеличите число детей до 3-х в своей семье?

1. Да
2. Нет
3. Свой вариант _____
4. Затрудняюсь ответить

Раздел II. Репродуктивное поведение

22. Оцените по 5-балльной шкале степень Вашей информированности по перечисленным проблемам (где 1 – плохо информирован, 5 – очень хорошо информирован):

Информация	Плохо информирован		Очень хорошо информирован		
	1	2	3	4	5
О путях заражения ВИЧ/СПИДом	1	2	3	4	5
О первых признаках венерических заболеваний	1	2	3	4	5
О средствах предохранения от инфекций, передающихся половым путем (ИППП)	1	2	3	4	5
О средствах предохранения от нежелательной беременности	1	2	3	4	5
О последствиях аборта	1	2	3	4	5
О родах	1	2	3	4	5

23. Знаете ли Вы о влиянии воспалительных заболеваний и инфекций, передающихся половым путем, на репродуктивное здоровье (здоровье будущих детей)?

1. Ничего не знаю
2. Что-то слышал
3. Знаю, но не достаточно хорошо
4. Знаю достаточно хорошо

24. Если знаете, укажите, откуда Вы получили эту информацию:

1. Медицинские работники
2. Учителя
3. Специальная литература, телевизионные передачи
4. Родители
5. Друзья
6. Другое _____

25. Считаете ли Вы допустимым искусственное прерывание беременности?

1. Да
2. Нет (переходите к вопросу № 28)
3. Да, при определенных обстоятельствах

26. При каких обстоятельствах Вы считаете допустимым искусственное прерывание беременности абортom? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Беременность представляет угрозу для жизни женщины
2. Плод имеет порок в развитии
3. Беременность – результат изнасилования

4. Беременность может повредить здоровью женщины
5. Женщина не замужем
6. Материальные трудности семьи
7. По настоянию родителей, родственников, молодого человека
8. Другое _____

27. Если Вы против аборта, то почему? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Аборт недопустим, так как он опасен для здоровья женщины
2. Аборт увеличивает риск возникновения бесплодия
3. Аборт – это аморальное действие
4. Аборт – это убийство будущего ребенка
5. Религиозный запрет
6. Другое _____

28. Как Вы поступите в случае неожиданной беременности (Вашей партнерши)?

1. Сделаю аборт (посоветую сделать аборт)
2. Буду рожать (посоветую рожать)
3. Затрудняюсь ответить

29. Гарантия получения минимального денежного пособия и продуктового набора в период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком могла бы Вам помочь отказаться от аборта в случае незапланированной беременности?

1. Да
2. Нет
3. Свой вариант _____
4. Затрудняюсь ответить

Раздел III. Сексуальная активность

30. Каков, на Ваш взгляд, оптимальный возраст для начала сексуальных отношений?

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 17 лет и ранее | 4. 25 – 29 лет |
| 2. 18 – 19 лет | 5. 30 лет и старше |
| 3. 20 – 24 года | 6. Затрудняюсь ответить |

31. С какого возраста Вы живете половой жизнью?

- | | |
|--------------|---|
| 1. До 15 лет | 4. С 17 лет |
| 2. С 15 лет | 5. С 18 лет и старше |
| 3. С 16 лет | 6. Не живу половой жизнью (переходите к вопросу № 34) |

32. Использовали ли Вы (или Ваш партнер/партнерша) какой-либо метод предупреждения беременности при первом половом контакте?

1. Нет
2. Да (ниже отметьте, что именно)
 - а. Презервативы
 - б. Прерванный половой акт
 - в. Таблетки (гормональные средства)
 - г. «Безопасные дни»
 - д. ВМС (внутриматочную спираль)
 - е. Спермицидные средства (пена, крем, гель)
 - ж. Другое

33. Каков характер Ваших отношений с партнером/партнершей?

1. Состоим в зарегистрированном браке
2. Живем вместе, но в браке не состоим
3. Часто встречаемся
4. Контакты непостоянные, случайные

34. Укажите, пожалуйста, пользуетесь ли Вы (Ваш партнер/партнерша) средствами контрацепции и как часто вы их применяете

Средство	Частота применения			
	вообще не пользуюсь	иногда	очень часто	всегда
Презервативы	1	2	3	4
Прерванный половой акт	1	2	3	4
Таблетки (гормональные средства)	1	2	3	4
«Безопасные дни»	1	2	3	4
ВМС (внутриматочную спираль)	1	2	3	4
Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1	2	3	4
Другое (укажите)	1	2	3	4

35. С какой целью Вы их используете? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Предохранение от нежелательной беременности
2. Профилактика заболеваний, передающихся половым путем
3. По причине имеющихся у Вас заболеваний
4. Максимальная защита своего здоровья

36. Если Вы не пользуетесь ни одним средством, то укажите, пожалуйста, почему? (отметьте все, что Вас касается)

1. Не хочется
2. Недостаточная, неполная информированность по использованию, подбору современных средств контрацепции

3. Моральная неподготовленность
4. Нежелание партнера применять контрацептивы
5. Высокая стоимость
6. Отсутствие в продаже нужных контрацептивных средств
7. Вы считаете, что контрацептивы вредны для здоровья
8. Недостаточная надежность
9. Неудобство и сложность применения
10. Другое (напишите)_____

37. Делали ли Вы когда-нибудь аборт для прерывания беременности?

- | | |
|----------------|-------------------------|
| 1. Нет | 4. Да (3 раза) |
| 2. Да (1 раз) | 5. Да (4 раза и более) |
| 3. Да (2 раза) | 6. Не знаю (для мужчин) |

38. Инициатором аборта были:

1. Вы
2. Партнер/партнерша
3. Вы и партнер/партнерша
4. Родственники
5. Врач
6. Другое_____

Раздел IV. Сообщите, пожалуйста, о себе

39. Ваш пол

1. Мужской 2. Женский

40. Возраст _____

41. Сколько детей в семье, в которой Вы выросли? _____

42. Ваше образование:

1. Незаконченное среднее, среднее
2. ПТУ
3. Техникум
4. Незаконченное высшее
5. Высшее

43. Верующий ли Вы человек?

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

44. Род занятий?

1. Студент (учащийся)
2. Рабочий, крестьянин (сельскохозяйственный работник)
3. Служащий
4. Интеллигент (учитель, врач, научный работник, журналист и т.д.)
5. Руководитель государственного предприятия, коммерческой структуры
6. Предприниматель, имеющий свое дело
7. Военнослужащий, сотрудник органов охраны общественного порядка
8. Безработный (официально зарегистрированный)
9. Неработающий
10. Домохозяйка
11. Другое _____

45. Если Вы работаете, укажите Ваш должностной статус:

1. Молодой специалист
2. Специалист с опытом работы
3. Руководитель низшего звена
4. Руководитель среднего звена
5. Руководитель высшего звена

46. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует денежные доходы Вашей семьи?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

Спасибо за помощь!

Приложение 5

Таблица 1. **Младенческая смертность по основным классам причин**
(на 1000 родившихся живыми)

Год	Причины смерти					
	Умершие в возрасте до 1 года от всех причин	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	Врожденные аномалии развития, деформации	Болезни органов дыхания	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	Несчастные случаи, отравления и травмы
1980	220,7	52,0	34,5	78,3	31,2	10,5
1990	174	80,1	37,0	24,7	13,4	7,1
1995	181,2	78,5	41,8	24,2	12,7	10,1
1996	173,7	75,3	41,1	22,0	12,1	9,4
1997	171,5	72,4	42,0	22,6	10,8	10,0
1998	164,9	69,9	40,5	20,5	10,4	9,9
1999	169,1	71,0	38,7	21,0	11,4	11,2
2000	153,3	67,7	35,5	16,5	9,2	9,7
2001	146,5	66,4	34,4	14,4	8,0	9,2
2002	133,1	61,6	31,3	12,2	6,7	8,2
2003	123,1	57,0	30,2	10,5	5,9	8,6
2004	115,7	51,9	28,0	9,6	5,4	8,0
2005	109,7	49,1	26,9	8,3	5,0	7,6
2006	102,2	47,3	24,5	7,8	4,1	6,7
2007	93,6	42,9	22,7	6,9	3,8	6,4

Источник: Российский статистический ежегодник. 2007, 2008: стат.сб. / Росстат. – М., 2007, 2008.

Таблица 2. **Ожидаемая продолжительность жизни населения в России и в странах ЕС (лет)**

Страны	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Россия	69,28	64,67	65,43	65,37	66,67	67,51
Муж	63,79	58,3	59,15	58,98	60,47	61,39
Жен	74,42	71,71	72,36	72,4	73,27	73,9
Страны ЕС	75,18	76,1	77,5	78,7	79,02	79,09
Муж	71,61	72,53	74,17	75,54	75,89	75,97
Жен	78,68	79,6	80,72	81,69	82,05	82,13

Источники: ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных ЗДВ, январь 2009 г.; Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: стат.сб. / Росстат. – М., 2007. – 991 с. (С. 84-85).

Таблица 3. **Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в федеральных округах (лет)**

Год	Россия	Федеральный округ						
		Центральный	Северо-Западный	Южный	Приволжский	Уральский	Сибирский	Дальневосточный
1998	67,02	67,25	67,19	67,79	67,55	67,08	65,70	65,19
2000	65,34	66,07	64,52	67,27	65,54	64,56	63,66	63,17
2002	64,82	65,05	64,14	67,04	65,32	64,94	63,47	63,49
2003	65,07	65,81	63,43	67,49	65,29	64,79	63,17	62,42
2005	65,30	66,29	64,02	68,06	65,26	65,22	62,75	62,24
2006	66,60	67,34	65,55	68,84	66,48	66,75	64,65	63,87
2007	67,51	68,11	66,99	69,70	67,20	67,64	65,74	64,87

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат.сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с. (С. 68-69); Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: стат.сб. / Росстат. – М., 2008. – 991 с. (С. 84-85).

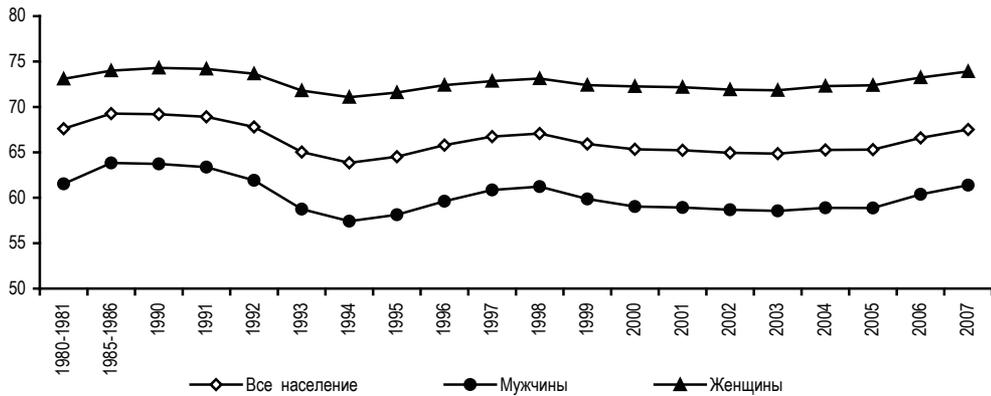


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)

Источник: Демографический ежегодник России. 2008: стат.сб. / Росстат. – М., 2008. – 557 с. (С. 103).

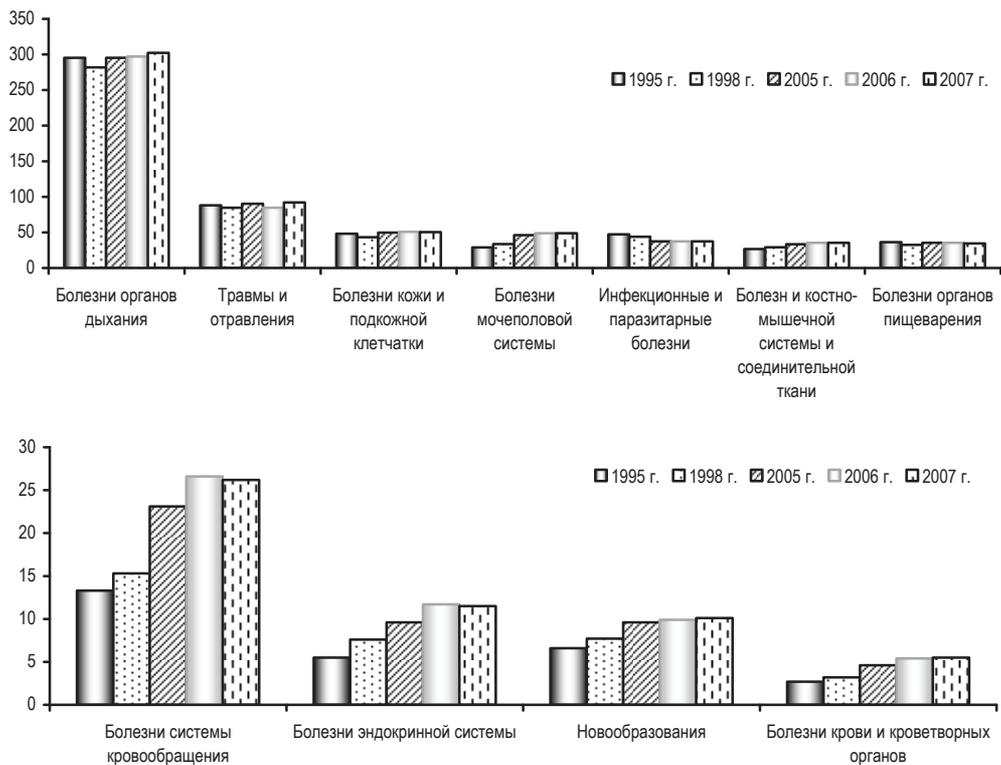


Рис. 2. Заболеваемость населения на 1000 человек населения по основным классам болезней (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с. (С. 308); Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 966 с. (С. 316).

Таблица 4. Заболеваемость на 1000 человек населения
(зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

Год	Россия	Центральный ФО		Северо- Западный ФО		Южный ФО		Приволжский ФО		Уральский ФО		Сибирский ФО		Дальне- восточный ФО	
	на 1000	на 1000	R	на 1000	R	на 1000	R	на 1000	R	на 1000	R	на 1000	R	на 1000	R
1992	615,6	603,2	2	628,2	3	525,3	1	635,1	4	651,7	6	644,6	5	673,0	7
1995	678,8	676,9	2	697,5	4	567,0	1	738,4	7	704,9	5	688,2	3	707,6	6
1998	670,4	677,4	4	696,0	6	561,0	1	734,8	7	689,3	5	639,4	2	653,6	3
1999	710,0	725,1	4	736,3	5	588,8	1	770,0	7	744,3	6	680,6	3	667,9	2
2000	735,7	734,6	4	754,2	5	618,9	1	790,5	7	785,5	6	729,8	3	713,4	2
2001	725,6	734,0	4	736,7	5	626,1	1	770,4	7	743,7	6	724,3	3	707,3	2
2002	747,0	747,5	4	744,8	3	666,1	1	784,5	7	758,7	5	764,5	6	734,5	2
2003	748,6	733,2	2	762,8	3	643,1	1	798,2	7	778,4	6	775,8	5	769,2	4
2004	744,9	720,9	2	749,9	3	651,8	1	799,6	7	774,1	5	776,6	6	758,6	4
2005	745,9	706,5	2	763,1	4	656,4	1	809,2	7	779,9	6	777,0	5	755,6	3
2006	763,9	718,3	2	805,5	4	655,5	1	837,3	7	802,5	6	801,5	5	765,0	3
2007	771,0	722,8	2	805,1	4	655,4	1	852,6	7	813,1	6	809,1	5	784,5	3

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с. (С. 306-307); Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 991 с. (С. 314-315).

Таблица 5. Количество ВИЧ-инфицированных в России

Год	Число инфицированных ВИЧ				Из них больных СПИДом			
	Всего	Детей	Из них умерло		Всего	Детей	Из них умерло	
			Всего	Детей			Всего	Детей
1994	887	265	364	132	420	180	297	118
1995	1 090	266	407	133	464	181	328	119
1996	2 603	272	503	136	515	184	366	122
1997	6 918	285	779	139	650	187	468	123
1998	10 889	300	1 044	141	729	188	528	124
1999	30 647	411	1 785	144	839	188	615	124
2000	89 808	618	3 452	148	1 002	191	741	126
2001	177 579	941	5 327	158	1 126	195	839	130
2002	227 502	1 077	6 164	160	1 199	196	891	131
2003	263 898	1 172	6 744	164	1 296	197	953	131
2004	296 045	1 558	7 230	168	1 369	199	990	132
2005	300 252	1 564	7 253	168	1 376	199	992	132
2006	373 718	2 545	16 791	206	3 352	226	2 556	147
2007	403 100	2 636	19 924	219	3 639	232	2 801	151
2008, июнь	433 827	2 830	27 341	275	4 655	244	3 722	168

Источник: Информационные бюллетени Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом за 1994 – 2008 гг. – URL: <http://www.hivrusia.ru/stat/2008.shtml>

Таблица 6. Динамика численности населения (по состоянию на 1 января, тыс. чел.)

Территория	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Снижение за 10 лет
Вологодская область	1 338,5	1 332,9	1 319	1 290	1 279	1 267	1 256	1 245	1 235	1 228	1 222,9	115,6
Российская Федерация	147 802	147 539	146 900	145 600	145 600	145 000	144 200	143 500	142 800	142 200	142 000	5 802,0

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2000; Статистический ежегодник Вологодской области. Вологда, 2008; Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. – М., 2004; Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. – М., 2008.

Таблица 7. Структура основных причин смерти населения Вологодской области за десять лет

Нозоформы	1998 г.		2003 г.		2008 г.	
	на 100 тыс. нас.	Ранг	на 100 тыс. нас.	Ранг	на 100 тыс. нас.	Ранг
Болезни системы кровообращения	868,9	1	1 094,2	1	939,3	1
Новообразования	201,6	2	222,4	3	215,9	2
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	184,5	3	298,4	2	196,5	3
Болезни органов пищеварения	31,7	5	96,5	4	89,1	4
Болезни органов дыхания	49,5	4	83,6	5	59,3	5
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	6,3	6	17,8	6	14,3	6

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2008.

Таблица 8. Структура заболеваемости населения региона*

Нозоформы	1998 г.		2004 г.		2008 г.	
	на 1000 нас.	Ранг	на 1000 нас.	Ранг	на 1000 нас.	Ранг
Болезни органов дыхания	347,1	1	369,5	1	374,6	1
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	86,7	2	84,3	2	90,4	2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	46,9	3	54,2	3	51,6	3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	44,3	4	41,3	4	43,4	4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	33,0	5	34,3	6	41,4	5
Болезни мочеполовой системы	26,4	6	37,8	5	39,0	6

*Первые 6 мест.
Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2008.

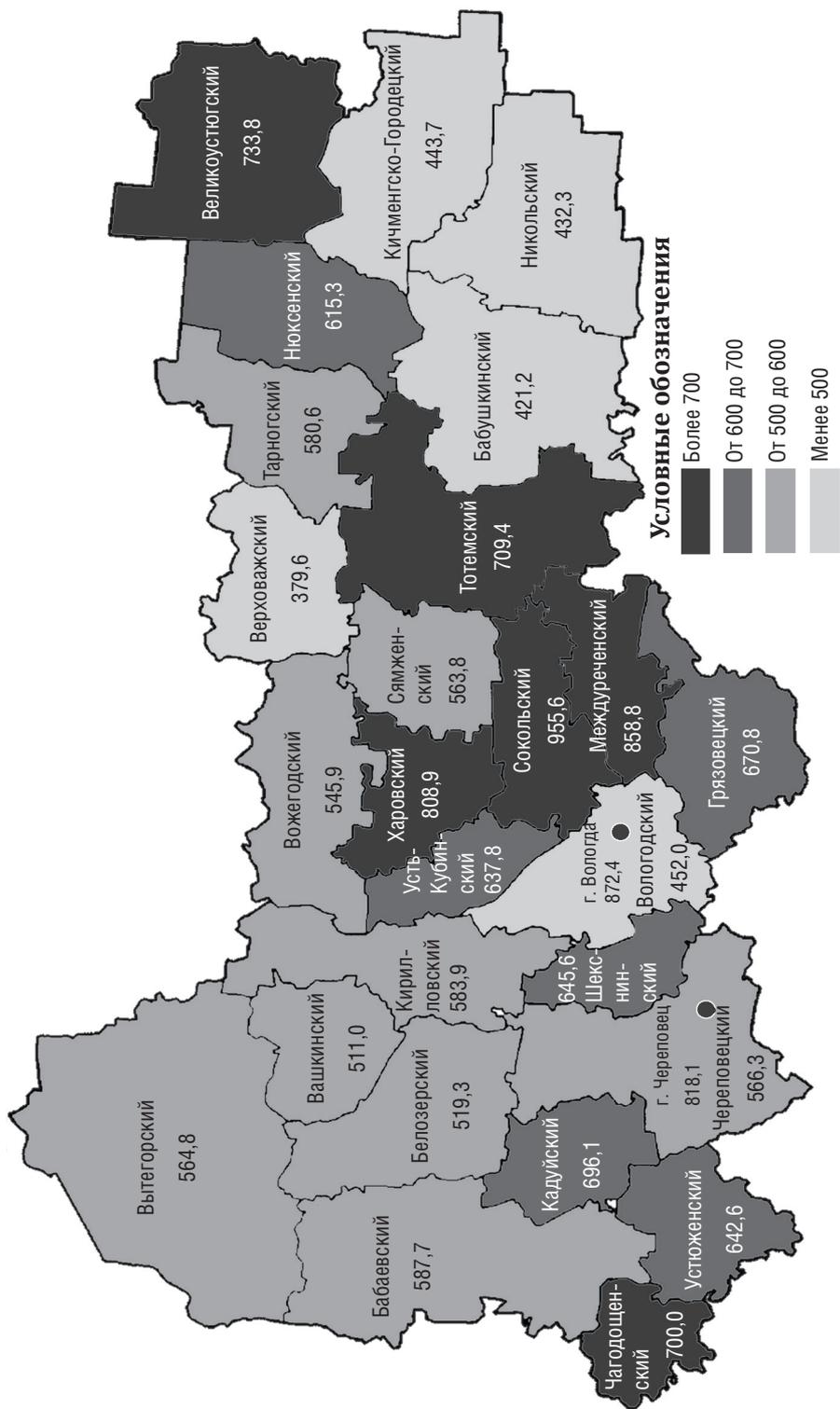


Рис. 3. Заболеваемость населения Вологодской области в разрезе муниципальных образований в 1998 г. (на 1000 населения)

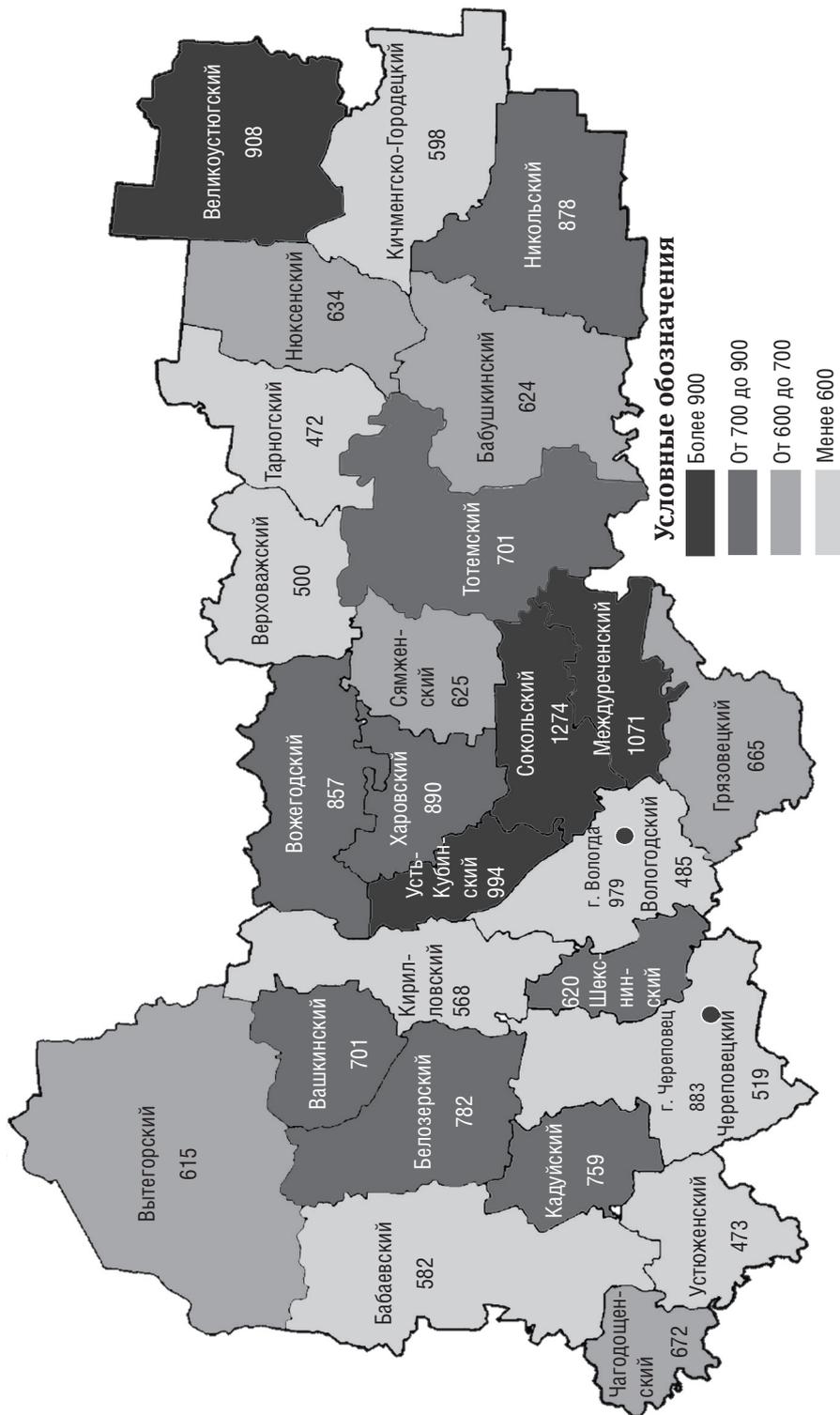


Рис. 4. Заболеваемость населения Вологодской области в разрезе муниципальных образований в 2008 г. (на 1000 населения)

Таблица 9. Численность лиц, впервые признанных инвалидами, в Вологодской области (на 10 тыс. взрослого населения)

Показатели	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2008 г. к 1998 г., в %
Инвалидность взрослого населения	124,4	109,9	160,9	173,7	152,8	158,1	204,5	132,5	126,6	100,1	97,8	79
В т. ч. в связи:												
– со злокачественными новообразованиями	12,8	12,0	14,7	15,5	14,7	15,2	16,5	14,4	15,4	13,7	14,3	112
– по причине травм	7,7	6,5	8,2	8,2	8,1	9,2	9,3	7,5	7,6	6,6	6,5	84
– с болезнями системы кровообращения	57,4	51,6	91,8	100,5	89,4	88,7	126,3	73,8	64,2	48,2	46,3	81
Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 г. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2007, 2008.												

Таблица 10. Показатели первичного выхода на инвалидность взрослого населения Вологодской области в разрезе муниципальных образований в 2008 г. (на 10 тыс. нас.)

Выше среднеобластного уровня	Показатель	Близко или равно среднеобластному уровню	Показатель	Ниже среднеобластного уровня	Показатель
Верховажский район	155,0	Устюженский район	103,4	Грязовецкий район	97,0
Междуреченский район	153,6	г. Вологда	102,2	Тотемский район	92,3
Харовский район	136,8	К.-Городецкий район	98,9	Череповецкий район	89,8
Усть-Кубинский район	136,1	Вологодский район	98,4	г. Череповец	80,1
Бабаевский район	131,6	Вытегорский район	97,6	Бабушкинский район	78,4
Сокольский район	127,8			Никольский район	74,3
Вожегодский район	126,6			Шекснинский район	57,3
Кирилловский район	122,5			Белозерский район	53,2
Сямженский район	122,4				
Кадуйский район	115,1				
Нюксенский район	115,1				
Вашкинский район	114,1				
Тарногский район	111,0				
Великоустюгский район	110,3				
Чагодощенский район	109,8				
В среднем по области – 97,8					
Полужирным курсивом выделены муниципальные образования, в которых произошло увеличение показателя инвалидности по сравнению с 1998 г.					

**Таблица 11. Ожидаемая продолжительность жизни населения
Вологодской области (лет)**

Контингенты	Год										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Все население	67	65	66	64	64	62	63	63	65	67	67
Мужчины	61	59	59	58	57	56	56	56	58	60	60
Женщины	73	72	73	72	72	71	72	72	73	74	74
Справочно, все население:											
Россия	67	69	65	65	65	65	65	65	67	68	68
Страны ЕС	76,8	77,0	77,5	77,8	77,8	77,9	78,3	78,3	79,02	79,09	н.д.

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2000; Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2008; Демографический ежегодник России. – М., 2008; ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных, март, 2009 г. – URL: <http://www.euro>.

**Таблица 12. Средний балл оценки частоты болезни в зависимости
от ее тяжести***

Тяжесть болезни	Год	Средний балл
Недомогания (головные боли, общая слабость, обострения хронических болезней, травм, ран и т.д.), быстро проходящие под воздействием массажа, лекарств или сами по себе, не снижающие в целом трудоспособности	2008	2,8
	2007	3,0
	2006	2,9
	2005	3,1
	2004	3,0
	2003	3,0
	2002	3,0
Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	2008	2,5
	2007	2,6
	2006	2,5
	2005	2,7
	2004	2,6
	2002	2,7
Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишаящие возможности заниматься самообслуживанием, делать домашние дела, готовить пищу и т.д.	2008	1,8
	2007	1,8
	2006	2,0
	2005	2,0
	2004	2,0
	2002	2,0
Болезни, приковывающие к домашней постели, приводящие к полной потере способности ухода за собой, требуется обслуживание со стороны близких или других людей – сиделок и т. д., лечиться в стационаре	2008	1,3
	2007	1,3
	2006	1,5
	2005	1,5
	2004	1,5
	2002	1,4

* Средний балл рассчитан исходя из следующей шкалы: 1 – никогда, 2 – раз в год и реже, 3 – несколько раз в год, 4 – почти ежемесячно.
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области ИСЭРТ РАН.

Таблица 13. Распространенность убийств и чувство безопасности населения
Вологодской области

Показатели	Год										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Смертность от убийств в Вологодской области (умерших на 100 тыс. нас.)	21,2	26,2	26,1	33,1	24,7	25,1	21,4	22,9	22,9	16,6	14,2
Доля жителей области, чувствующих себя в безопасности на улице вечером (в % от числа опрошенных)	33,2	26,6	34,8	30,0	33,5	41,2	35,5	39,2	44,8	40,4	48,4
<i>Справочно: смертность от убийств по РФ (умерших на 100 тыс. нас.)</i>	22,9	26,2	28,2	29,6	30,7	29,1	27,3	24,9	20,2	18,0	17,0
Источники: Ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – С. 363; Мониторинг общественного психического здоровья, 1999 – 2009.											

Таблица 14. Распространенность факторов риска в группах населения
Вологодской области с разным уровнем дохода (позиция «да, присутствует», в %)

Факторы риска 100%	Доходные группы			Индекс здоровья
	20% наименее обеспеченных	60% средне- обеспеченных	20% наиболее обеспеченных	
Факторы риска 1 группы	78,4	69,5	57,8	0,62
Из них: образование ниже среднего	46,8	42,0	31,7	0,61
некомфортность жилья	47,2	36,1	38,1	0,64
неудовлетворительное питание	28,0	20,8	5,5	0,55
Факторы риска 2 группы	95,4	93,0	88,1	0,63
Из них: курение	43,6	28,5	34,9	0,65
употребление алкогольных напитков	62,8	61,6	68,3	0,65
низкая физическая активность	60,1	55,3	51,4	0,63
отсутствие профилактики основных болезней	68,3	61,9	52,3	0,64
Факторы риска 3 группы	47,7	58,8	48,6	0,58
Из них: наличие хронических заболеваний	29,4	37,1	33,9	0,57
возраст	31,2	44,7	30,7	0,57

Приложение 6

Таблица 1. Структура заболеваемости детей 0 – 14 лет в Российской Федерации

Классы заболеваемости	Уровень заболеваемости на 100 тыс. детей		Ранг		2007 г. к 1998 г., в %
	1998 г.	2007 г.	1998 г.	2007 г.	
Болезни органов дыхания	77 916,5	105 580,1	1	1	136
Травмы, отравления и др. последствия воздействия внешних причин	8 463,7	10 239,1	4	2	121
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6 930,7	9 564,4	5	3	138
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9 647,1	9 006,5	3	4	93
Болезни органов пищеварения	6 081,9	8 581,8	6	5	141
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2 553,2	3 877,0	7	6	152
Болезни нервной системы	9 894,8	3 810,1	2	7	39
Болезни мочеполовой системы	1 857,3	3 073,5	8	8	165
Болезни крови, кроветворных органов	957,4	1 983,3	10	9	207
Болезни эндокринной системы	1 323,3	1 866,0	9	10	141

Источники: Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 1998, 2000; Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области: стат. сб. – Вологда, 1999.

Таблица 2. Структура заболеваемости детей 0 – 14 лет в Вологодской области

Классы заболеваемости	Уровень заболеваемости на 100 тыс. детей		Ранг		2007 г. к 1998 г., в %
	1998 г.	2007 г.	1998 г.	2007 г.	
Болезни органов дыхания	95 947,2	137 581,6	1	1	143
Травмы, отравления и др. последствия воздействия внешних причин	9 142,9	14 191,1	4	2	155
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9 653,2	12 735,3	3	3	132
Болезни кожи и подкожной клетчатки	7 037,8	10 400,0	5	4	148
Болезни органов пищеварения	5 128,7	7 661,5	6	5	149
Болезни нервной системы	13 868,6	5 378,9	2	6	39
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2 947,2	4 288,0	7	7	145
Болезни крови, кроветворных органов	1 876,1	2 970,9	8	8	158
Болезни мочеполовой системы	1 390,6	2 347,5	10	9	169
Болезни эндокринной системы	1 849,0	2 162,9	9	10	117

Источники: Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 1998, 2000; Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области: стат. сб. – Вологда, 1999.

Таблица 3. Структура заболеваемости подростков 15 – 17 лет в Российской Федерации и Вологодской области в 2007 году

Классы заболеваемости	РФ*		ВО	
	Уровень заболеваемости на 100 тыс. детей	Ранг	Ранг	Уровень заболеваемости на 100 тыс. детей
Болезни органов дыхания	52 480,0	1	1	76 166,1
Травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин	12 250,0	2	2	11 401,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	7 540,0	3	3	6 938,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	4 700,0	7	4	5 139,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	5 240,0	6	5	4 766,1
Болезни мочеполовой системы	5 480,0	5	6	4 575,1
Болезни органов пищеварения	6 010,0	4	7	4 408,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	2 490,0	10	8	4 135,3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4 260,0	8	9	3 551,8
Болезни нервной системы	3 100,0	9	10	2 628,4

*По статистическим данным на конец 2006 года.
 Источники: Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 1998, 2000; Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области: стат. сб. – Вологда, 1999.

Таблица 4. Обеспеченность врачами-педиатрами (на 10 тыс. нас.) в Вологодской области, 2008 г.

Муниципальное образование	Показатель	Муниципальное образование	Показатель
Ниже среднеобластного показателя		Выше среднеобластного показателя	
Никольский	3,3	г. Вологда	23,6
Бабушкинский	3,4	г. Череповец	22,4
Сямженский	5,0	Междуреченский	20,7
Вожегодский	5,7	Великоустюгский	18,3
Тотемский	5,7	Сокольский	18,2
Бабаевский	6,6	Устюженский	17,2
Кичм.-Городецкий	6,6	Кадуйский	14,7
Белозерский	8,2	Чагодощенский	14,6
Нюксенский	8,3	Верховажский	14,3
Харовский	8,3	Кирилловский	11,9
Вологодский	9,2	Усть-Кубинский	11,6
Тарногский	9,5	Вашкинский	11,6
Шекснинский	9,5	Грязовецкий	11,2
Вытегорский	9,9		
Череповецкий	10,3		

Таблица 5. Динамика оценок доступности медицинских услуг за 1998 – 2009 гг. (средний балл по 10-балльной шкале, все когорты детей)

Показатель	Год				
	1998	2001	2004	2007	2009
Доступность лабораторно-диагностического обследования	7,2	7,5	6,6	6,9	6,6
Доступность своевременной помощи врача-педиатра	8,1	8,0	8,0	8,1	8,1
Доступность квалифицированной консультации врачей-специалистов	7,3	7,3	5,5	5,1	5,6
Доступность помощи врачей-специалистов	6,2	6,9	5,2	4,8	5,3
Доступность информации по вопросам ухода за ребенком в случаях заболевания	7,4	6,5	7,3	7,6	7,6

Приложение 7

Таблица 1. Оценка удовлетворенности доступностью и качеством медицинского обслуживания жителей регионов СЗФО (2008 г., в % от числа опрошенных)

Регион	Доступность медицинского обслуживания		Качество медицинского обслуживания	
	Удовлетворены	Не удовлетворены	Удовлетворены	Не удовлетворены
Ленинградская обл.	54,2	19,9	49,3	18,3
г. Санкт-Петербург	52,3	17,5	46,7	18,8
Вологодская обл.	47,0	21,8	46,6	20,4
Псковская обл.	46,6	25,6	45,2	19,4
Республика Коми	36,4	30,2	35,8	23,8
Республика Карелия	34,8	29,2	33,9	24,5
Калининградская обл.	33,0	35,8	30,1	35,6
Новгородская обл.	32,2	32,2	33,1	29,1
Архангельская обл.	30,3	31,2	29,8	27,4
Мурманская обл.	29,5	37,7	26,4	35,6
Среднее по СЗФО	40,0	28,0	38,0	25,0

Источник: Данные мониторинга общественного мнения населения СЗФО.

Таблица 2. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы поступали при необходимости госпитализации, если в больнице не оказывалось мест?» (в % от числа подлежащих госпитализации, без учета затруднившихся ответить)

Поведение пациента	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Использовали «связи»	29,8	39,8	40,6
Упрашивали заведующего отделением или главного врача ЛПУ	28,7	33,2	29,2
Предлагали врачу определенную сумму денег	19,4	12,4	13,2
Обращались с жалобами или с заявлениями в вышестоящие органы	13,8	8,4	17,9
Обращались к специалисту, занимающемуся нетрадиционной медициной	8,2	6,2	5,7
Всего попадали в такую ситуацию	43,2	44,3	45,8

Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.

Таблица 3. Распределение ответов на вопрос: «Вы бы приобрели полис добровольного медицинского страхования при двух- или трехкратном увеличении доходов?» (в % от числа опрошенных)

Группы по уровню среднедушевого дохода		2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Доля желающих приобрести полис ДМС	20% наименее обеспеченных	48,8	51,7	46,8	44,8
	60% среднеобеспеченных	61,5	57,9	46,2	50,0
	20% наиболее обеспеченных	61,7	72,3	59,2	70,0
	Всего	55,5	55,2	45,8	51,8
Доля не желающих приобрести полис ДМС	20% наименее обеспеченных	51,2	48,3	53,2	55,2
	60% среднеобеспеченных	38,5	42,1	53,8	50,0
	20% наиболее обеспеченных	38,3	27,7	40,8	30,0
	Всего	40,3	40,2	51,3	45,7

Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.



**Максимальный радиус обслуживания ЦРБ населения районов
Вологодской области (км) в 2008 г.**

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2008 г. – Вологда, 2009.

Таблица 4. Количество коек по специализации в больницах Вологодской области

Специализация койки	1998 г.	2007 г.	Динамика, в %
Терапевтические	1 588	1 204	-24
Психоневрологические	1 790	1 403	-22
Хирургические	1 278	936	-27
Гинекологические	836	652	-22
Общие	577	274	-53
Туберкулезные	525	505	-4
Кардиологические	456	437	-4,2
Сестринского ухода	391	684	75
Офтальмологические	245	250	2
Онкологические	227	328	45
Дерматовенерологические	150	140	-7
Ортопедические	90	30	-67

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1997 и 2007 г. – Вологда, 2008.

Таблица 5. Подушевые затраты здравоохранения области за период с 2003 по 2006 г.

Муниципальное образование	2003 г.	Рейтинг	2004 г.	Рейтинг	2005 г.	Рейтинг	2006 г.	Рейтинг	Средний рейтинг
Междуреченский	2 491,58	6	3 502,97	5	4 216,63	3	3 707,42	3	4,3
г. Череповец	3 061,29	2	4 210,72	1	4 544,20	2	3 161,36	15	5
Вашкинский	2 491,21	7	3 858,30	3	4 040,02	7	3 531,97	5	5,5
Нюксенский	3 253,61	1	3 148,55	11	3 901,92	9	3 577,90	4	6,3
Кирилловский	2 648,01	3	3 262,01	8	4 008,02	8	3 195,79	13	8
Великоустюгский	2 308,91	8	3 169,09	9	4 799,71	1	3 169,94	14	8
Усть-Кубинский	2 559,80	4	3 518,82	4	2 146,51	27	4 412,12	2	9,3
Харовский	2 558,68	5	3 113,61	12	3 679,34	11	3 276,57	11	9,8
Шекснинский	1 865,74	20	2 789,86	17	4 203,87	4	4 522,85	1	10,5
Сямженский	2 098,61	11	3 479,71	6	2 871,01	23	3 480,62	6	11,5
Тарногский	1 929,92	17	3 044,08	13	4 041,32	6	3 280,18	10	11,5
Кичм.-Городецкий	2 097,52	12	2 814,96	16	3 683,36	10	3 268,90	12	12,5
г. Вологда	1 801,85	21	3 893,99	2	2 992,06	22	3 397,51	8	13,3
Сокольский	1 765,61	22	3 155,14	10	3 659,30	12	3 286,39	9	13,3
Бабушкинский	2 071,05	13	2 781,62	18	3 342,88	16	3 409,87	7	13,5
Вожегодский	2 123,37	10	3 004,86	14	3 069,71	20	3 141,22	16	15
Белозерский	2 202,43	9	2 699,91	20	3 629,68	13	3 092,68	18	15
Бабаевский	1 964,83	15	2 586,03	23	3 453,65	15	3 063,55	20	18,3
Устюженский	1 957,28	16	2 512,43	24	4 071,84	5	2 500,56	28	18,3
Тотемский	1 752,45	23	2 957,74	15	3 046,73	21	2 993,85	22	20,3
Верховажский	1 649,29	25	2 650,00	22	3 553,55	14	3 002,31	21	20,5
Чагодощенский	1 640,92	26	2 677,74	21	3 342,85	17	3 076,12	19	20,8
Вологодский	1 002,83	28	3 371,13	7	1 707,27	28	2 883,57	23	21,5
Кадуйский	1 890,21	19	2 158,22	27	3 172,27	18	2 876,19	24	22
Череповецкий	1 908,37	18	1 658,30	28	2 386,93	26	3 122,05	17	22,8
Никольский	1 976,51	14	2 333,93	26	2 643,28	25	2 622,23	26	22,8
Грязовецкий	1 430,86	27	2 777,55	19	2 772,68	24	2 680,31	25	23,8
Вытегорский	1 677,27	24	2 453,61	25	3 114,45	19	2 576,10	27	23,8
Всего в среднем	2 077,9		2 985,2		3 432		3 225,4		

Источник: Данные Департамента здравоохранения Вологодской области.

Таблица 6. **Обеспеченность населения койками дневного пребывания**
(на 10 тыс. чел.)

Муниципальное образование	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Рейтинговый балл
<i>Усть-Кубинский</i>	–	9,5	18,2	20,5	20,7	1
<i>Междуреченский</i>	19	19	20	20,2	20,6	2
<i>Чагодощенский</i>	–	9,3	16,4	16,7	20,3	3
<i>г. Вологда</i>	11,4	16,8	19,1	18,4	19,9	4
<i>г. Череповец</i>	14,4	14,1	16	18	19,7	5
Тотемский	–	3,6	8,4	12,3	17	6
Белозерский	–	4,7	8,1	14,1	16,7	7
Нюксенский	–	7,7	12,9	16,4	16,5	8
Великоустюгский	2,9	9,4	12,4	13,8	16	9
Шекснинский	9,4	6,3	11,2	14,1	15,6	10
Бабаевский	7,8	7,8	9,4	11,6	13	11
Сокольский		1,7	5,3	9	12,7	12
Череповецкий	–	2,4	3,5	5,5	11,8	13
Вашкинский	–	3,8	7,1	10,2	10,4	14
Кичменгско-Городецкий	–	4,2	6,9	9,2	10,3	15
Тарногский	–	6,4	9,9	10	10,2	17
Никольский	–	3,6	5	10,1	10,2	17
Кадуйский	–	5,4	5,5	8,3	8,3	19
Устюженский	–	2,4	4,7	7,2	7,3	18
Кирилловский	–	–	3,8	4,9	6,6	20
Вытегорский	–	–	–	2,6	6,6	20
Грязовецкий	–	1,2	2,5	5	6,3	21
Сямженский	–	–	5,8	5,8	5,9	22
Вожегодский	4,9	-	5,3	10,8	5,5	23

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2007 г. – Вологда, 2007.

Таблица 7. **Финансовые показатели здравоохранения и ранжирование регионов СЗФО в 2006 г.**

Субъект Федерации	Размер государственного финансирования территориальных программ госгарантий (тыс. руб. на чел.)	Рейтинг по СЗФО	Уровень финансовой обеспеченности госгарантий, в %	Рейтинг по СЗФО	Доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения, в %	Рейтинг по СЗФО
РФ	5,2	-	81	-	37,62	-
Архангельская обл.	4,6	6	84	5	31	8
Вологодская обл.	3,1	9	77	9	49	1
Калининградская обл.	5,6	2	72	11	41	3
Ленинградская обл.	4,9	5	86	4	35	7
Мурманская обл.	5,4	3	97	2	38	4
Ненецкий автономный округ	25,3	1	100,4	1	28	9
Новгородская обл.	3,2	8	78	8	43	2
Псковская обл.	3,9	7	88	3	36	6
Р. Карелия	5	4	72,3	10	22,82	10
Р. Коми	5	4	82,19	6	36,75	5

Источник: Здравоохранение в регионах РФ. – URL: http://www.healthreform.ru/stat_data/fin_regions.html.

Методика расчета индексов:

1. Индекс социально-гигиенической информированности рассчитан делением среднего балла оценки осведомленности на максимальный балл (в данном случае на 5), таким образом, лучшая информированность оценивается значением, ближайшим к единице.

2. Индекс рациональности поведения рассчитан по частоте использования контрацептивных средств (средний балл / максимальный балл, в данном случае – 4).

Индексы рассчитывались для каждого респондента по представленным вариантам ответов, затем выводилось среднее значение.

Таблица 8. Влияние курящих членов семьи на приобщение к курению детей (дети в возрасте 13 лет, в % от числа опрошенных, когорта 1995 г. детей)

Курит в семье	Пробовал ли курить ребенок?	
	Да	Нет
Мать		
Да	31,8	68,2
Нет	5,6	94,4
Отец		
Да	59,1	40,9
Нет	45,6	54,4
Дедушка		
Да	18,2	81,8
Нет	16,7	83,3
Бабушка		
Да	18,2	81,8
Нет	2,2	97,8
Сестра, брат		
Да	4,5	95,5
Нет	5,6	94,4

Таблица 9. Социально-гигиеническая информированность рассчитана по вопросу: «Оцените по 5-балльной шкале степень Вашей информированности по перечисленным проблемам (1 балл – плохо информирован, 5 баллов – очень хорошо информирован) в ПО SPSS»

Информация	Плохо информирован		Очень хорошо информирован		
	1	2	3	4	5
1. О путях заражения ВИЧ/СПИДом	1	2	3	4	5
2. О первых признаках венерических заболеваний	1	2	3	4	5
3. О средствах предохранения от инфекций, передающихся половым путем (ИППП)	1	2	3	4	5
4. О средствах предохранения от нежелательной беременности	1	2	3	4	5
5. О последствиях аборта	1	2	3	4	5
6. О родах	1	2	3	4	5

Таблица 10. Рациональность репродуктивного поведения рассчитана по вопросу: «Укажите, пожалуйста, пользуетесь ли Вы (Ваш партнер/партнерша) средствами контрацепции и как часто Вы их применяете?»

Средство	Частота применения			
	Вообще не пользуюсь	Иногда	Очень часто	Всегда
1. Презервативы	1	2	3	4
2. Прерванный половой акт	1	2	3	4
3. Таблетки (гормональные средства)	1	2	3	4
4. «Безопасные дни»	1	2	3	4
5. ВМС (внутриматочную спираль)	1	2	3	4
6. Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1	2	3	4
Другое (укажите)	1	2	3	4

Приложение 8

Стандартизированные коэффициенты социально-экономического развития муниципальных районов Вологодской области (2008 г.)

	З/пл	УрБезр	Инвестиции в основной капитал, тыс. руб.	Пром.	С/х	Бюдж	ОбеспВр	РознТорг	ПлУсл	ЖилОб	Интегральный
<i>Уровень выше среднего</i>											
Чагодощенский	0,831	0,106	1,000	1,000	0,023	0,300	0,384	1,000	0,779	0,720	2,478
Кадуйский	1,000	0,232	0,117	0,529	0,010	1,000	0,286	0,364	0,905	1,000	2,333
Великоустюгский	0,635	0,319	0,170	0,016	0,013	0,367	1,000	0,543	1,000	0,535	2,144
<i>Средний уровень</i>											
Череповецкий	0,782	0,522	0,008	0,014	0,495	0,550	0,216	0,376	0,920	0,626	2,123
Шекснинский	0,816	1,000	0,171	0,275	0,209	0,331	0,302	0,229	0,512	0,430	2,068
Вологодский	0,773	0,270	0,176	0,002	1,000	0,179	0,203	0,228	0,973	0,422	2,056
Бабаевский	0,925	0,423	0,000	0,000	0,013	0,342	0,702	0,420	0,432	0,828	2,021
Кирилловский	0,707	0,146	0,004	0,001	0,046	0,255	0,354	0,648	0,705	0,805	1,916
Тотемский	0,787	0,522	0,022	0,005	0,059	0,268	0,354	0,627	0,406	0,576	1,904
Усть-Кубинский	0,602	0,423	0,401	0,001	0,112	0,205	0,264	0,244	0,316	0,941	1,873
Сокольский	0,646	0,232	0,006	0,140	0,017	0,323	0,662	0,254	0,582	0,629	1,868
<i>Низкий уровень</i>											
Харовский	0,564	0,138	0,007	0,010	0,016	0,119	0,384	0,571	0,521	0,878	1,791
Вытегорский	0,731	0,117	0,647	0,003	0,002	0,087	0,254	0,526	0,272	0,481	1,766
Грязовецкий	0,741	0,123	0,015	0,012	0,194	0,307	0,194	0,568	0,376	0,583	1,765
Нюксенский	0,956	0,585	0,008	0,000	0,021	0,206	0,223	0,192	0,224	0,687	1,761
Бабушкинский	0,465	0,585	0,000	0,000	0,035	0,189	0,216	0,568	0,144	0,832	1,742
Устюженский	0,560	0,130	0,001	0,003	0,104	0,086	0,424	0,201	0,413	0,895	1,679
Вожегодский	0,533	0,123	0,443	0,000	0,026	0,146	0,272	0,268	0,270	0,722	1,674
Тарногский	0,476	0,522	0,002	0,000	0,063	0,161	0,406	0,252	0,065	0,819	1,663
Сямженский	0,745	0,176	0,003	0,000	0,027	0,186	0,321	0,365	0,127	0,803	1,659
Белозерский	0,608	0,155	0,006	0,009	0,013	0,251	0,338	0,247	0,269	0,775	1,634
Вашкинский	0,476	0,111	0,010	0,001	0,017	0,184	0,702	0,290	0,147	0,724	1,632
Междуреченский	0,539	0,176	0,007	0,001	0,090	0,126	0,243	0,458	0,209	0,753	1,613
Кичм.-Городецкий	0,459	0,423	0,000	0,000	0,034	0,125	0,346	0,540	0,046	0,525	1,580
Никольский	0,478	0,468	0,000	0,000	0,038	0,125	0,107	0,462	0,166	0,588	1,560
Верховажский	0,559	0,216	0,009	0,001	0,076	0,131	0,147	0,353	0,049	0,599	1,463

Примечание. Используемые обозначения: З/пл – среднемесячная начисленная заработная плата, руб.; УрБезр – уровень зарегистрированной безработицы, %; Пром – объем промышленной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; С/х – объем сельскохозяйственной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; Бюдж – бюджетная обеспеченность 1 жителя (собственные доходы бюджета района в расчете на 1 жителя), руб.; ОбеспВр – обеспеченность населения врачами (количество врачей на 10000 жителей), ед.; РознТорг – объем розничной торговли в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; ПлУсл – объем платных услуг в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; ЖилОб – жилищная обеспеченность (площадь жилищ в расчете на 1 жителя), кв. м.

Научное издание

Шабунова Александра Анатольевна

**ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ:
СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА**

Редакционная подготовка	Л.Н. Воронина
Технический редактор	А.А. Воробьева
Вёрстка	А.А. Воробьева
	Е.С. Нефедова
Корректор	Л.В. Зарубалова

Подписано в печать 15.04.2010.
Формат бумаги 70×108/16. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 35,7. Печ. л. 25,5. Тираж 400 экз. Заказ № 320.

Институт социально-экономического развития
территорий РАН (ИСЭРТ РАН)
160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а
Телефон: 54-43-85, e-mail: common@vscc.ac.ru

ISBN 978-5-93299-161-9



9 785932 991619