

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН



**А.А. Шабунова,
К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова**

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТЕРРИТОРИЙ

Вологда • 2010

УДК 338.46:614.2
ББК 65.495
Ш13

Печатается по решению
Ученого совета
ИСЭРТ РАН

Шабунова, А.А. Общественное здоровье и здравоохранение территорий [Текст] / А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова; под рук. А.А. Шабуновой. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 284 с.: ил.

Научные консультанты:

доктор экономических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ
В. А. И л ь и н

кандидат медицинских наук, заслуженный врач России
А. А. К о л и н ь к о

В монографии представлены результаты исследований здоровья населения и работы системы здравоохранения. Изложено современное состояние, тенденции и проблемы демографического развития, общественного здоровья населения на мировом, страновом и региональном уровнях. Обоснованы стратегические направления решения выявленных проблем.

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

Рецензенты:

доктор медицинских наук
А. И. П о п у г а е в

кандидат исторических наук, доцент
К. А. Г у л и н

ISBN 978-5-93299-153-4

© Шабунова А.А., Калашников К.Н.,
Калачикова О.Н., 2010
© ИСЭРТ РАН, 2010

К ЧИТАТЕЛЯМ



Будущее Российской Федерации, её инновационное поступательное развитие невозможно без сохранения и преумножения человеческого капитала, который во многом определяется общественным здоровьем населения. Поэтому одной из приоритетных задач государственной власти становится проведение эффективной политики, направленной на сохранение и укрепление здоровья, осознание его ценности большинством населения, формирование ответственности каждого за своё здоровье и здоровье своих детей. В условиях современного финансово-экономического кризиса проблема сохранения здоровья становится ещё более острой, так как чаще возникают ситуации, при которых происходит ухудшение условий и снижение уровня жизни широких слоёв населения.

Предлагаемая монография обобщает материалы многолетних исследований Института социально-экономического развития территорий РАН, посвящённых изучению различных аспектов общественного здоровья и здравоохранения. Внимание авторов сконцентрировано на ключевых проблемах, выявленных на основе развёрнутого анализа общественного здоровья и определяющих его факторов. При этом рассмотрены проблемы различных уровней: межстранового, регионального и индивидуального. Наиболее подробно представлены возможные перспективы

развития общественного здоровья и здравоохранения в регионе. Сделан упор на необходимость межсекторального сотрудничества в деле укрепления общественного здоровья.

Исследования, положенные в основу книги, выполнены при поддержке Департамента здравоохранения Вологодской области и в тесном взаимодействии с ним. Это придаёт результатам представляемой работы не только научную, но и практическую значимость.

Вместе с тем органы исполнительной и представительной власти области получают возможность на базе положений и выводов, представленных в книге, расширить участие всех структур регионального сообщества в выработке действенных мер по укреплению здоровья населения.

***И. Поздняков,**
первый заместитель Губернатора
Вологодской области*

Предисловие

Человечество с каждой ступенью своего развития становится более монолитным, цельным организмом, что подтверждается процессом глобализации. Усиливается взаимозависимость общества и индивида, в том числе и в плане здоровья. Реализация людьми общественных интересов, выполнение социальных задач во многом определяется состоянием 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.

При современном воспроизводстве населения изменились социально-экономические ценности общества, значение и роль человека и социальной сферы в динамике общественного развития. В этих условиях развитая человеческая личность представляет собой важнейший компонент общественного богатства, конечный результат экономического развития. Экспертами Всемирной организации здравоохранения доказано, что улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведёт к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта¹.

В то же время в России продолжительность жизни мужчин в 2008 г. составила 61,8 года, что, по оценкам ВОЗ, сопоставимо с бедными странами Африки. Разрыв между показателями продолжительности жизни российских женщин и мужчин достиг

¹ Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения (гл. 4, с. 138).

невиданной для современной истории развитых стран величины – 13 лет. В трудоспособном возрасте умирает каждый десятый мужчина. Растёт число социальных заболеваний. Туберкулёзом в современной России заболевают на четверть чаще, чем в 80-е гг. XX века, и в десять раз чаще, чем на Западе. Вместе с беднейшими африканскими и азиатскими государствами Российская Федерация входит в чёрный список 15 самых неблагополучных по туберкулёзу стран.

Важнейшей проблемой в сфере здоровья и здравоохранения является системное нарушение прав граждан на охрану здоровья и фактическое неравенство в получении медицинских услуг вопреки установке Всемирной организации здравоохранения: здоровье для всех и каждого. По определению ВОЗ, равенство в здравоохранении – это справедливость и равнодоступность медицинской помощи². В современных российских условиях поддержание здоровья и получение качественного лечения в случае болезни для многих людей оказывается недоступным.

В переходный период 1990-х гг. в России не только снизился уровень здоровья населения, но и сформировалось негативное отношение к сохранению своего здоровья, что отрицательно влияет на формирование здоровья нынешних и отразится на здоровье будущих поколений. Значит, каждое последующее поколение будет иметь меньший уровень биологического человеческого капитала, что определяет и меньшую физическую дееспособность.

В 90-е гг. XX века правительства многих стран начали реализацию национальных программ по борьбе с факторами риска предотвратимых заболеваний и получили значительные результаты. Например, в Финляндии снижение смертности среди мужчин в период с 1970 по 2002 г. достигло 65%³. В то же время в России,

² Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения, Нью-Йорк, 22 июля 1946 года.

³ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2002.

даже в период относительного экономического благополучия (2000 – 2007 гг.), смертность от предотвратимых причин оставалась в 3 – 4 раза выше, чем в развитых странах. Мероприятия, осуществлявшиеся в рамках национального проекта «Здоровье», который стартовал в 2005 г., лишь незначительно смягчили ситуацию, не изменив общего отрицательного тренда.

Для трансформирующейся России все большую актуальность приобретает формирование единой государственной политики сохранения здоровья и развития здравоохранения. В последние годы принят ряд стратегических документов, определяющих векторы дальнейшего социального развития страны, в том числе и в направлении сохранения народонаселения: Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г.,⁴ Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г.⁵ и др. Их реализация должна вывести Россию на качественно новый уровень развития, который обеспечит ей устойчивый долгосрочный рост и возможность достижения лидирующих позиций не только за счёт развития новых технологий, но и за счёт улучшения здоровья и качества жизни населения.

Настоящая монография продолжает серию публикаций по результатам изучения проблем общественного здоровья населения на фоне исторических событий конца XX – начала XXI века⁶. В книге отражены территориальные особенности уровня

⁴ Концепция 2020 [Электронный ресурс] / Министерство экономического развития Российской Федерации. – Режим доступа: www.economy.gov.ru

⁵ Концепция развития здравоохранения до 2020 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.zdravo2020.ru/concept

⁶ 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.; Шматова Ю.Е., Фалалеева О.И., Гулин К.А. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 186 с.; 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.; Эффективность здравоохранения региона / В.А. Ильин (руководитель), А.А. Колинко, М.Д. Дуганов, К.А. Гулин [и др.]. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 192 с.

и образа жизни населения и их влияние на формирование здоровья. Важное место уделяется анализу тенденций в реформирующейся системе здравоохранения.

Представленное в монографии исследование базируется не только на данных официальной статистики, характеризующей здоровье на популяционном уровне, но и на результатах социологических исследований, которые дают возможность понять механизмы формирования здоровья на микроуровне. Институтом социально-экономического развития территорий РАН проводятся следующие исследования:

- социально-экономический мониторинг здоровья детей, осуществляемый с момента рождения в режиме реального времени (ведётся с 1995 г.);
- мониторинг физического здоровья населения Вологодской области (с 1998 г.);
- мониторинг психического здоровья населения Вологодской области (с 1998 г.);
- исследование репродуктивного здоровья (с 2004 г.).

Осуществление широкого спектра исследований стало возможным благодаря многолетнему сотрудничеству ИСЭРТ РАН с Правительством Вологодской области и Департаментом здравоохранения.

Авторы книги осознают, что они не могли охватить всего многообразия материалов по рассматриваемой проблеме. Задача состоит в том, чтобы отразить основные тенденции в развитии общественного здоровья и здравоохранения в России в межкризисный период (1998 – 2008 гг.) и определить главные направления практических мероприятий и научных исследований.

Исследование выполнено коллективом отдела исследования уровня и образа жизни населения Института социально-экономического развития территорий РАН в составе:

Шабуновой А.А., к.э.н., доцента (главы 1 и 2; § 5.1; заключение; общая редакция);

Калашникова К.Н., асп. (§ 5.2, 5.3);

Ласточкиной М.А., к.э.н. (§ 3.5; глава 4);

Калачиковой О.Н., асп. (§ 3.3; глава 4);

Рыбаковой Н.А., д.б.н.; Маланичевой Н.А., асп. (§ 3.1; глава 4);

Морева М.В., к.э.н. (§ 3.2);

Артеменко В.В., асп. (§ 3.4; глава 4).

Авторский коллектив выражает глубокую признательность за всемерное содействие проводимым исследованиям ведущим специалистам Департамента здравоохранения Вологодской области – заместителю начальника департамента к.м.н. *Дуганову Михаилу Давидовичу*, заместителю начальника департамента, начальнику отдела лечебно-профилактической деятельности и стандартизации к.м.н. *Короленко Наталье Александровне*, начальнику отдела охраны материнства и детства *Вологдиной Елене Леонидовне*.

Авторы благодарят также всех, кто участвовал в проведении исследований, без чьей поддержки и помощи работа над книгой была бы невозможна.

Глава 1

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

1.1. Общественное здоровье и его измерение

Основа существования любого государства – наличие общества (населения), на развитие которого и направлена государственная деятельность. Качество народонаселения (уровень жизни, образования, здоровья и т.д.) является важным критерием функционирования и развития страны (государства).

Качество народонаселения и отдельного человека связывается с такой категорией, как здоровье. В настоящее время «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 осознаётся как прямая угроза национальной безопасности любого государства, как препятствие его социально-экономическому прогрессу.

В своём обращении к россиянам Президент Российской Федерации Д.А. Медведев отметил: «Повышение качества медицинского обслуживания, стимулирование рождаемости, безопасность на дорогах и производстве, борьба с пандемией алкоголизма, развитие физической культуры, массового спорта должны стать и стратегическими, и при этом повседневно решаемыми государственными задачами»⁷.

⁷ Медведев Д. Россия, вперёд! [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/news/5413> (дата обращения: 10.09.2009).

В свою очередь, здоровье населения оказывает значимое влияние на развитие экономики, науки и культуры, на все процессы, происходящие в обществе. Как отмечают специалисты, «здоровье – не просто благо, это один из экономических ресурсов общества»⁸, так как здоровье прямо или косвенно влияет на производительность труда и развитие экономики в целом. Как правило, экономический рост государства и повышение индивидуального достатка населения, совершенствование социальной инфраструктуры и организации медицинской помощи сопровождаются снижением показателей смертности и увеличением ожидаемой продолжительности жизни населения.

Государства Европейского региона одобрили совместную Европейскую политику «Здоровье для всех» на 30-й сессии Регионального комитета в 1980 г., подтверждённую 51-й Всемирной ассамблеей здравоохранения. В принятой 16 мая 1998 г. «Всемирной декларации по здравоохранению» ещё раз указано, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека и что в отношении здоровья все имеют равные права, равные обязанности и равную ответственность.

В Декларации подтверждается, что улучшение здоровья и благосостояния людей является конечной целью социального и экономического развития общества. Отмечается важность нивелирования социального и экономического неравенства для улучшения здоровья всего населения; а также необходимость соблюдения этических концепций равенства, солидарности и социальной справедливости; настоятельная необходимость осуществления политики достижения здоровья для всех через соответствующие региональные и национальные политики и стратегии.

Согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения, здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие физических дефектов и

⁸ Щепин О.П., Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г. Медицина и общество. – М.: Медицина, 1983. – С. 8.

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»⁹. Однако это определение не может быть использовано для оценки здоровья и на популяционном, и на индивидуальном уровне. По мнению 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.

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

В современной научной литературе понятие «общественное здоровье» рассматривается по меньшей мере в двух аспектах. С одной стороны, – как система (public health as system) 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, – как ресурс (public health as resource) – медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности страны¹⁰.

Ю.П. Лисицын, много лет отдавший изучению общественного здоровья, определяет его как здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов

⁹ Устав ВОЗ. 2005 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf> (дата обращения: 03.03.2010).

¹⁰ Калинина Т.В. Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья // Медицина – 2008. – №4. – С. 7-9.

окружающей среды, оцениваемое социально-экономическими, демографическими показателями, характеристиками физического развития, заболеваемости и инвалидности, при определяющем значении экономического и политического строя и зависящем от условий общественной жизни.

В целом, характеризуя общественное здоровье, можно сказать, что это такое состояние, качество общества, которое обеспечивает условия для образа жизни людей, не обременённых заболеваниями, физическими и психическими расстройствами, т.е. такое состояние, когда обеспечивается формирование здорового образа жизни¹¹.

Здоровье населения находится в тесной взаимосвязи с показателями демографического развития территории. В конечном итоге здоровье – это способность популяции к воспроизводству, непрерывному возобновлению поколений и реализации их жизненного и трудового потенциала на этапах развития от зарождения жизни до её завершения в возрасте естественной продолжительности жизни или преждевременно от болезней и травм¹².

Популяция, обладая определённым жизненным и трудовым потенциалом, теряет его на каждом этапе развития поколений из-за травм, болезней, прерывания беременности, мертворожденности, преждевременной смертности и т.д. (рис. 1.1).

Переходя к вопросу об измерении общественного здоровья, отметим, что до сих пор не существует единого, общепризнанного «измерителя» здоровья, хотя имеется множество подходов к построению интегрального индекса здоровья¹³. С точки зрения Всемирной организации здравоохранения здоровье людей – качество социальное, в связи с этим для его оценки эксперты ВОЗ рекомендуют использовать следующие критерии:

¹¹ Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 71.

¹² Соломонов А.Д. Научные основы мониторинга здоровья населения на региональном уровне (на примере Ставропольского края): автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1998. – С. 14.

¹³ Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Изд-во ИСЭПН, 2001. – С. 57.

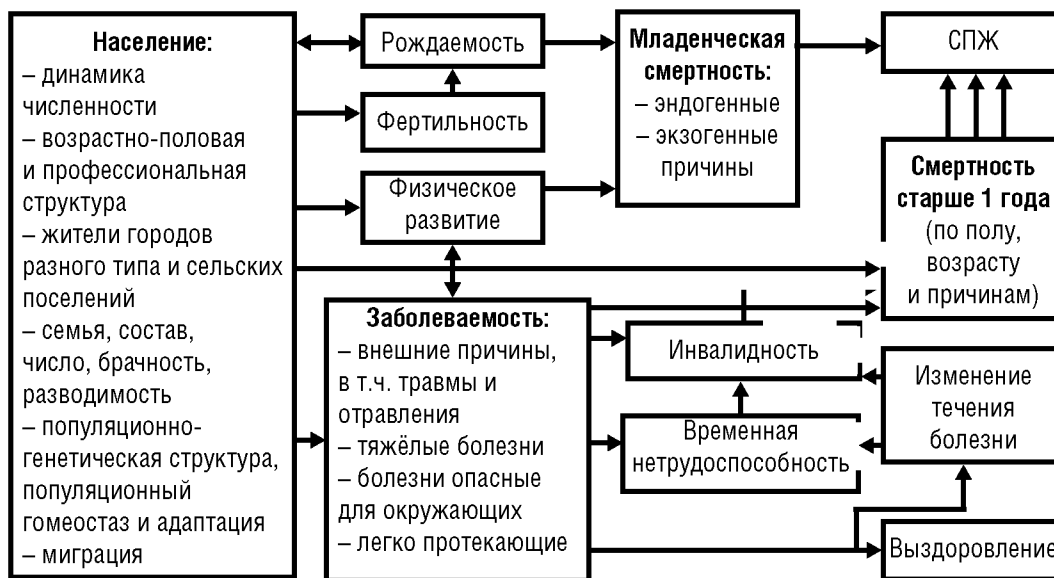


Рис. 1.1. Взаимосвязь медико-демографических процессов

Примечание. СПЖ – средняя продолжительность жизни.

Источник: Государственная политика вывода России из демографического кризиса / В.И. Якунин, С.С. Сулакшин, В.Э. Багдасарян и др.; под общ. ред. С.С. Сулакшина. – М.: Экономика, Научный эксперт, 2007. – С. 464.

- ↗ отчисления валового национального продукта на здравоохранение;
- ↗ доступность первичной медико-социальной помощи;
- ↗ уровень иммунизации населения;
- ↗ степень обследования беременных квалифицированным персоналом;
- ↗ состояние питания детей;
- ↗ уровень детской смертности;
- ↗ средняя продолжительность предстоящей жизни;
- ↗ гигиеническая грамотность населения.

В отечественной науке при оценке здоровья населения чаще всего используют широко известные демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития и т.д. Величина перечисленных показателей не только определяет состояние здоровья населения, но и характеризует уровень социально-экономического развития страны в целом, степень медицинской грамотности населения, уровень и качество организации медицинской помощи.

Таблица 1.1

Показатели численности, состава и динамики населения

Наименование показателей	Методика расчёта показателей
1. Показатели численности и динамики населения	
1.1. Численность постоянного населения	Постоянное население равно наличному населению, из численности которого вычитаются временно присутствующие в момент переписи на данной территории и прибавляются временно отсутствующие жители этой местности.
1.2. Численность населения на начало периода (обычно на 01.01.)	Переписи населения обычно проводятся в декабре или январе, поэтому критический момент не совпадает с первым января. Чтобы получить численность населения на начало года, к данным переписи, если она проводилась в конце предшествующего года, прибавляют результаты естественного и миграционного движения населения за тот промежуток времени, который отделяет дату переписи от 1 января следующего года. Результаты естественного и миграционного движения вычитают, если перепись проводилась после 1 января текущего года. Подобным образом делается и оценка численности населения в межпереписные годы.
1.3. Среднегодовая численность населения (среднее население)	Сумма численностей населения на начало одного и другого года (к примеру, на 01.01. 2004 и 01.01.2005) делится на 2. Если имеются промежуточные данные, например на первое число каждого квартала, то проще всего найти среднеквартальные численности, сложить их и разделить на число кварталов. Так же можно поступить и для нахождения среднегодовой численности за ряд лет.
1.4. Доля региона, федерального округа, России в населении федерального округа, страны, мира	Численность населения региона делится на численность населения страны (федерального округа) и умножается на 100. Население должно быть в обоих случаях или наличное, или постоянное и приниматься на одну и ту же дату.
1.5. Темпы роста (сокращения) численности населения	Частное от деления численности населения на начало данного года (может быть принят прогнозный год) на численность населения на начало прошедшего года (любого года истекшего периода). Умножая результат деления на 100, получают темп роста в процентах *.
1.6. Темпы прироста (сокращения) численности населения	От темпа роста (сокращения) вычитается 100. Например, темп роста 105,2%. Тогда темп прироста равен $105,2 - 100 = 5,2\%$.
1.7. Средний темп роста населения	Из темпа роста извлекается корень той степени, которая равна продолжительности расчётного периода. Так, если темп роста за десять лет составляет 2,0042, то среднегодовые темпы равны 1,072. Это число получается при извлечении корня десятой степени.
1.8. Средний темп прироста населения	Среднегодовой темп прироста находится вычитанием из среднего темпа роста единицы: $1,072 - 1,0 = 0,072$ (или 7,2% в год). Следовательно, чтобы удвоить явление в течение 10 лет, нужны среднегодовые темпы прироста не менее чем 7%.

Окончание таблицы 1.1

1.9. Абсолютный прирост (убыль) населения	Разность между численностью населения на начало и конец периода (или начало следующего периода).
2. Показатели компонентов динамики и состава населения	
2.1. Общий прирост населения: - абсолютный - относительный	Абсолютная величина общего прироста (убыли) населения равна сумме естественного прироста (убыли) и миграционного прироста (убыли). Эта величина должна совпадать с разностью между численностью населения на начало и конец периода. Относительная величина общего прироста находится делением абсолютной величины на среднегодовую численность населения.
2.2. Естественный прирост - абсолютный - относительный	Абсолютный естественный прирост (убыль) – это разность между числом родившихся и умерших в одно и то же время в данной местности. Относительный естественный прирост (убыль) – частное от деления абсолютной величины на среднегодовую численность населения.
3. Показатели половозрастной структуры	
3.1. Количество мужчин в расчёте на тысячу женщин	Отношение численности мужчин к численности женщин в расчёте на тысячу (возможно также исчисление числа женщин в расчёте на тысячу мужчин).
3.2. Средний возраст живущего населения	Средний возраст исчисляется как средняя арифметическая взвешенная. В числителе – сумма произведений возрастов на численность населения, его достигшего, или на долю населения данного возраста в общей численности населения. Знаменателем выступает общая численность населения, для которого рассчитывается средний возраст, или 100%, если для расчёта используются доли населения. Когда дано распределение населения не по отдельным возрастам, а по возрастным группам, то при расчёте и качестве возраста берётся середина возрастного интервала (для группы 0–4 года – 2,5, для 5–9 лет – 7,5 и т.д.).
3.3. Доля населения моложе трудоспособного возраста	Отношение численности лиц моложе трудоспособного возраста (от 0 до 15 лет) к общей численности населения.
3.4. Доля населения трудоспособного возраста	Отношение численности лиц трудоспособного возраста (15–55 лет для женщин; 15–60 – для мужчин) к общей численности населения.
3.5. Доля населения старше трудоспособного возраста	Отношение численности лиц старше трудоспособного возраста к общей численности населения.
3.6. Коэффициент старения, или коэффициент демографической старости населения	Удельный вес (процент) лиц старше 60 лет во всём населении. По шкале старения, принятой ООН, если количество лиц старше 65 лет (в РФ принято 60 лет и старше) превышает 7% населения страны, то оно считается старым**.
<p>* Обратная темпу роста величина находится делением 100 на указанный темп. При росте в 1,5 раза (150%) уровень снизится на 1/3, т.е. будет равен 66,7%, при росте в 1,2 раза (20%) уровень сократится на 16,7% и будет равен 83,3%.</p> <p>** См.: Демографический понятийный словарь / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: Центр социального прогнозирования, 2003. – С. 92.</p>	

Знание и понимание сути показателей, характеризующих здоровье населения, определяет направление и качество проводимых исследований. Рассмотрим более подробно наиболее важные параметры. Поскольку существует взаимосвязь между здоровьем населения и демографическими процессами, при анализе общественного здоровья исследователи, безусловно, обращаются к показателям, характеризующим население (*табл. 1.1*).

Характеристика собственно здоровья популяции основывается на знаниях о её заболеваемости, инвалидности, а также величине и причинах смертности, вероятности дожития до определённого возраста, ожидаемой продолжительности жизни при рождении и т.д., при этом используются как общие, так и половозрастные показатели (*табл. 1.2*).

Всё большее число европейских стран и США одной из основных задач политики в области здравоохранения ставят увеличение числа лет здоровой жизни, откорректированных с учётом здоровья населения, и используют в качестве целевого показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни – ОПЗЖ (HALE).

Этот сравнительно новый структурный показатель позволяет оценить, в какой степени ожидаемая продолжительность жизни сопровождается повышением уровня здоровья, сколько в среднем лет предстоит прожить человеку в состоянии хорошего здоровья и какую часть своей жизни люди живут с недостаточно хорошим здоровьем, изменившимся под воздействием социальных детерминант жизнедеятельности общества.

Изучение общественного здоровья как социальной ценности и показателя социального прогресса позволяет определить приоритеты социальной политики государства. Здесь сходятся интересы целого ряда наук: философии, социологии, политологии, экономики, психологии, медицины¹⁴.

¹⁴ Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: учеб. руководство / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина, К.А. Отдельнова [и др.]. – М.: Медицина, 1998. – 698 с.

Таблица 1.2

Показатели здоровья и смертности населения

1. Показатели смертности населения	
1.1. Абсолютное число умерших	Количество умерших в данной популяции в данной возрастной группе за определённый период (обычно за год).
1.2. Общий коэффициент смертности	<p>Отношение числа умерших от данной причины в течение определённого промежутка времени (как правило, года) в изучаемой популяции к численности данной популяции:</p> $CDR = (D/P) \times 100000,$ <p>где CDR – общий коэффициент смертности; D – число умерших (от англ. death – смерть); P – численность изучаемой популяции (от англ. population – популяция). Обычно общий коэффициент смертности рассчитывается на 100000 населения.</p>
<p>Преимуществом общего коэффициента смертности является простота расчёта и доступность необходимой информации. Недостатком является то, что он не учитывает возрастной структуры населения. Уровень смертности значительно зависит от возраста и после 20 лет растёт по мере старения в геометрической прогрессии. По этой причине общий коэффициент смертности неудобен при сравнении смертности в популяциях с различной возрастной структурой.</p>	
1.3. Повозрастные коэффициенты смертности	<p>Рассчитываются отдельно для каждой возрастной группы (обычно пятилетней):</p> $M_i = D_i / P_i,$ <p>где M_i – коэффициент смертности (от англ. mortality – смертность) в возрастной группе i; D_i – число умерших в возрастной группе i; P_i – численность возрастной группы i в популяции.</p>
<p>Повозрастные коэффициенты смертности можно с успехом использовать при анализе смертности в различных возрастных группах и сравнивать эти коэффициенты в различных популяциях. Однако большое количество таких коэффициентов (Росстат обычно использует 22 возрастные группы) делает анализ смертности очень громоздким и неудобным. Поэтому более желательным было бы использование одного агрегированного показателя смертности, который учитывал бы возрастную структуру населения. Таким показателем является стандартизованный по возрасту коэффициент смертности.</p>	
1.4. Стандартизованный коэффициент смертности	<p>В качестве стандарта могут применяться различные возрастные структуры населения, в том числе разработанные ВОЗ европейский (обобщённая возрастная структура ряда европейских стран) и всемирный стандарты.</p> <p>Когда повозрастные коэффициенты смертности в изучаемой популяции применяются к стандартной популяции, мы получаем коэффициент смертности, стандартизованный с помощью прямого метода:</p> $ADR = \sum_i (P_{si} \cdot M_{ui} / P_s),$ <p>где ADR – стандартизованный коэффициент смертности; P_{si} – численность возрастной группы i в стандартной популяции; P_s – общая численность стандартной популяции; M_{ui} – коэффициент смертности в возрастной группе i изучаемой популяции.</p>

Продолжение таблицы 1.2

<p>1.5. Коэффициент младенческой смертности</p>	<p>Для расчёта коэффициентов младенческой смертности применяют несколько методов. Наиболее распространённым является отношение числа детей, умерших в данном году в возрасте до 1 года, к числу родившихся живыми в том же календарном году, выраженному в промилле (‰):</p> $\frac{\text{Число смертей в возрасте до года} \times 1000}{\text{Число живорожденных}}$
<p>1.6. Коэффициент материнской смертности</p>	<p>Коэффициент материнской смертности рассчитывается по формуле:</p> $\frac{\text{Число материнских смертей} \times 1000}{\text{Число живорожденных}}$
<p>1.7. Потерянные годы потенциальной жизни (potential years of life lost – PYLL)</p>	<p>Этот показатель рассчитывает число лет, не дожитых популяцией до некоторого нормативного возраста, обычно равного 70 или 65 годам. Предполагается, что каждый индивидум имеет 70 лет «продуктивной» жизни, и поэтому смерть в возрасте а приводит к потере 70-а лет жизни при а<70. При использовании 5-ти- или 10-летних возрастных интервалов предполагается, что все смерти происходят в середине интервала.</p> <p>В качестве первого шага рассчитываются так называемые недожитые годы:</p> $a_i = T - x_i,$ <p>где Т – верхний предельный возраст, до которого рассчитывается недожитие (обычно 70 или 65 лет); х – середина соответствующего возрастного интервала.</p> <p>Потерянные годы потенциальной жизни рассчитываются как сумма произведений числа умерших на недожитые годы в каждой возрастной группе:</p> $PYLL = \sum D_i \times a_i.$ <p>Коэффициент потерянных лет потенциальной жизни рассчитывается соответственно:</p> $Rate_{PYLL} = PYLL / P_u,$ <p>где P_u – численность изучаемого населения в возрасте от 1 до Т.</p>
<p>2. Показатели на основе модели таблиц дожития (смертности)*</p>	
<p>2.1. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ)</p>	<p>Показатель таблиц смертности, означающий среднее число лет, которое предстоит прожить дожившему до возраста х лет, при условии, что на протяжении предстоящей ему жизни сохранится повозрастная смертность данного календарного периода</p> $e_x = T_x / l_x,$ <p>где ω – начало последнего возрастного интервала; х = 0, 1, ..., ω; T_х – для каждого возрастного интервала суммарное время жизни для всех членов когорты в возрасте х и старше; l_х – число доживших до возраста х в таблице смертности.</p>
<p>Показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в агрегированном виде, с одной стороны, характеризует сам уровень смертности, с другой – даёт возможность адекватного сопоставления уровня смертности между любыми территориями. Ожидаемая продолжительность жизни рассматривается в качестве одного из базовых индикаторов социально-экономического благополучия населения.</p>	

Продолжение таблицы 1.2

<p>2.2. Прирост ожидаемой продолжительности жизни при устранении причины смерти</p>	<p>Показатель, который может быть рассчитан на основании таблиц смертности при устранении данной причины смерти. Расчёт производится следующим образом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Построить обычную таблицу смертности для всех причин смерти. 2. Рассчитать значения коэффициентов пропорциональности для смертности от всех причин, кроме устраняемой: $r(-k)_x = 1 - (D_x / D_s).$ <ol style="list-style-type: none"> 3. Рассчитать значения условных вероятностей дожития при устранении причины к путём возведения в степень $r(-k)$ условных вероятностей дожития из обычной таблицы смертности: $p^{-k} = p^{r(-k)}.$ <p>Далее следуют стандартные процедуры вычисления таблицы дожития. После того как мы рассчитали значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, можно оценить прирост ожидаемой продолжительности жизни при устранении данной причины смерти:</p> $\Delta e^k = e_o - e^{(-k)}.$
<p>Прирост ожидаемой продолжительности жизни при устранении причин смерти является разностью между средней продолжительностью жизни при устранении данной причины смерти и средней продолжительностью жизни. Он характеризует эффект устранения смертности от данной причины для всего населения (Практическая демография / под ред. Л.Л. Рыбаковского. М., 2005).</p>	
<p>3. Показатели на основе таблиц (моделей) заболеваемости и инвалидности</p>	
<p>3.1. Первичная заболеваемость (incidence)</p>	<p>Показатель, определяющий совокупность заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на конкретной территории. Исчисляется количеством заболеваний на 1000 жителей; рассчитывается как отношение числа вновь возникших заболеваний (заболеваний с впервые установленным диагнозом) к средней численности населения, умноженное на 1000 (00).</p>
<p>3.2. Общая заболеваемость (болезненность)</p>	<p>Показатель, определяющий распространённость зарегистрированных заболеваний, как вновь возникших, так и ранее существовавших, по поводу которых были обращения в календарном году.</p>
<p>3.3. Частота первичной инвалидности по группам инвалидности</p>	<p>При статистическом изучении инвалидности определяются следующие показатели: Частота первичной инвалидности по группам инвалидности = Общее число лиц (лиц трудоспособного возраста) за год, впервые признанных инвалидами × 10 000 / Общая численность лиц (лиц трудоспособного возраста) административной территории.</p>
<p>3.4. Общая (накопленная) инвалидность</p>	<p>Общая (накопленная) инвалидность = Число лиц, получающих пенсии и пособия по инвалидности (контингенты инвалидов) × 10 000 / Общая численность рабочих и служащих административной территории (или отрасли промышленности). Показатели рассчитываются по отдельным половозрастным группам, причинам, группам и категориям инвалидности (Экономическое управление здравоохранением / Л.Ю. Трушкина, Р.А. Тлепцеришев [и др.]. – Изд. 5-е, перераб. и доп. Ростов н/Д, 2007).</p>

Продолжение таблицы 1.2

<p>3.5. Возрастные показатели заболеваемости, госпитализации, инвалидности</p>	<p>При исследовании общей заболеваемости принято рассчитывать отдельно показатели для детей (0-14 лет), подростков (15-17 лет) и взрослых (18 лет и старше). При исследовании заболеваемости в отношении видов патологии, учитываемых особо, принята более детальная возрастная дифференциация, специфичная для каждого вида патологии. Так, при исследовании инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), акцент делается на группах подростков и молодёжи, при исследовании онкологических заболеваний – группах пожилого возраста, туберкулёза – трудоспособном периоде жизни. Аналогичным образом индивидуальная возрастная шкала для расчёта возрастных показателей принята при анализе инвалидности и госпитализации. Кроме того, дифференциация традиционных показателей касается расчёта показателей для отдельных причин, будь то заболеваемость, инвалидность или госпитализация. Для выделения классов причин и отдельных заболеваний или состояний, для которых рассчитываются показатели, служит Международная классификация заболеваний, травм и причин смерти (МКБ 10).</p>
<p>3.6. Показатель DALY – годы жизни с поправкой на здоровье (disability-adjusted life year)</p>	<p>Показатель DALY получают путём суммирования двух компонент – потерянных лет жизни (YLL) и лет, прожитых в состоянии инвалидности (YLD). Формула расчёта YLL:</p> $YLL = \sum D_x \cdot e_x$ <p>где D_x – число умерших в возрасте x; e_x – ожидаемая продолжительность жизни в возрасте x (обычно берётся из модельных таблиц смертности). Таким образом, для расчёта YLL необходимо иметь данные о повозрастных числах умерших за изучаемый период и подходящие модельные таблицы смертности. YLD рассчитывают по следующей формуле:</p> $YLD = \sum n_x \cdot i_x \cdot L_x \cdot D_x$ <p>где n – это численность населения в возрасте x; i – заболеваемость данной болезнью в возрасте x; L – среднее время пребывания в группе x; D – уровень инвалидности.</p>
<p>3.7. Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни – ОПЗЖ (HALE, Healthy life expectancy)</p>	<p>По определению ВОЗ, ОПЗЖ – это «показатель демографической статистики, характеризующий ожидаемую продолжительность здоровой жизни человека на том отрезке его жизненного пути, который согласно общепринятым нормам и представлениям, а также заключениям специалистов, ассоциируется со здоровьем и благополучием или с отсутствием каких-либо расстройств, болезней, инвалидности». Расчёт производится на основе данных демографической статистики о смертности и данных выборочных обследований о доле лиц, испытывающих определённые ограничения в своей повседневной жизни из-за определённых проблем с физическим или психическим здоровьем, заболеванием или инвалидностью (по самооценке). В расчёте HALE, проведённом ВОЗ, были учтены сведения о распространённости 135 заболеваний или видов несчастных случаев и о смертности от них. Для расчёта были привлечены сведения из исследования 2000 Global Burden of Disease (Глобальное бремя болезней), которое ставило целью оценить распространённость упомянутых 135 заболеваний по регионам и странам. Эти 135 болезней были разбиты на 5 групп, для каждой группы был разработан свой метод расчёта потери лет здоровой жизни, связанной с этой болезнью или видом несчастных случаев (Развитие человеческих способностей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.humandev.org.ua/glava8/glava8z8.html; дата обращения 27.11.2009).</p>

Используемый в качестве меры здоровья показатель в виде среднего ожидаемого числа лет здоровой жизни в конкретных возрастах для различных групп населения, включающий в себя информацию о смертности, заболеваемости и потере трудоспособности (инвалидности), является естественным сводным показателем здоровья населения и начинает применяться в качестве целевого, поскольку более конкретно описывает эффективность системы здравоохранения в различных странах (Андрюшина Е.В. Современные мониторинговые оценки динамики здоровья населения // Реформы российского здравоохранения в условиях глобального экономического кризиса: бремя решений. – ИСЭРТ РАН, 2009 – С. 79-84).

* Таблица смертности содержит важную информацию, которую невозможно получить из других источников. Значения таблицы смертности не зависят от возрастной структуры сравниваемых популяций, поэтому они выступают в качестве инструмента для проведения международных сравнений, а также исторических сопоставлений смертности в изучаемой популяции. Таблица смертности не является свободной от недостатков, и её показатели зависят от точности оценок по возрастной численности населения, точности указания возраста и полноты регистрации смерти. Проблема точности указания возраста особенно остра в старших возрастных группах, где возможна соответствующая аккумуляция значений вокруг круглых цифр.

Методы и подходы к изучению и оценке общественного здоровья. В настоящее время предложено много показателей, стандартов и других характеристик для оценки здоровья населения. Условно источники информации можно разделить на объективные (данные официальной статистики) и субъективные (идушие от субъекта информации, социологические). *Объективно* состояние здоровья оценивается на основании анализа демографических показателей, таких как коэффициенты смертности по возрастам и причинам смерти, ожидаемая продолжительность жизни и т.д.; медицинской документации и показателей, например, заболеваемости острыми и хроническими болезнями, обращаемости в медицинские учреждения, а также сведений о проведённых профосмотрах и диспансеризациях и т.д. Но медицинская статистика даёт сведения скорее о случаях нездоровья человека, чем о его общем самочувствии, не учитывает тех граждан, которые не обращаются за медицинской помощью в государственные учреждения (частные и платные приёмы слабо подвержены статистическому учёту). *Субъективная* оценка здоровья отражает физическое и психическое состояние индивидуума, выявленное на основании данных социологического исследования. С одной

стороны, социологическая информация в контексте мониторинга здоровья может рассматриваться в качестве дополнительной к массиву медико-статистических данных, традиционно используемых в сфере здравоохранения. С другой стороны, эта информация уникальна, так как она отражает явления социальной реальности, которые имеют субъективную природу.

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 учёта оказывается множество социально значимых факторов, оказывающих существенное влияние на общественное здоровье. Следовательно, для полноценного и достоверного анализа общественного и индивидуального здоровья необходим консолидирующий принцип, объединяющий в себе как объективные, так и субъективные критерии оценки его состояния.

Изучение субъективных характеристик здоровья населения, полученных в ходе социологических обследований, всё чаще применяется отечественными и зарубежными учеными. Несмотря на некоторые ограничения метода самооценок, он признан достаточно надёжным и рекомендован ВОЗ 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 для оценки общественного здоровья и результативности политики здравоохранения.

Для всестороннего изучения роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения необходимо комплексное исследование проблемы на разных территориальных уровнях. Такой подход позволяет перейти от изучения здоровья

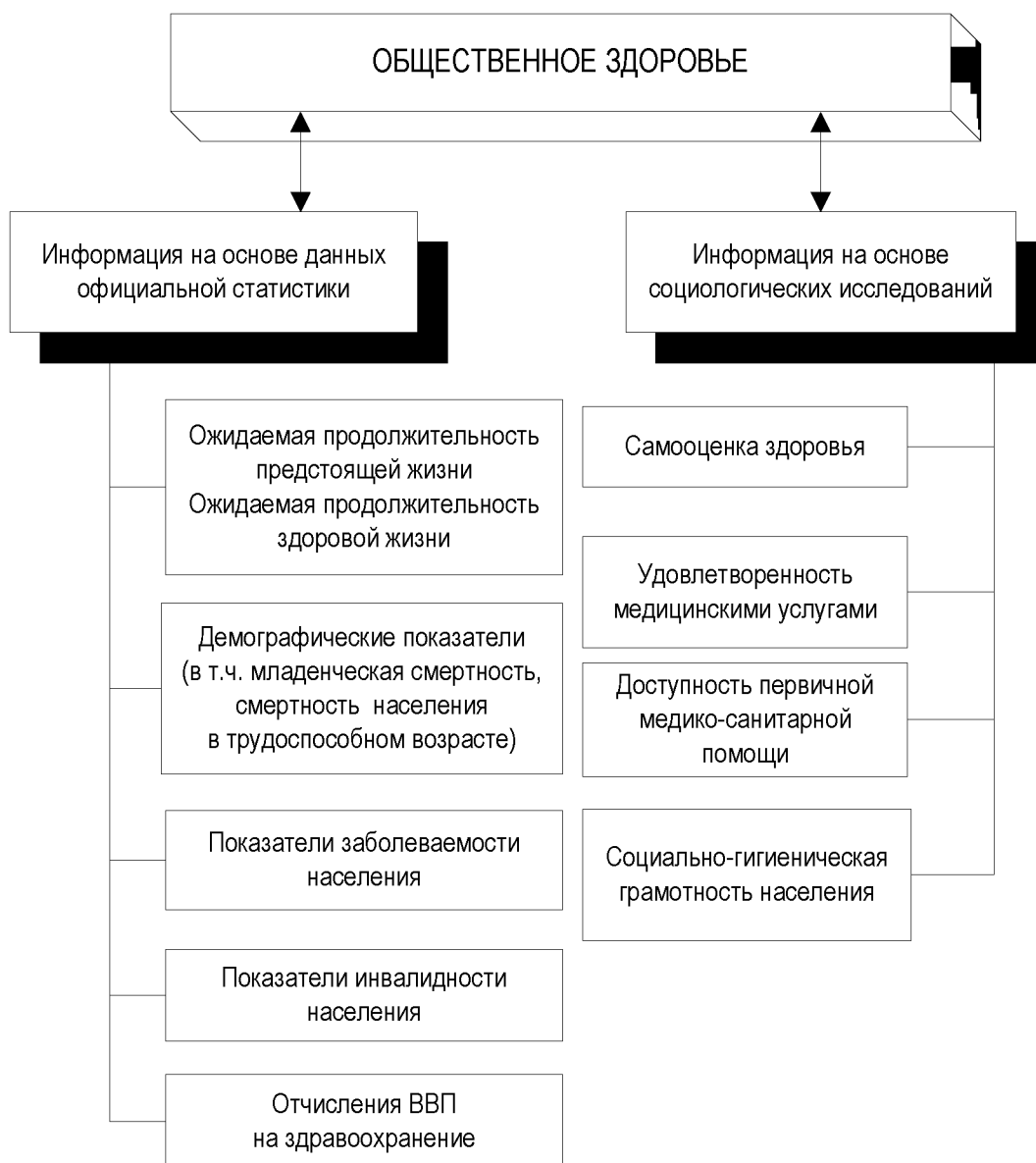


Рис. 1.2. Показатели, характеризующие общественное здоровье

населения на макроуровне (страна, экономический район, субъект Федерации) и мезоуровне (регион, отдельные населённые пункты) к конкретному исследованию человека, изучению его отношения к собственному здоровью на микроуровне (отдельные домохозяйства, конкретные люди). Взгляд на проблему на каждом уровне детализации даёт возможность выявить закономерности и особенности, «невидимые» на других уровнях:

- для отражения состояния здоровья на разных уровнях обобщения используются разные показатели: так, например, для больших групп населения одним из важнейших показателей является ожидаемая продолжительность жизни, а при исследовании на микроуровне большую роль играет субъективная оценка состояния здоровья;

- некоторые факторы воздействия могут быть изучены только на определённом уровне обобщения: например, ожидаемую продолжительность здоровой жизни целесообразно рассчитывать на страновом и региональном уровнях, а отдельные поведенческие и психологические характеристики возможно отследить только на микроуровне;

- следует учитывать возможность и/или целесообразность применения некоторых методов исследования только на определённом уровне обобщения здоровья.

Таким образом, с учётом сложности и многогранности категории «общественное здоровье» изучение её будет более правильным с использованием комплексных источников информации. Это статистические данные, позволяющие проводить сравнения, характеризовать здоровье на макроуровне (мира, страны, региона), и социологические данные, дающие возможность изучить «здоровье здоровых», понять закономерности формирования здоровья на микроуровне (рис. 1.2).

1.2. Исторические аспекты развития общественного здоровья

Жизнь и здоровье являются универсальными ценностями, то есть обладают значимостью для всех условий жизнедеятельности человека. На протяжении многих веков люди пытались осознать причины болезни и здоровья в контексте бытия в целом. Представления о здоровье менялись вместе со сменой культуры, цивилизованности, способа производства. Ещё на стадии зоологического индивидуализма выживание особи и всей первобытной группы напрямую было связано с *физическим* здоровьем. По данным

современных исследователей, именно с физическим здоровьем как условием мутаций и наследования связываются биосоциальный отбор, возникновение табу, появление производства и другие изменения, приведшие к формированию современного человека. В родовой общине индивидуальное здоровье, как правило, определяло социальный статус индивида. Самые здоровые физически люди становились вождями, руководителями охотничьих групп. Поэтому индивидуальное здоровье осознавалось как витальная ценность и культивировалось в племени с детства, а здоровье его членов уже становилось объектом заботы коллектива. Однако жёсткие условия борьбы за выживание ещё требовали умерщвления нездорового потомства, лиц, ставших обузой для племени.

Философы античности, первыми обозначившие проблему здоровья, видели её решение в гармоничном развитии личности. Они утверждали, что искусство быть здоровым зависит от накопленных знаний, привычек, состояния окружающей среды. Они же выдвинули тезис о личной ответственности людей за своё здоровье.

Сократ полагал: «Если человек сам следит за своим здоровьем, то трудно найти врага, который знал бы лучше полезное для его здоровья, чем он сам». К тем благам, что мы называем первыми, говорил Сократ, относятся богатство, здоровье и красота. Науке надлежит проявлять заботу об этих благах. Эти же идеи высказывали Платон, Эпикур и другие античные мыслители. Платон подчёркивал, что человек не может обвинять ни богов, ни судьбу, обвинить можно только себя, как ответственного за своё существование и здоровье¹⁵. Задача мудреца, по мнению Платона, состоит в том, чтобы выработать правильную шкалу предпочтений. Аристотель утверждал, что здоровье человека определяется соответствием (или несоответствием) его собственной внутренней сущности форме и цели его бытия, а заключается

¹⁵ Базелюк Н.Н. Социально-философские аспекты валеологии и формирования здорового образа жизни // Вестник МГТУ. – 2008. – Т. 11. – № 4. – С. 571-575.

в полном раскрытии всех заложенных в человеке потенций. Аристотель предпринимал попытки выявить зависимость между здоровьем индивидов и здоровьем общества¹⁶.

В Средние века, период преобладания религиозного понимания мира, здоровье связывалось с усвоением философских и теологических знаний, с мобилизацией духовной энергии человека посредством молитв, обращённых к Богу. Высшие (божественные) ценности подчиняли себе ценности земной человеческой жизни, а здоровье рассматривалось как благодать, ниспосланная Богом. Отсюда и сохранившееся до наших дней пожелание: «Дай Бог здоровья!».

Гуманисты и свободомыслящие философы эпохи Возрождения и Реформации (Л. Валла, Ж. Боден, М. Монтень) отказались от противопоставления здоровья физического и здоровья духовного и снова возвысили наиболее значимые для повседневной будничной жизни ценности «второго ряда», в том числе и здоровье человека¹⁷.

В буржуазную эпоху возрождение естественно-материалистического подхода было связано с наиболее развитой отраслью научного знания – законами механических взаимодействий. Сущность здоровья получила механистическое объяснение. Величайшие открытия в естествознании не только показали несостоятельность дуалистической концепции души и тела, но и убедительно подтвердили их взаимодейстериинированность.

Большинство современных ученых трактуют жизнь как процесс естественного характера, а здоровье как качественную характеристику этого процесса. Многочисленные исследования в сфере здоровья, проведённые в конце XX – начале XXI в., показали многочисленные взаимосвязи здоровья и социально-экономического развития. Были обоснованы и измерены связи между уровнем здоровья и процессами социальной и экономической дифференциации. Общество обратило внимание не только на здоровье больных, но и на здоровье здоровых.

¹⁶ Ларионова И.С. Философия здоровья. – М.: Гардарики, 2007. – 224 с.

¹⁷ Ларионова И.С. Там же.

Член-корреспондент РАН директор Института человека РАН Б.Г. Юдин, касаясь проблемы ценности здоровья, отмечает, что «нередко под здоровьем мы понимаем нечто не просто нормальное, но такое, к чему должно стремиться, чего мы хотим, порой даже вождедем, во имя чего можем тратить свои силы, претерпевать немалые лишения и ограничения, т.е. нечто воспринимаемое нами как ценность... Здоровье, иными словами, может быть столь значимой ценностью, чтобы диктовать цели, намерения и действия как отдельных людей, так и социальных институтов вплоть до общества в целом»¹⁸.

Когда речь идет о жизни и здоровье как ценностях в общечеловеческом смысле, теоретические споры об объективности и субъективности ценностей как таковых вообще теряют практический смысл. Жизнь и здоровье суть те универсальные ценности, потеря которых отправляет вас в небытие. Другое дело, что эти, казалось бы, высшие ценности не всегда признаются таковыми не только в отношении жизни и здоровья других людей, иногда они не представляются высшими ценностями и в отношении самих себя.

Академик Н. Амосов отмечал, что о своём здоровье у нас, увы, заботятся лишь 1-2% людей. О своём здоровье не заботится и человечество в целом, полагал он и предсказывал ему гибель «в силу собственной биологической порочности».

В России расхождение между должным и имеющимся отношением к здоровью особенно разительно. Позитивные ценностные ориентации в этом отношении в нашем обществе сформированы весьма плохо. Плохо не в том смысле, что в общественном сознании нет понимания ценности здоровья, а в том, что такое понимание мало сказывается на реальной заботе наших сограждан о своём здоровье. Ярким примером может служить бессилие современных здравоохранительных органов в связи с теми вызовами, которые бросает современное состояние здоровья российского общества.

¹⁸ Юдин Б.Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // Философия здоровья. – М.: ИФ РАН, 2001. – С. 61-85.

Ценностные представления в совокупности с реальными социально-экономическими условиями образуют среду формирования общественного здоровья. Анализ качества здоровья в различные исторические периоды представляет существенный теоретический и практический интерес.

Изменение качества популяционного здоровья тесно связано с общим поступательным развитием человечества. Улучшение условий жизни, совершенствование технологий, облегчающих труд и быт людей, развитие медицины и биологии одновременно ведёт к повышению уровня здоровья населения. Ухудшение условий существования людей – войны, голод, экономические кризисы – влечёт 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»¹⁹, в которой показано, что состояние здоровья населения существенно варьируется во времени и пространстве. Чем ниже степень экономического развития территории, тем хуже качество здоровья населения.

Сравнение качества здоровья населения в разные исторические периоды позволяет выявить характерные для того или иного исторического этапа условия жизни, которые в наибольшей степени влияли на формирование общественного здоровья. Общая закономерность изменения качества здоровья прослеживается Б.Б. Прохоровым в рамках классификации, в основе которой лежит выделение социально-исторических типов общественного здоровья, тесно связанных с историческими этапами становления человечества.

При этом тип общественного здоровья определён как характерное сочетание кардинальных признаков здоровья (средняя

¹⁹ 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.

продолжительность жизни, общая и младенческая смертность, причины смерти, заболеваемости, инвалидности) и специфического для данного типа здоровья набора наиболее часто встречающихся нозологических форм заболеваний.

В рамках классификации Б.Б. Прохоровым выделено пять типов популяционного здоровья. Из характеристики типов здоровья, приведённой в *таблице 1.3*, следует, что человеческие общности в процессе своей эволюции последовательно сменили 1-й тип здоровья на 2-й, потом на 3-й и 4-й. Наиболее экономически развитые страны стремятся сформировать 5-й – наиболее прогрессивный тип здоровья. Но, к сожалению, на Земле существуют человеческие общности, в которых доминируют примитивный или постпримитивный типы здоровья. В России в настоящее время преобладает квазимодерный тип, в отличие от развитых государств, где господствует современный тип здоровья.

В монографии подчёркивается, что в настоящее время на нашей планете сохранились практически все типы общественного здоровья, которые когда-либо существовали, начиная с палеолита. Но соотношение территорий, занятых населением с тем или иным типом здоровья, резко изменилось.

Б.Б. Прохоров показывает тесную взаимосвязь изменений здоровья с историческими изменениями социально-экономической и политической ситуации в России. Так, например, частичное решение жилищной проблемы и общее улучшение экономической ситуации в стране в середине XX в. существенно и достаточно быстро отразилось на здоровье населения и ожидаемой продолжительности жизни. За девять лет (1955 – 1964) продолжительность жизни мужчин выросла на 6,3 года, женщин – на 6,7 года. По сравнению с первым послевоенным годом продолжительность жизни и мужчин, и женщин увеличилась на 18 лет. Она была самой высокой за период с 1897 по 1987 г.

Таблица 1.3

**Характеристика основных исторических типов
общественного здоровья**

Тип общественного здоровья	Характеристика типа общественного здоровья	Характеристика социально-экономических условий
<i>Примитивный тип общественного здоровья</i>	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. И во всех других возрастах детская смертность была очень высокой. Среди болезней и причин смерти, вероятно, преобладавали травмы, голод. Была распространена ранняя женская смертность в силу тяжёлой домашней работы и ранних родов.	Был распространён в самый ранний период человеческой истории, который по времени продолжался много дольше всех остальных вместе взятых исторических эпох. Характерен для людей, живших в условиях присваивающей экономики за счёт сбора съедобных растений, охоты и рыбной ловли; условия хозяйствования – экстенсивные. Группы охотников-собираателей вели полуседлый образ жизни, их величина достигала 20 – 25 человек. Иногда несколько групп собиралось вместе.
<i>Постпримитивный тип общественного здоровья</i>	Характеризуется сравнительно короткой продолжительностью жизни большинства населения, с высокой вероятностью преждевременной смерти от периодически возникающих эпидемий острозаразных болезней, от голода, авитаминозов и гиповитаминозов, неблагоприятного течения соматических заболеваний. Величина средней продолжительности жизни, как правило, колебалась в пределах от 20 до 30 лет. Младенческая смертность достигала 200 случаев и более на 1000 новорожденных. Смертность складывалась из двух компонентов: из «нормальной» смертности, наблюдавшейся в относительно благоприятные периоды при отсутствии каких-либо экстремальных событий, и катастрофической смертности, свойственной периодам особо неблагоприятным (голод, неурожайные годы, эпидемии, войны).	Начал развитие в период неолита. Основной причиной развития нового типа общественного здоровья стал переход от присваивающей экономики к экономике производящей, развитию оседлости, земледелия, увеличению общественных групп людей. Господство данного типа общественного здоровья продолжалось и в эпоху античности и феодализма. При этом господствовал аграрный тип хозяйства. При феодальном развитии общества более интенсивно развивались города. Средневековые города отличались крайне неблагоприятной для жизни людей обстановкой. Открытые сточные каналы, недостаток чистой питьевой воды, грязь и скученность в кварталах бедноты – всё это способствовало распространению массовых эпидемий острозаразных заболеваний.

Продолжение таблицы 1.3

<p><i>Квазимодерный тип общественного здоровья</i></p>	<p>Данный тип здоровья характеризуется недостаточно продолжительной жизнью большинства населения при преждевременной повышенной смертности части людей в молодых и допенсионных возрастах от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, несчастных случаев, отравлений и травм. При этом типе здоровья в заболеваемости и смертности населения существенную роль продолжают играть инфекционные заболевания, в первую очередь туберкулёз. Средняя продолжительность жизни в странах с квазимодерным типом популяционного здоровья находится в диапазоне 60 – 65 лет. Младенческая смертность составляет 10-15 случаев на 1000 новорожденных.</p>	<p>Начало промышленной революции создало возможность для перехода от постпримитивного типа общественного здоровья к квазимодерному типу. При этом у беднейших слоёв населения в городах и сельской местности доминировали элементы постпримитивного типа здоровья, а у наиболее обеспеченной части населения преобладали черты квазимодерного типа общественного здоровья. Окончательное формирование квазимодерного типа популяционного здоровья во многих странах произошло во второй половине XX века.</p> <p>В наши дни этот тип здоровья доминирует среди жителей России.</p> <p>XIX век был периодом стремительного роста крупных городов. Развитие крупной промышленности сделало возможным техническое переустройство жизни людей, строительство более благоустроенных жилищ, развитие санитарной техники и оздоровление населённых мест. Развитие исследований в области бактериологии, иммунологии, медицины лечения и профилактики инфекционных заболеваний снизили смертность от инфекционных и некоторых соматических болезней.</p>
<p><i>Модерный тип общественного здоровья</i></p>	<p>Для него характерна продолжительная жизнь большинства населения с надёжной и эффективной работоспособностью и здоровой старостью. Среди основных причин смерти – сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, смертность от которых, благодаря успехам медицины, отодвинута на старшие возраста. Продолжительность жизни обычно в пределах 75 – 80 лет, а младенческая смертность не превышает 6-8 случаев на 1000 новорожденных.</p>	<p>В странах с развитой экономикой сформировался современный тип здоровья. В большинстве стран Западной Европы и в Северной Америке его формирование в общих чертах закончилось к середине XX века, в государствах Юго-Восточной и Восточной Азии, сделавших в последние два десятилетия мощный экономический рывок, формирование современного типа здоровья пришлось на последнюю четверть XX века.</p>

Окончание таблицы 1.3

<p><i>Постмодерный тип общественного здоровья</i></p>	<p>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. 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.</p>	<p>В ближайшей перспективе этот тип здоровья можно ожидать в странах, перешедших на путь постиндустриального развития.</p>
---	---	--

С 1950 по 1991 г. заболеваемость всеми формами активного туберкулёза снизилась в 8,5 раза – с 290 до 34 случаев на 100 тыс. населения²⁰. Проведение массовой иммунопрофилактики дифтерии позволило за 1955 – 1976 гг. снизить заболеваемость в 987 раз.

Начало перестройки известно антиалкогольной кампанией, с которой связано увеличение продолжительности жизни населения. В данный период зарегистрирована самая высокая за столет (и за всю историю России) ожидаемая продолжительность жизни: у мужчин в 1986 – 1987 гг. – 64,9 года, а в 1988 г. – 64,8 года, у женщин – 74,6 и 74,4 года соответственно.

Негативные изменения в общественном развитии вели к ухудшению здоровья. Так, трёхлетний промежуток – с 1992 по 1994-ый – время самого существенного ухудшения общественного здоровья в России. Наиболее уязвимые в экономическом и психологическом отношении группы населения не выдерживали возникших проблем, что приводило к тяжёлым сердечно-сосудистым заболеваниям, росту алкоголизма и пьянства, самоубийствам. Крах банков и финансовых пирамид сопровождался инфарктами, инсультами, суицидами, криминальными разборками

²⁰ Двойрин М.С. Туберкулез в эру антибиотиков. – Киев: Здоровье, 1966; Здравоохранение в Российской Федерации: стат. сб. – М.: Госкомстат России, 1996. – 121 с.

Таблица 1.4

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

Регион	Смертность детей до 1 года на 1000 живорожденных	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет		ВНП на 1 жителя (ППС межд. долл. *)
		мужчины	женщины	
Весь мир	46	65	70	9872
США	6	76	81	45850
Канада	5	78	83	35310
Япония	3	79	86	34600
Израиль	4	79	82	25930
Руанда	109	49	51	14400
Аргентина	14	71	79	12990
Бразилия	20	70	76	9370
Египет	30	66	70	5400
Марокко	32	70	75	3990
Россия	10	60	73	2930
Нигерия	83	48	50	1770
Гаити	57	59	64	1150
Гвинея	93	52	56	1120

* ППС межд. долл. – паритет покупательной способности по международному курсу доллара. World Development Indicators. 2007 [Электронный ресурс]. – Washington, DC: World Bank, 2008. – Режим доступа: <http://www.worldbank.org/data> (дата обращения 13.02.2009).
Источник: World Health Statistics. 2009 [Электронный ресурс] / ВОЗ, 2009. – Режим доступа: www.who.int/whosis/whostat/2009/ (дата обращения 13.02.2009).

со смертельными исходами и т.п.²¹ Продолжительность жизни населения снизилась по сравнению с 1986 годом: в 1992-м на 2,2 года (в частности, у мужчин на 2,9 года), в 1994 г. на 6,1 года (у мужчин на 7,3 года).

В то же время автор подчёркивает, что во все рассматриваемые периоды ожидаемая продолжительность жизни населения в России была ниже, чем в развитых странах. Но если в 70-е годы 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. Показатели здоровья наших соотечественников сопоставимы с аналогичными показателями развивающихся стран, таких как Египет, Марокко (табл. 1.4).

²¹ 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.

Основной причиной сложившейся ситуации видится низкая величина валового национального продукта на душу населения в России, где этот показатель меньше в 16 раз, чем в США, в 12 раз, 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, проституция, в том числе детская, преступность, коррупция, усугубляющая негативную ситуацию и т.д.²²

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.²³ Концепция основана на радикальном изменении структуры причин смертности, когда причины экзогенного характера меняются на эндогенные.

Сама классификация причин смертности на экзогенные и эндогенные принадлежит французскому демографу Ж. Буржуа-Пиша²⁴. К первым относятся причины, внешние по отношению к естественным процессам, происходящим в организме: насильственная смерть, туберкулёз, эпидемии, инфекционные и паразитарные заболевания и т.д. Такие причины сравнительно легко поддаются воздействию (санитарно-гигиеническим и профилактическим мероприятиям, массовым вакцинациям и т.д.).

²² Прохоров Б.Б. Здоровье россиян за 100 лет // Человек. – 2002. – №2. – С. 54-65; Там же. – №3. – С. 41-55.

²³ Omran A.R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change // *Milbank Memorial Fund Quarterly*. – 1971. – №49. – Pp. 509-538.

²⁴ Баксанский О.Е., Лисеев И.К. Философия здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://society.polbu.ru/baksansky_healthphilo/ch06_i.html

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 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, туберкулёза. Из-за стремительного процесса индустриализации, загрязнения окружающей среды и ускорения темпов жизни увеличивается смертность от квазиэндогенных причин (болезней системы кровообращения, новообразований, несчастных случаев).

3. Дегенеративные и профессиональные заболевания. Идёт борьба с отрицательными последствиями прогресса. Ведущую роль приобретает 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). Идёт прогресс медицины и профилактики заболеваний. Смертность снижается, и её средний возраст переходит на самые старшие возрастные группы. Появляется зависимость здоровья от профилактики²⁵.

²⁵ Русский архипелаг [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.archipelag.ru/glossary/epidemperehod>

Существуют две модели эпидемиологического перехода:

- классическая модель (ускоренная), характерная для западных стран;
- 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 туберкулёза 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 четвёртой стадии, в России начался процесс обратного эпидемиологического перехода (В.Г. Семенова).

Среди учёных нет также единой точки зрения и на причины, повлёкшие за собой широкое распространение смертности экзогенного характера, современный демографический кризис и, в конечном итоге, незавершённость эпидемиологического перехода. Некоторые учёные (И.Б. Орлова, И.Н. Веселкова и др.) объясняют это распадом СССР, а также последовавшим за ним экономическим кризисом и, как следствие, психологической дезадаптацией широких слоёв населения (в качестве доказательства они приводят данные о резком ухудшении демографической ситуации именно в кризисный период 1990-х гг.).

Некоторые учёные (Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский и др.) полагают, что «кривая уровня смертности, тенденции которой сложились ещё в середине 60-х гг., была прервана антиалкогольной кампанией 1985 – 1987 гг., когда смертность искусственно понизилась»²⁶. По мнению Е.М. Андреева и А.Г. Вишневского, «в период 1993 – 1994 гг. реализовалась какая-то часть

²⁶ Орлова И.Б. Смертность в современной России: характер и особенности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ispr.ru/BIBLIO/JURNAL/Science/jurnal109.html>

смертей, отсроченных благодаря антиалкогольной кампании, и их число прибавилось к числу смертей, действительно возросшему вследствие кризиса независимо от последствий антиалкогольной кампании»²⁷.

Такие ученые, как А.В. Немцов, Э. Брейнерд, Д. Катлер, считают, что скачок смертности в первую очередь связан с резким ростом потребления алкоголя после официальной отмены антиалкогольной кампании.

Некоторые исследователи подчёркивают, что население социалистического лагеря в период перестройки и в последующие годы было подвергнуто действию растущего числа ситуаций, вызывающих 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. Семеновой, полагающей, что события последних десятилетий в России привели к обратному эпидемиологическому переходу. Это не противоречит и положению России в периодизации, предлагаемой Б.Б. Прохоровым. С точки зрения теории 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 появляющимся проблемам развития системы здравоохранения и профилактики факторов смертности от внешних причин, в том числе самоубийств.

В динамике смертности населения с середины 1960-х гг. до начала XXI века В.Г. Семенова выделяет три этапа: 1965 – 1980 гг., когда тенденции смертности были весьма неблагоприятными,

²⁷ Андреев Е.М., Вишневский А.Г. Вызов высокой смертности в России // Народонаселение. – 2004. – №3. – С. 75-84.

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 темпами²⁸. 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, не снижавшейся, в отличие от большинства стран, на протяжении последних двух десятилетий.

2. От несчастных случаев, отравлений и травм в трудоспособном возрасте, особенно у мужчин»²⁹.

Российское государство, культивируя новую идеологию рыночных отношений, всё больше отстранялось от участия в решении социальных и экономических проблем. По этим причинам к началу 1990-х гг. страна находилась в критическом состоянии по трём направлениям:

- 1) экономическому (резкий спад производства, обнищание широких слоёв 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 подчёркивает, что основным источником увеличения смертности стало разрастание маргинальных слоёв населения и увеличение преимущественно в них рисков смертности от экзогенных и внешних причин.

²⁸ Семенова В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России. – М.: ЦСП, 2005. – С. 226.

²⁹ Веселкова И.Н., Землянова Е.В. Особенности смертности населения в современной России // Народонаселение. – 2000. – №3. – С. 88-94.

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

Таким образом, мы увидели, что представления о здоровье изменялись в зависимости от общественного строя и уровня развития общества. Представления формируют уровень осознания важности общественного здоровья для человека и общества в целом, что, в свою очередь, становится основой отношения государственных лидеров к здоровью жителей страны. Именно понимание важности и значимости общественного здоровья, а также политический строй и уровень экономического развития государства определяют тип общественного здоровья.

Общественное здоровье реагирует на изменения, происходящие в обществе, которое определяет среду его формирования. Поэтому мы вправе предположить, что в благоприятной среде, в условиях позитивных изменений тенденции общественного здоровья и демографического развития также будут иметь положительные тренды.

Глава 2

АНАЛИЗ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НА МАКРОУРОВНЕ

2.1. Мировые тенденции в общественном здоровье и организации здравоохранения

Как мы отмечали в первой главе, для получения целостной картины общественного здоровья необходим многоуровневый анализ. Важным звеном такого анализа является понимание тенденций изменения общественного здоровья в мире и осознание места России в их контексте.

Развитие народонаселения, как и другие социально-экономические процессы, подвержено воздействию глобализации. Глобализирующийся мир диктует свои направления развития цивилизации. По оценкам ВОЗ, темп изменений факторов, влияющих на здоровье населения, в конце XX – начале XXI века ускорился и будет нарастать.

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 человек³⁰.

Урбанизация оказывает двойное воздействие на здоровье населения: с одной стороны, в городах в силу лучших экономических и социально-гигиенических условий показатели здоровья

³⁰ Доклад ВОЗ “Primary Health Care. Now more than ever” / ВОЗ. – Geneva, 2008. – С. 9.

выше, чем в сельской местности. С другой стороны, растущее социально-экономическое расслоение городского населения становится причиной неравенства в уровне его здоровья. В этом случае чрезвычайно усиливается значимость эффективного управления городами. Эксперты ВОЗ утверждают, что в современных условиях, при эффективном местном управлении, увеличения продолжительности жизни можно с большей вероятностью ожидать в развивающихся странах, чем в крупнейших городах с неэффективным управлением.

Ещё 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 ведёт к изменению структуры ведущих причин заболеваемости и смертности населения мира. Этими причинами становятся неинфекционные болезни, такие как депрессия, диабет, сердечно-сосудистые заболевания и рак. Возрастные границы смертности будут смещаться от молодых к более старшим возрастным группам. По прогнозам ВОЗ, увеличится число жертв дорожно-транспортных происшествий; число смертей, являющихся следствием табакокурения, превысит число смертей, связанных с ВИЧ/СПИД. Улучшение показателей здоровья населения будет всё в большей степени определяться улучшением здоровья взрослого населения.

Старение населения ведёт также к росту частотности сочетанной заболеваемости. В промышленно развитом мире до 25% лиц в возрасте 65 – 69 лет и 50% 80 – 84-летних страдают от двух или более хронических состояний одновременно.

Несмотря на выделенные общие тенденции в изменении здоровья населения, имеются значительные различия в здоровье и здравоохранении между регионами мира и внутри

регионов³¹. 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 старения населения, а уровень рождаемости установился гораздо ниже уровня простого воспроизводства. Именно эти различия и обуславливают принципиально отличные друг от друга структуры заболеваемости и причин смертности в этих странах.

Для более подробного анализа общественного здоровья на межстрановом уровне воспользуемся интегральными показателями, такими как ожидаемая продолжительность жизни при рождении, ожидаемая продолжительность здоровой жизни, преждевременная смертность.

Величина *ожидаемой продолжительности жизни* 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, Великобритания – 80, Швейцария – 82, Швеция – 81, Монако – 81, Нидерланды – 80,

³¹ 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.

Испания – 81, Италия – 82, Австрия – 80, Германия – 80), затем идут североамериканские страны (США – 78 лет, Канада – 81 год) и Австралия (72 года.). Однако высокий уровень ожидаемой продолжительности жизни подчёркивает тенденцию старения населения. По уровню ОПЖ Российская Федерация (в 2007 г. значение для показателя обоих полов составило 66 лет) стоит в одном ряду с Азербайджаном – 68, Боливией – 66, Гватемалой – 69 лет, опережая лишь африканские страны и ряд стран Азии³².

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 ВОЗ составляла в 2007 году, по оценкам ВОЗ, всего 52 года по сравнению с 76 годами в Американском регионе. Детская смертность в этих двух регионах составляла 145 и 19 на 1000 живорождений соответственно. Детская смертность в России за аналогичный период составила 12 на 1000 живорождений, что не превышает уровня развитых стран, в то же время ожидаемая продолжительность жизни россиян – всего 66 лет. Становится очевидным, что снижение продолжительности жизни населения России обусловлено иными причинами.

Поэтому наряду с показателями ожидаемой продолжительности жизни важно проанализировать характеристики населения, отражающие качество жизни с учётом состояния здоровья. Это позволяет сделать показатель *«ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении»*. 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 по странам Американского региона и региона Западной части Тихого океана (рис. 2.1).

³² Данные представлены по: World Health Statistics. 2009 / ВОЗ, 2009.

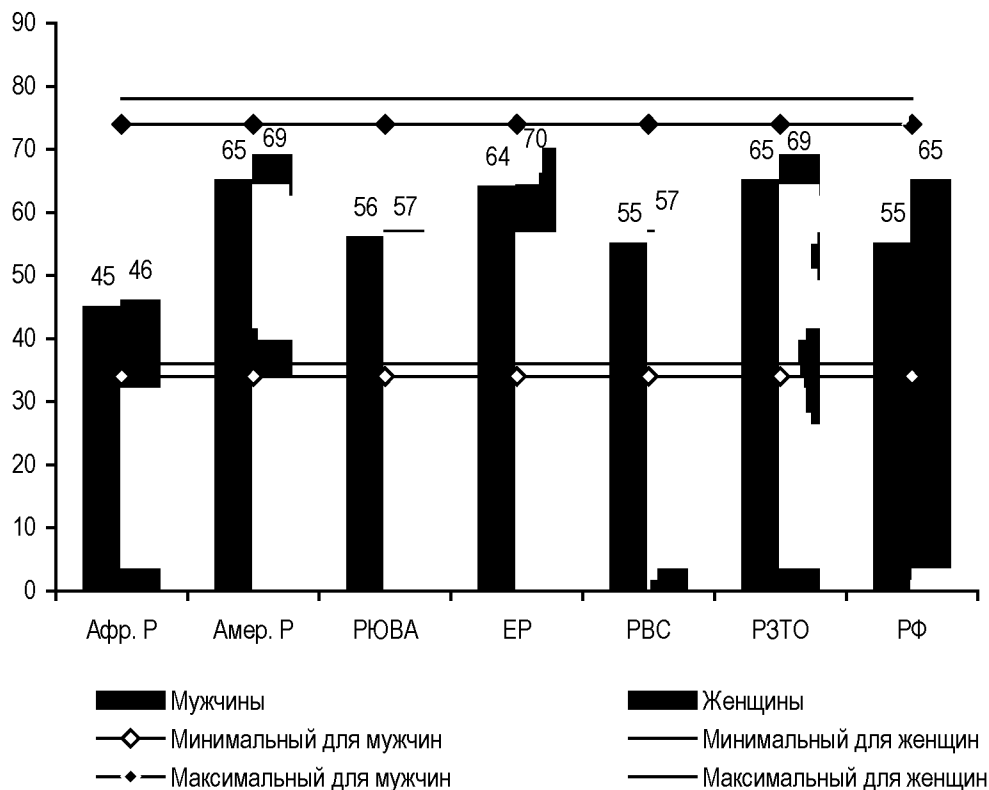


Рис. 2.1. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении в регионах ВОЗ и Российской Федерации, 2007 г., лет

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: данные ВОЗ: (см. World Health Statistics. 2009 / ВОЗ, 2009).

К тому же разница между уровнем ОПЗЖ в гендерном сопоставлении в России составляет 10 лет, что существенно выше, чем в любом из регионов, анализируемых ВОЗ.

Удельный вес *потерянных лет жизни*³³ вследствие смертности от инфекционных заболеваний в Европейском регионе выше, чем от неинфекционных (56% против 30%). Причиной является значительная дифференциация стран, входящих в данный регион, по уровню социально-экономического развития

³³ Показатель «потерянные годы жизни» (ПГЖ) позволяет учитывать возраст, в котором наступает смерть, посредством придания больших весов случаям смерти в молодых возрастах и уменьшения весов с увеличением возраста смерти. (источник: World Health Statistics. 2009 / ВОЗ, 2009).

и другим характеристикам. В рамках группы стран Африканского региона пропорция складывается с подавляющим преимуществом инфекционных заболеваний – 80 и 13%.

Преждевременная смертность населения России в наибольшей степени обусловлена неинфекционными заболеваниями (сердечно-сосудистые, диабет и онкологические заболевания), в то время как демографические потери от инфекционных заболеваний гораздо ниже, чем в большинстве анализируемых ВОЗ регионов. Однако заметна и негативная особенность преждевременной смертности российского населения – высокий уровень смертности от неестественных причин, прежде всего травматических воздействий. Около 30% всех потерянных вследствие преждевременной смертности потенциальных лет жизни населения России обусловлены именно этой причиной, то есть больше, чем в любом из регионов, выделяемых специалистами ВОЗ.

В этом контексте уместно подчеркнуть, что если смертность от инфекционных заболеваний в наибольшей степени зависит от уровня доступности для людей улучшенных источников питьевой воды и улучшенных санитарно-технических средств, определяющих степень санитарно-эпидемиологического благополучия региона, то вероятность смерти от хронических болезней экспертами рассматривается как характеристика деятельности системы здравоохранения.

Особенно негативным обстоятельством в этих условиях является чрезвычайно высокая смертность населения трудоспособного возраста, что приносит наибольший ущерб обществу. По уровню преждевременной смертности населения, находящегося в трудоспособном возрасте, в 2007 г. Российская Федерация 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.

Уровень социально-экономического развития государства становится одним из главных факторов, оказывающих влияние на ситуацию со здоровьем населения, в силу следующих причин. Низкая степень экономического развития страны обуславливает недостаточный уровень сбора налоговых поступлений и, как следствие, отсутствие возможностей для бюджетного обеспечения социальной сферы. Развитие системы всеобщего медицинского страхования в условиях экономического неблагополучия также представляется невозможным. Чтобы понять различия в уровне материальной и финансовой обеспеченности здравоохранения, достаточно проанализировать дифференциацию в масштабах отчислений на потребности сектора общественного здравоохранения. Так, в 2006 г. расходы на нужды здравоохранения в мире варьировались от 1 до 4992 межд. долл. на душу населения при медианном значении 212 межд. долл. Размер ВВП в расчёте на душу населения при этом отличается более чем в 200 раз (крайние значения в 2008 г. – 64320 и 290 межд. долл.)³⁴.

Поскольку наименее экономически развитые страны мира имеют гораздо меньше возможностей для обеспечения хотя бы минимальных условий для жизни населения, в частности элементарного санитарно-гигиенического благополучия, неудивительно, что можно обнаружить обратную связь между показателями доходов и смертностью от инфекционных заболеваний. В странах с высоким уровнем доходов на инфекционные заболевания приходится всего 8% потерянных лет жизни по сравнению с 68% в странах с низким уровнем доходов (*табл. 2.1*). По распространённости инфекционных заболеваний в России сложилась

³⁴ World Development Indicators database [Электронный ресурс]. – World Bank, 7 October, 2009. – Режим доступа: <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>

Таблица 2.1

**Структура потерянных лет жизни по причинам смерти
в группах стран по уровню доходов (данные 2004 г.), в %**

Группировка стран по уровню доходов	Инфекционные заболевания	Неинфекционные заболевания	Травмы
Низкий	68	21	10
Нижний средний уровень доходов	29	49	22
Высший средний уровень доходов	27	53	20
Высокий уровень доходов	8	77	15
Справочно: Россия	8	62	29
В мире в целом	51	34	14

Источник: World Health Statistics. 2009 / ВОЗ, 2009.
Примечание: 1. Разделение стран на 4 группы проводилось на основе ранжирования показателей подушевого ВВП. 2. Данные рассчитывались на основе паритета покупательной способности (ППС).

сравнительно благоприятная ситуация, так как, по данным ВОЗ, 8%-й уровень соответствует показателям наиболее экономически развитых стран.

Оценивая смертность от различных причин, нельзя не остановиться на тех заболеваниях, которые, в силу своей распространённости в большинстве регионов, вносят наибольший вклад в увеличение смертности населения. Одними из наиболее распространённых являются заболевания сердечно-сосудистой системы: около половины всех случаев смерти от неинфекционных заболеваний в мире приходится именно на данные патологии. Однако существенные различия между регионами, обнаруживаемые при межстрановом сопоставлении, отражают не столько распространённость этих патологий в популяции, сколько различия в уровне развития медицинских служб, в частности уровне организации дорогостоящей кардиохирургической помощи. Ситуацию со смертностью населения от заболеваний сердца и сосудов, сложившуюся в РФ, можно оценить как катастрофическую. По данным ВОЗ, в 2004 г. по уровню смертности от патологий органов кровообращения Россия занимала 5 место в мире (на каждые 100 тыс. жителей страны приходилось 645 случаев ухода из жизни вследствие этих причин), уступая лишь Узбекистану, Армении, Афганистану и Туркменистану (рис. 2.2). Все эти страны характеризуются низким уровнем эко-

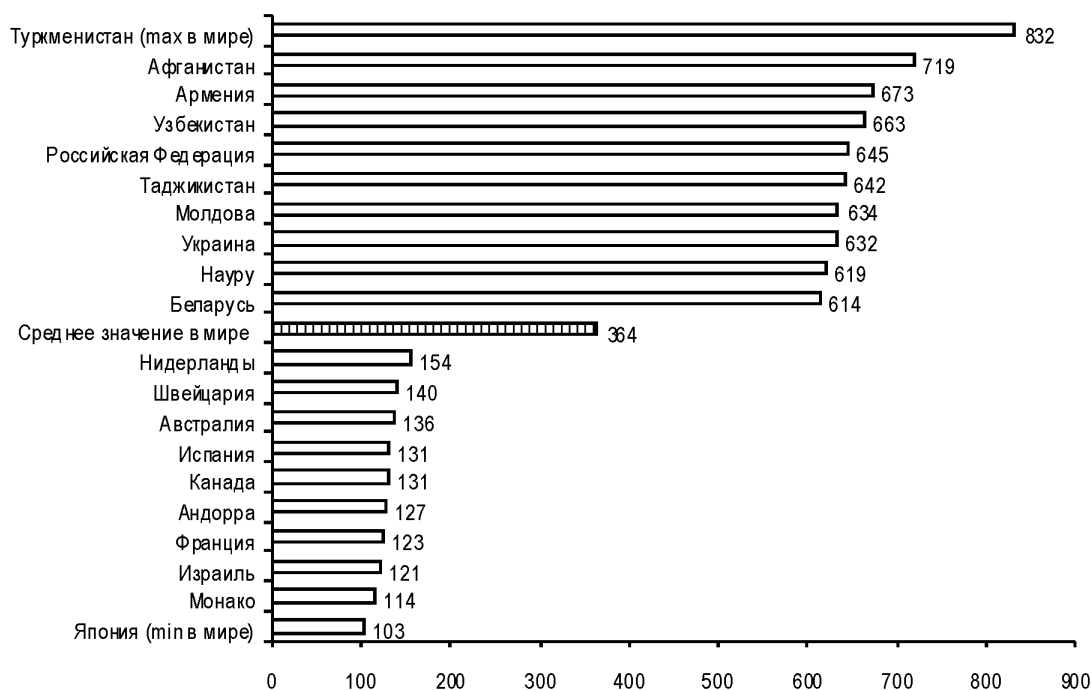


Рис. 2.2. Смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы в мире (случаев на 100 тыс. населения), 2004 г.

(показаны десять неблагоприятных и десять наиболее благополучных по данному показателю стран)

Источник: World Health Statistics. 2009 / ВОЗ, 2009. – С. 48.

номического развития, тогда как наименьший в мире уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний отмечается в высокоразвитых странах Европы, Азии и Америки, а также в Австралии и Израиле.

Тенденции в развитии здравоохранения

В последние годы глобальная экономика здравоохранения росла более быстрыми темпами, чем валовой внутренний продукт; в период между 2000 и 2005 гг. её доля в глобальном ВВП возросла с 8 до 8,6%. В абсолютном выражении, с поправкой на инфляцию, это означает рост расходов на цели здравоохранения во всем мире за пятилетний период на 35%³⁵. Оценка вклада различных факторов в динамику роста затрат на здравоохранение позволяет

³⁵ Доклад ВОЗ "Primary Health Care. Now more than ever" / ВОЗ. – Geneva, 2008. – С. 15.

Таблица 2.2

Оценка влияния факторов на рост затрат на здравоохранение в мире

Факторы	1983 – 1993	1993 – 1995	1995 – 2000
Общэкономическая инфляция	37,2	36,8	37,5
Технологические успехи медицины Заболееваемость Уровень потребления медицинских услуг	30,9	29,4	35
Медицинская инфляция	21,3	20,6	17,5
Рост численности населения	10,6	13,2	10
Итого	100	100	100
Источник: Данные Industry in Transition: 1999 Health Care Trends Analysis Ernst & Young LLP.			

сделать вывод о том, что классические для здравоохранения причины роста затрат (технические достижения, демографические тенденции) уступают общэкономическому фактору – инфляции (табл. 2.2).

Однако вряд ли можно утверждать, что растущие затраты приводят к столь же ощутимым результатам в состоянии здоровья населения и проблемы со здоровьем жителей планеты решены хотя бы в сколько-нибудь удовлетворительной степени.

Для современных традиционных мировых систем здравоохранения характерно следующее:

1. Излишний акцент на высокоспециализированной (третичной) помощи, что нередко называют «ориентацией на стационарное лечение»; это сопровождается увеличением числа узких специалистов и снижением равенства в доступности квалифицированной медицинской помощи для населения.

Растущая потребность населения в медицинской помощи и действующая на современном этапе система оказания медицинской помощи приводят к тому, что частные и государственные ресурсы, выделяемые на здравоохранение, направляются преимущественно на развитие специализированного стационарного лечения в ущерб инвестициям в первичную медико-санитарную помощь.

Анализ состояния здравоохранения в развитых странах показал, что при избыточной доле высокоспециализированной медицинской помощи качество лечения не соответствует затраченным на него средствам³⁶. Ориентация на стационарное лечение приводит к значительным расходам и ставит под угрозу гуманитарные и социальные аспекты здравоохранения³⁷.

Начиная с 1980-х годов во многих странах ОЭСР осуществляется переход от преимущественно стационарного, многозатратного лечения к развитию альтернативных форм оказания медицинской помощи. С этой целью сокращается количество больничных коек, госпитализация заменяется уходом на дому, проводится нормирование медицинского оборудования, внедряются многочисленные финансовые стимулы и ограничения, призванные повысить результативность на микроуровне.

2. Фрагментарность развития здравоохранения как результат разработки и осуществления множества программ и проектов. Командно-административные методы работы традиционных министерств здравоохранения и ограниченные финансовые возможности часто приводят к созданию инициативных проектов – программ, нацеленных на борьбу с отдельными заболеваниями. Но успешность программ и их результативность оказываются недолгосрочными и ведут к фрагментарности медицинских услуг. При этом структурные проблемы систем здравоохранения, а также проблемы финансирования, кадрового обеспечения практически не решаются. Анализ деятельности мировых систем здравоохранения показывает, что наиболее приемлемым является интегрированный подход.

3. Распространение нерегулируемой коммерциализации в здравоохранении. При этом оказание медицинской помощи рассматривается как услуга, предоставляемая медицинским

³⁶ Starfield B. Primary Care. Balancing Health needs, services and technology. – New York, Oxford University Press, 1998.

³⁷ Liamputtong P. Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women in northern Thailand // Health Care for Women International. – 2004. – № 25. – Pp. 454-480.

работником – поставщиком и приобретаемая населением – потребителем. В целом коммерциализация негативно влияет как на качество медицинского обслуживания, так и на его доступность. Причина кроется в неравенстве отношений сторон «поставщик – потребитель». Поставщик услуг обладает знаниями, а у пациента либо их мало, либо они отсутствуют. Поставщик заинтересован в продаже того, что наиболее выгодно, но это не обязательно наилучшим образом подходит пациенту.

Системы здравоохранения являются также отражением глобализирующейся потребительской культуры. В то же время, как свидетельствуют факты, люди осознают, что такие системы не обеспечивают надлежащего ответа на их нужды и потребности, руководствуясь интересами и целями, которые не связаны с их ожиданиями.

В развитых странах, где уровень жизни населения, качество медицинского обслуживания являются относительно высокими, органы здравоохранения вынуждены отвечать на новые вызовы времени. И речь идёт не только о высоких затратах, но и о растущих потребностях людей и их претензиях к качеству медицинских услуг и к условиям, в которых протекает лечение. Вот что по этому поводу пишут Дж. Хилли и М. Макки в работе «Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы»: «Меняющаяся структура лечения делает необходимыми структурные преобразования в больницах: уменьшение числа коек должно сопровождаться приумножением современного рентгеновского, эндоскопического и хирургического оборудования... В то же время больницы должны реагировать на изменения в ожиданиях больных. Раньше больные воспринимали как должное палаты с длинными рядами коек, ныне же в развитых странах многие больные не соглашались лежать даже в четырёхместных палатах, предпочитая им одноместные комнаты»³⁸. В русле этих же

³⁸ Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы: пер. с англ. / Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин. – М.: Весь Мир, 2002. – С. 57.

растущих ожиданий в отношении условий лечения, накладываясь на стремительно развивающиеся технологии диагностики и оказания медицинской помощи, намечается тенденция увеличения привлекательности стационарозамещающих технологий, когда большинство операционных вмешательств малоинвазивны и не связаны с необходимостью длительного пребывания в стенах стационара. Внедрение передовых методов амбулаторной хирургии на сегодняшний день крайне неравномерно представлено среди стран мира и различается даже в рамках отдельных регионов, однако эксперты называют закрепление данной тенденции в большинстве стран неизбежным в ближайшем будущем³⁹.

Смещение акцента медицинской помощи с сектора стационарной помощи на амбулаторный и долгосрочный уход произошло в странах Европы и Северной Америки уже во второй трети XX в., тогда как в Российской Федерации и других странах, входивших ранее в социалистический лагерь, обращение к принципам реструктуризации медицинской помощи относится лишь к началу XXI в., о чём пойдёт речь в пятой главе данной работы.

2.2. Общественное здоровье населения России: основные проблемы

Популяционное или общественное здоровье – это здоровье населения страны в целом или отдельных её территорий, а также крупных демографических групп населения. Общественное здоровье является основополагающим фактором в формировании демографических процессов. От уровня общественного здоровья в значительной степени зависит характер протекания демографических процессов, таких как смертность и рождаемость, и продолжительность предстоящей жизни, детность и качество приходящего в жизнь поколения. Таким образом, здоровье

³⁹ Реформа больниц в новой Европе: пер. с англ. / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос, Р.Б. Солтман. – М.: Весь Мир, 2002. – С. 27.

Таблица 2.3

Изменение численности населения макрорегионов России

Территория	Численность населения, тыс. человек			Изменение численности населения по отношению к численности на начало периода, %		
	1992 г.	2002 г.	2007 г.	1992/2002	2002/2007	1992/2007
Россия	148326	145164	142008	-2,1	-2,2	-4,3
Европейская часть	119007	118408	115969	-0,5	-2,1	-2,6
Центральный ФО	379060	38000	37150	+0,1	-2,2	-1,9
Северо-Западный ФО	15259	13972	13501	-8,4	-3,4	-11,5
Южный ФО	21097	22907	22835	+8,6	-0,3	8,2
Приволжский ФО	32082	31155	30241	-2,9	-2,9	-5,7
Уральский ФО	12609	12374	12240	-1,9	-1,1	-2,9
Азиатская часть	29319	26756	26039	-8,7	-2,7	-11,2
Сибирский ФО	21281	20063	19553	-5,7	-2,5	-8,1
Дальневосточный ФО	8038	6693	6486	-16,7	-3,1	-19,3

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.

нации определяет численность и качество людских ресурсов не только в настоящем, но и в будущем⁴⁰.

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется стойким снижением численности населения: за период с 1992 по 2007 г. она уменьшилась на 4,3% (табл. 2.3). Сокращение произошло в основном в азиатской части страны (-11,2%). В европейской части России отмечено незначительное (-2,7%) снижение численности населения, в большей степени произошедшее в период с 2002 по 2007 г.

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.

Более того, численность населения по-разному изменялась в пределах отдельных макрорегионов. Данные таблицы 2.4 показывают неравномерность протекания процесса депопуляции на

⁴⁰ Сбережение народа / под ред. Н.М. Римашевской; Ин-т соц.-экон. проблем народонаселения РАН. – М.: Наука, 2007. – С. 18.

Таблица 2.4

**Изменение численности населения в субъектах
Северо-Западного федерального округа**

Территория	Численность населения, тыс. человек			Изменение численности населения по отношению к численности на начало периода, %		
	1992 г.	2002 г.	2007 г.*	1992/2002	2002/2007	1992/2007
Северо-Западный ФО	15259	13972	13501	-8,4	-3,4	-11,5
Мурманская область	1170	905	850	-22,6	-6,1	-27,4
Республика Коми	1222	1029	968	-15,8	-5,9	-20,8
Архангельская область	1554	1350	1271	-13,1	-5,9	-18,2
Псковская область	837	769	705	-8,1	-8,3	-15,8
Новгородская область	748	700	652	-6,4	-6,9	-12,8
Республика Карелия	789	721	690	-8,6	-4,3	-12,5
г. Санкт-Петербург	4986	4688	4568	-8,6	-4,3	-12,5
Вологодская область	1353	1278	1222	-5,5	-4,4	-9,7
Ленинградская область	1678	1672	1633	-0,4	-2,3	-2,7
Калининградская область	898	955	937	6,3	-1,9	4,3

* На 1 января 2008 г.
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.

примере Северо-Западного федерального округа РФ. Они позволяют выделить особо проблемные «северные территории» – Мурманскую область (-27,4%), Республику Коми (-20,8%), Архангельскую область (-18,2%) и относительно благополучные территории – Калининградскую (+4,3%) и Ленинградскую (-2,7%) области.

Нельзя забывать, что изменение численности населения происходит за счёт двух компонентов: естественного прироста (убыли) населения и механического (миграционного) его движения. Анализ компонентов изменения численности населения в РФ показывает, что естественная убыль населения в период после 1992 г. отмечалась на территориях всех федеральных округов (табл. 2.5). Однако в Центральном и Южном федеральных округах и, в меньшей степени, Уральском и Северо-Западном она компенсировалась миграционным приростом. В то же время в Дальневосточном и Сибирском округах значительная естественная убыль

Таблица 2.5

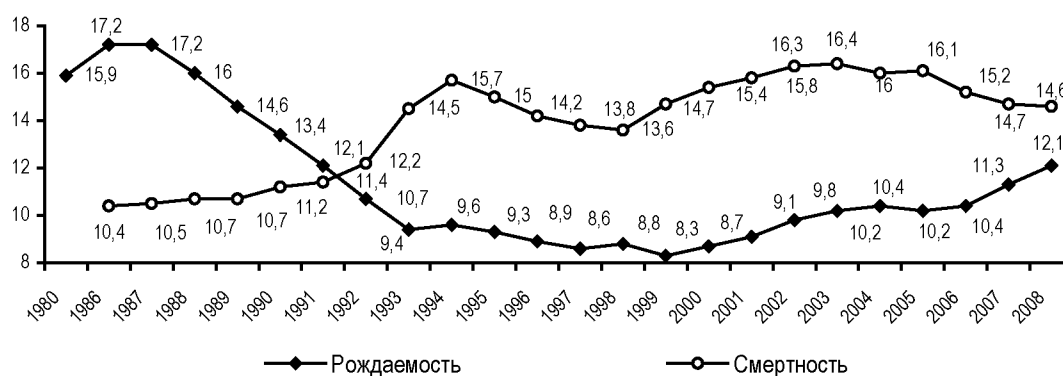
**Компоненты изменения численности населения
федеральных округов России**

Территория	Общий прирост населения, тыс. человек			Естественный прирост населения, тыс. человек			Механический прирост населения, тыс. человек		
	1992 – 2002	2002 – 2007	1992 – 2007	1992 – 2002	2002 – 2007	1992 – 2007	1992 – 2002	2002 – 2007	1992 – 2007
Российская Федерация	-3162	-3156	-6318	-8708	-4620	-13329	5546	1464	7011
Приволжский ФО	-927	-914	-1841	-1718	-1088	-2807	791	174	966
Северо-Западный ФО	-1287	-471	-1758	-1198	-647	-1845	-89	176	87
Сибирский ФО	-1218	-510	-1728	-883	-479	-1363	-335	-31	-365
Дальневосточный ФО	-1350	-207	-1557	-163	-113	-276	-1187	-94	-1281
Центральный ФО	94	-850	-756	-3671	-1874	-5545	3765	1024	4789
Уральский ФО	-235	-134	-369	-537	-231	-768	302	97	399
Южный ФО	1810	-72	1738	-535	-186	-722	2345	114	2460

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.

населения сопровождалась активным миграционным оттоком, особенно в период с 1992 по 2002 г., что ещё более усугубило депопуляцию на этих территориях.

Снижение численности населения на территории Российской Федерации было обусловлено резким переходом на режим суженного воспроизводства с низким уровнем рождаемости и высоким уровнем смертности (рис. 2.3).



**Рис. 2.3. Динамика коэффициентов рождаемости и смертности
в России (на 1000 человек населения)**

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – С. 60.

Начиная с 1992 г. число смертей в России устойчиво превышает число рождений. В период 1988 – 1989 гг. темпы роста рождаемости и смертности сравнивались, после чего показатель значительно снизился и затем относительно стабилизировался на крайне низком уровне, смещённом в сторону смертности. Более значимое превышение смертности над рождаемостью приходится на 1998 – 2000 гг. (рис. 2.4).

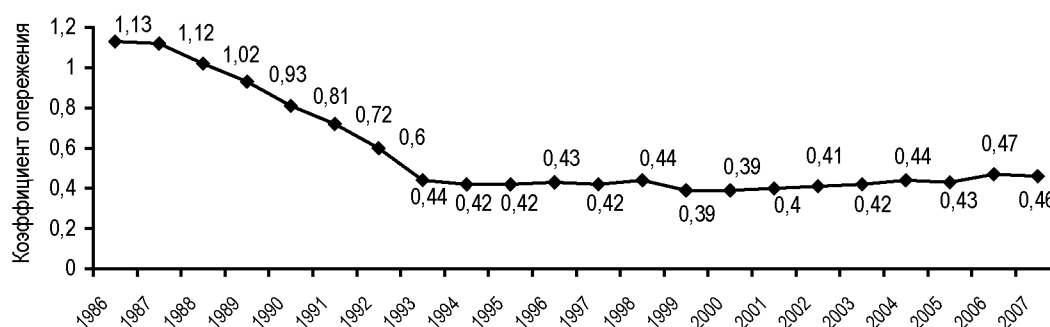


Рис. 2.4. Значения коэффициента опережения по темпам роста для показателей рождаемости и смертности населения Российской Федерации (1986 – 2007 гг.)

Рассчитано по: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – С.60.

Несмотря на некоторый прирост (25%) рождаемости в России в период с 2000 по 2007 г., она остаётся низкой даже по меркам развитых стран. Это подтверждается и суммарным коэффициентом рождаемости⁴¹: в России – 1,4 ребёнка в расчёте на 1 женщину репродуктивного возраста; в США – 2,1; во Франции – 2,0; в Великобритании – 1,8 ребёнка. 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. 2.6).

⁴¹ Группа восьми в цифрах. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – С. 38.

Таблица 2.6

**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 (2006 г.)	10,7	7,1	3,6
Россия* (2006 г.)	11,3	14,6	-3,3
Соединенное Королевство (Великобритания)	12,7	9,4	3,2
США (2006 г.)	14,2	8,1	6,2
Франция	12,7	8,4	4,3
Япония	8,6	8,8	-0,1

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

Несмотря на некоторое снижение темпов прироста смертности населения в благоприятный для России период развития (в 1992 – 2000 гг. прирост составил 25%, а в интервале с 2000 по 2007 г. она снизилась на 1%), её уровень существенно превышает показатели развитых стран. «Рожаем, как в Европе, умираем, как в Африке»⁴². Особенно высока смертность россиян от предотвратимых причин⁴³ (табл. 2.7). С 1993 г. внешние причины заняли второе место в структуре смертности населения России. Хотя в 2006 – 2007 гг. данный показатель несколько снизился, россияне умирают от несчастных случаев, отравлений, травм и т.д. в три раза чаще, чем население стран Евросоюза.

Младенческая смертность, которая является одним из основных индикаторов социально-экономического благополучия страны, в России, несмотря на значительное её снижение, остаётся довольно высокой – 9,4 умершего на 1000 родившихся в 2007 г., что значительно выше, чем в развитых западных государствах

⁴² Римашевская Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России // Вестник РАН. – 2004. – Т. 74. – № 3. – С. 209.

⁴³ Смертность от предотвратимых причин – смертность от болезней, предотвратимых мерами профилактики и адекватной медицинской помощи: болезней системы кровообращения, внешних причин, болезней органов дыхания и пищеварения, некоторых новообразований.

Таблица 2.7

Смертность населения от предотвратимых причин
(на 100 тыс. человек населения)

Основные причины смертности населения	Россия			ЕС-15	ЕС-25
	2000 г.	2006 г.	2007 г.	2004 г.	2005 г.
Болезни системы кровообращения	846	860	834	221	498
Новообразования	205	200	203	73	101
Смертность от внешних причин (несчастные случаи, отравления и травмы)	219	191	183	37	65
Источники: Health in Europe. Data 1998 – 2003. – Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005; ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных ЗДВ, январь 2007 г.; Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2006: стат. мат. – М., 2007.					

(например, в 2007 г. в Норвегии – 3,2; Финляндии – 2,7; Исландии – 1,9 умершего на 1000 родившихся⁴⁴). Отметим, что в России в период относительно благоприятного развития социально-экономической ситуации (2000 – 2007 гг.) темпы снижения младенческой смертности даже несколько снизились по сравнению с неблагоприятным периодом 1990-х гг. (0,61 против 0,88).

Основными в структуре младенческой смертности являются факторы, тесно связанные со здоровьем матери. Три основные группы причин смертности – перинатальные осложнения, врождённые аномалии и болезни органов дыхания – сохранили своё лидерство, но их «вклад» в младенческую смертность изменился. Современная структура младенческой смертности сложилась в начале 1990-х гг. и с тех пор является практически неизменной: ведущими причинами остаются состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врождённые аномалии развития, составляющие в совокупности 68,8% (табл. 2.8).

Обобщающей характеристикой уровня смертности во всех возрастах служат показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении или средняя продолжительность жизни. Ожидаемая продолжительность жизни населения России на 11 лет ниже, чем в экономически развитых европейских странах (табл. 2.9). При этом мужчины в России живут в среднем на 15 лет меньше, чем в европейских государствах, а женщины – на 8 лет.

⁴⁴ ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных ЗДВ, январь 2009 г.

Таблица 2.8

Младенческая смертность в России 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
2000	153,3	67,7	35,5	16,5	9,2	9,7
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 2.9

Ожидаемая продолжительность жизни населения
в России и 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
Мужчины	63,79	58,3	59,15	58,98	60,47	61,39
Женщины	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
Мужчины	71,61	72,53	74,17	75,54	75,89	75,97
Женщины	78,68	79,6	80,72	81,69	82,05	82,13

Источник: ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных ЗДВ, январь 2009 г.

Более того, наблюдаются значительные территориальные различия в ожидаемой продолжительности жизни населения. Так, её показатель в разрезе федеральных округов различается почти на 5 лет. Особенно низкими показателями ожидаемой продолжительности жизни устойчиво характеризуется Дальневосточный федеральный округ (64,9 года в 2007 г, что на 3 года меньше, чем в среднем по РФ). Самая большая в стране ожидаемая продолжительность жизни зафиксирована в Южном федеральном округе (69,7 года в 2007 г, что на 2 года больше, чем в среднем по РФ; табл. 2.10).

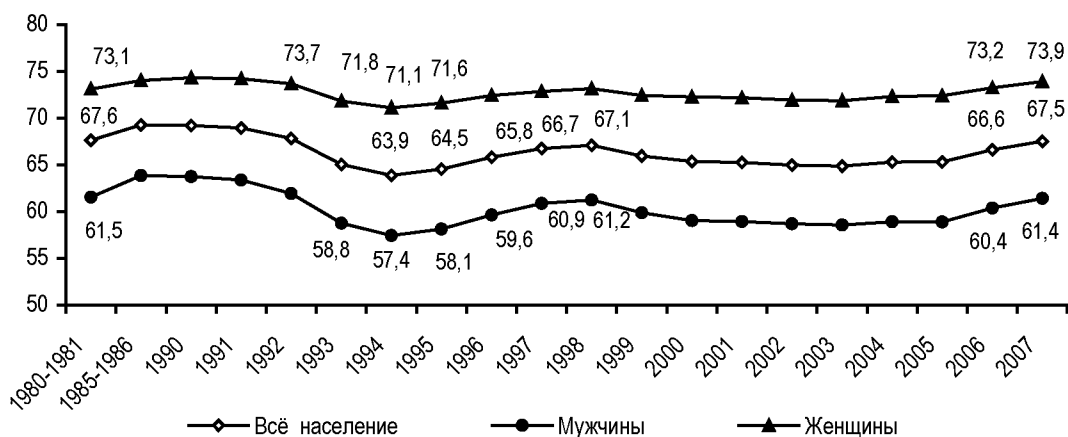
Таблица 2.10

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении
в федеральных округах России, лет**

Год	Россия	Централь- ный ФО	Северо- Западный ФО	Южный ФО	Приволж- ский ФО	Уральский ФО	Сибирский ФО	Дальнево- сточный ФО
1998	67,02	67,25	67,19	67,79	67,55	67,08	65,70	65,19
2000	65,43	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	65,37	66,29	64,02	68,06	65,26	65,22	62,75	62,24
2006	66,67	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. – С. 68-69.; Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – С. 84-85.

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 (рис. 2.5). 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. 2.5. Ожидаемая продолжительность жизни в России
при рождении, лет**

Источник: Демографический ежегодник России. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – С. 103.

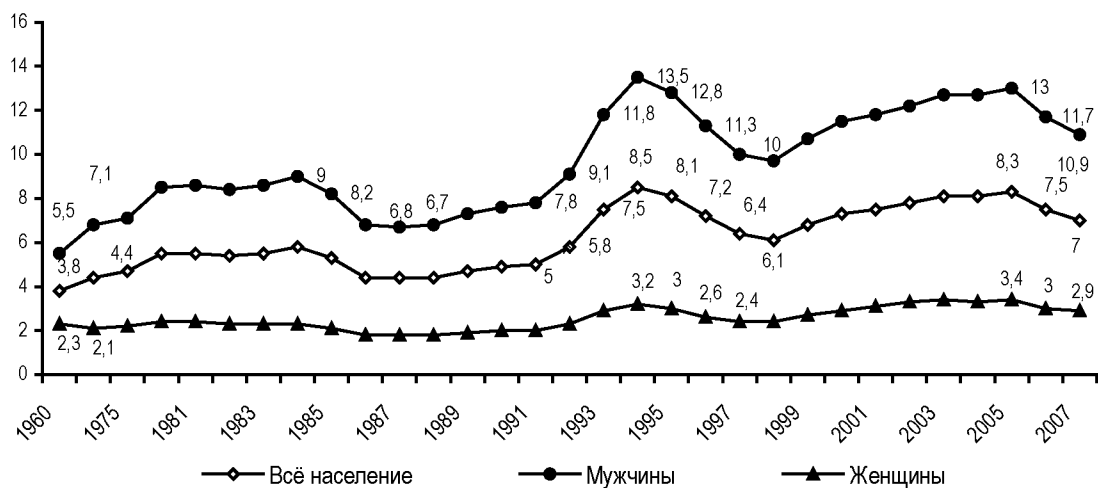


Рис. 2.6. Коэффициенты смертности населения РФ в трудоспособном возрасте (число умерших на 1000 лиц трудоспособного возраста)

Источник: Демографический ежегодник России. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – С. 190.

Значительный «вклад» в снижение ожидаемой продолжительности жизни вносит преждевременная смертность населения, особенно мужчин, в трудоспособном возрасте (рис. 2.6).

В то же время анализ показывает, что многие из стран, значительно опережающих Россию по показателям ожидаемой продолжительности жизни, заметно уступают ей по величине среднедушевого ВВП (табл. 2.11). Таким образом, при концентрации усилий уже в настоящее время в России есть возможность увеличить продолжительность жизни населения.

Таблица 2.11

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. США	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет
Россия	10845	65,4
Болгария	9032	72,6
Турция	8407	68,9
СНГ	8077	67,1
Центральные азиатские республики и Казахстан (ЦАРК)	3623	69,1

Источник: ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных ЗДВ, январь 2009 г.

Снижение численности населения, или прямая депопуляция, в современной России сопровождается значительным ухудшением его физического, психического, репродуктивного здоровья. Первичная заболеваемость населения за период с 1992 по 2006 г. выросла на 24% (рис. 2.7). Рост заболеваемости отмечается среди всех возрастных групп и по большинству классов заболеваний. Особенно значительный рост отмечен в классах болезней системы кровообращения – в 2 раза, болезней крови и кроветворных органов – в 2 раза, новообразований – в 1,5 раза (рис. 2.8). Можно было бы отчасти объяснить рост заболеваемости успехами в развитии диагностической медицины, если бы не столь значительный уровень смертности по многим нозологическим формам.

На различных территориях РФ уровень заболеваемости населения неодинаков. Наиболее высокие показатели заболеваемости – среди жителей европейской части России. Так, в Приволжском, Уральском, Северо-Западном федеральных округах уровень заболеваемости в 2007 г. превышал среднероссийский показатель

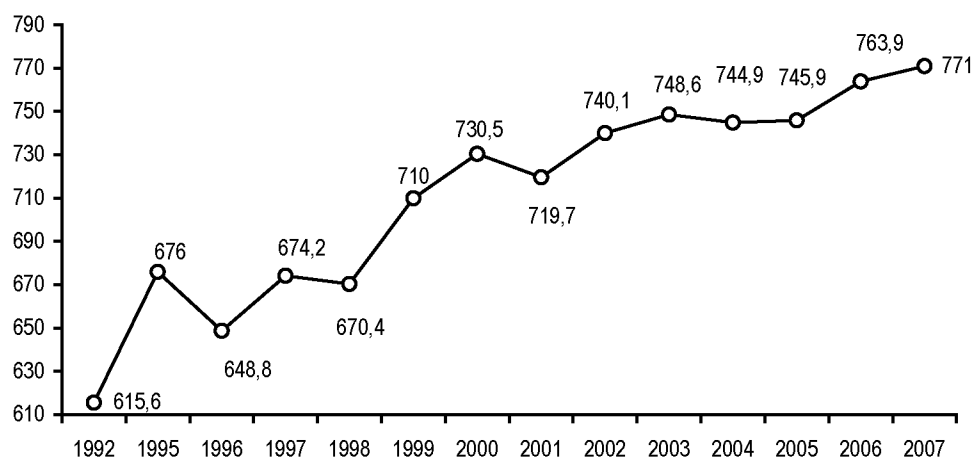


Рис. 2.7. Заболеваемость населения России на 1000 человек населения
(зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – С. 306; Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – С. 314.

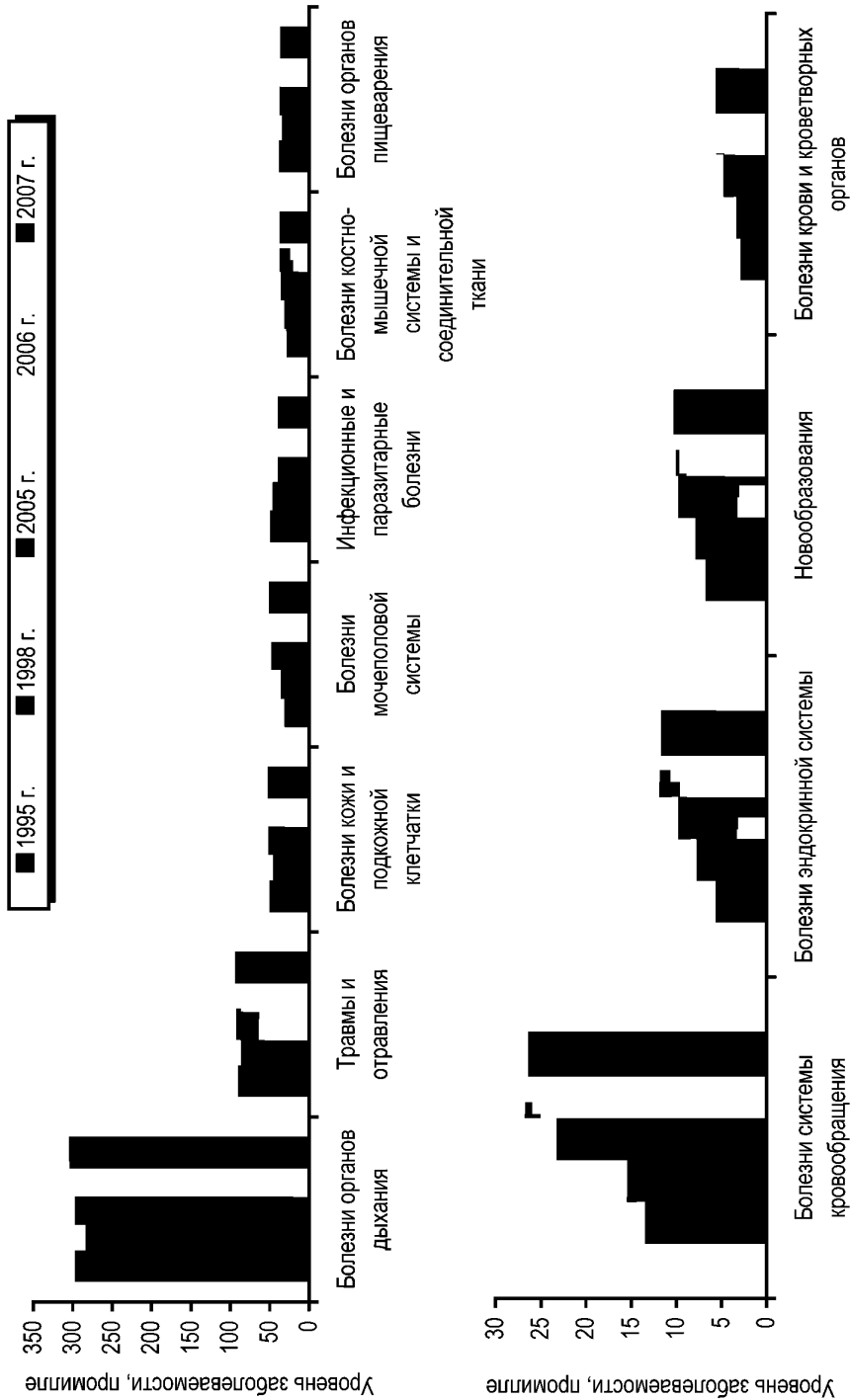


Рис. 2.8. Заболеваемость населения России на 1000 человек населения по основным классам болезней (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2003: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – С. 308.; Регионы России. Социально-экономические показатели. 2006: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – С. 316.

Таблица 2.12

Заболееваемость 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		Дальневосточный ФО	
	на 1000	на 1000	R*	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		
2000	735,7	734,6	4	754,2	5	618,9	1	790,5	7	785,5	6	729,8	3	713,4	2		
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		

* R – ранговое место региона.
 Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: Р32 стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – С. 306-307; Регионы России. Социально-экономические показатели. 2006: Р32 стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – С. 314-315.

на 82; 42 и 34 случая на 1000 человек населения соответственно (табл. 2.12). Наиболее благоприятная ситуация на протяжении длительного периода наблюдается в Южном федеральном округе, где в 2007 г. уровень заболеваемости был на 116 случаев на 1000 человек населения ниже, чем в среднем по РФ. Несмотря на имеющуюся дифференциацию, даже на относительно благоприятных территориях показатели заболеваемости населения неуклонно увеличиваются.

Рост заболеваемости населения в России сопровождается увеличением показателей инвалидности. В 2006 г. общая численность инвалидов, состоявших на учёте в системе Пенсионного фонда РФ, составляла 13 млн. человек, или 103 случая инвалидности на 10 тыс. населения (табл. 2.13); в 2007 г. – 78 случаев инвалидности на 10 тыс. населения. 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)⁴⁵.

⁴⁵ ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных ЗДВ, январь 2009 г.

Таблица 2.13

Численность инвалидов в Российской Федерации

Показатели	Год								
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Численность инвалидов, состоящих на учете в системе Пенсионного фонда РФ, тыс. чел.	4338	7139	10597	10779	10552	10679	11223	12546	13014
Численность лиц, впервые признанных инвалидами, тыс. чел.	765	1347	1109	1200	1184	1092	1463	1799	1474
На 10 тыс. человек населения	51,7	91,5	76,2	82,2	81,5	75,5	101,7	125,7	103,4
Из общей численности инвалидов, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии:									
всего, тыс. чел.	155	454	675	658	642	624	593	573	554
на 10 тыс. детей	38,6	119,3	201,7	203,7	205,9	207,1	204,2	205,0	205,0
Источник: Российский статистический ежегодник. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007.									

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

Тревожной тенденцией является рост инвалидности детского населения. За период с 1990 по 2006 г., несмотря на некоторое снижение темпов прироста показателя после 2000 г., число детей-инвалидов выросло в 3,5 раза (см. табл. 2.13). Хотя, по мнению специалистов, реальное число детей-инвалидов в России в 2 – 2,5 раза превосходит официально зарегистрированный уровень. В связи с нечёткостью механизма установления инвалидности многим детям её просто не оформляют⁴⁶.

Важной характеристикой общественного здоровья является степень распространённости так называемых «социальных болезней» или «болезней социального неблагополучия», которые возникают при ухудшении социально-гигиенических условий проживания, плохом состоянии бытовой и санитарной инфраструктуры, увеличении маргинальных слоёв, низком

⁴⁶ Альтернативный доклад российских НПО в Комитет по правам ребёнка, 2005.

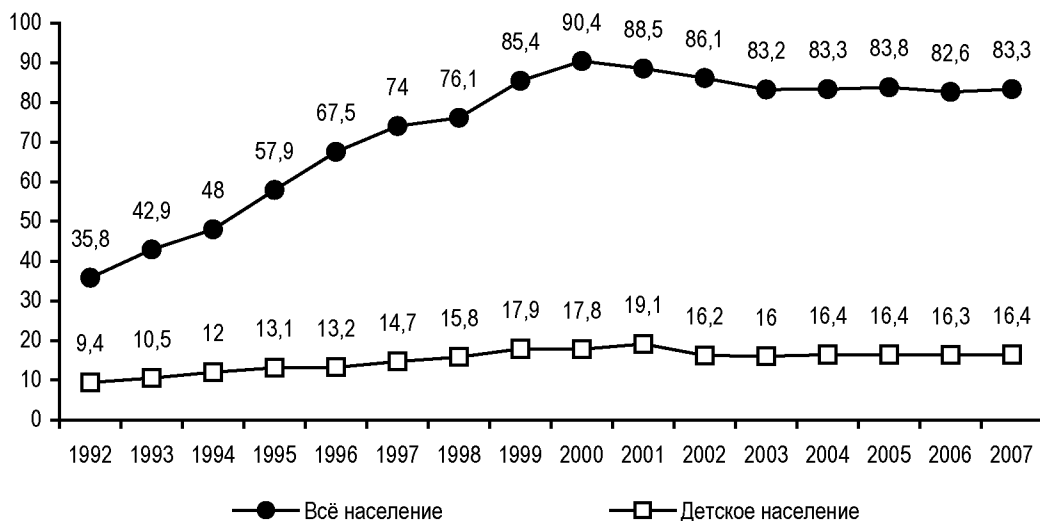


Рис. 2.9. Заболеваемость туберкулёзом в России на 1000 человек населения (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

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

качестве медицинского обслуживания. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней в России за период с 1990 по 2006 г. увеличилась в 2 раза (с 13 случаев на 100 тыс. человек населения до 24 случаев)⁴⁷.

Наиболее показательной в плане отражения степени благополучия социальных процессов является заболеваемость населения туберкулёзом. Сложившаяся в России ситуация по заболеваемости туберкулёзом может быть оценена как опасная. По нормативам ВОЗ, при уровне заболеваемости туберкулёзом 50 человек на 100 тыс. населения наступает эпидемия. На протяжении нескольких лет данный показатель в РФ превышает 80 чел. на 100 тыс. населения (рис. 2.9). Наиболее неблагоприятная ситуация складывается в Дальневосточном (в 2007 г. – 132 чел. на 100 тыс. населения), Сибирском (127) и Уральском (103) федеральных округах.

⁴⁷ Социально-демографическая безопасность России / под ред. В.А. Черешнева, А.И. Татаркина. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2008. – С. 65; ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных ЗДВ, январь 2009 г.

Таблица 2.14

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	1090	266	407	133	464	181	328	119
2000	89808	618	3452	148	1002	191	741	126
2005	300252	1564	7253	168	1376	199	992	132
2006	373718	2545	16791	206	3352	226	2556	147
2007	403100	2636	19924	219	3639	232	2801	151
2008, июнь	433827	2830	27341	275	4655	244	3722	168

Источники: Информационные бюллетени Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом за 1994 – 2008 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.hivrussia.ru/stat/2008.shtml>

Рост заболеваемости туберкулёзом отмечается и среди детского населения (см. рис. 2.9). Согласно данным Минздрава РФ, самый высокий уровень заболеваемости зафиксирован среди детей дошкольного возраста (от 3 до 6 лет): в 2007 г. он составил 23 чел. на 100 тыс. населения соответствующего возраста⁴⁸.

Туберкулёзом чаще болеют мужчины. Показатель заболеваемости женщин в России в 3 раза ниже, чем показатель заболеваемости мужчин (в 2005 г. – 44,9 и 128,6 случая на 1000 человек населения соответственно).

Особое место среди социально значимых болезней в России (как и во многих других странах) занимает ВИЧ-инфекция и СПИД. Ежедневно в России регистрируется в среднем 110 – 120 новых случаев ВИЧ-инфекции. В 2001 – 2003 гг. в России ежемесячно выявлялось около 5 тыс. новых ВИЧ-инфицированных (табл. 2.14). В настоящее время эпидемия ВИЧ затронула все регионы нашей страны. Одной из особенностей России стало то, что больше всего инфицированных СПИД в местах лишения свободы: по данным Международного Красного Креста, концентрация инфицированных заключенных в общем числе отбывающих

⁴⁸ Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года) / МЗ РФ. – М., 2003.

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 российской экономике.

Ж

Заключая анализ общественного здоровья на межстрановом и страновом уровне, отметим, что характерная для современного мира совокупность тенденций глобализации, урбанизации и старения населения обуславливает изменение структуры ведущих причин заболеваемости и смертности населения. Данными причинами становятся неинфекционные болезни, такие как депрессия, диабет, сердечно-сосудистые заболевания и рак. Возрастные границы смертности будут смещаться от молодых к более старшим возрастным группам. Старение населения ведёт также к росту частотности сочетанной заболеваемости. Эти тенденции в полной мере присущи России.

В то же время следует отметить, что развитые 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 в России показал, что численность населения сокращается, его депопуляция, начавшаяся в 1992 г., охватила все регионы. За период с 2000 по 2007 г. только наметились положительные изменения в трендах рождаемости и смертности. Отчасти это стало возможным вследствие стабилизации социально-экономической

ситуации, активизации социальной политики государства, благодаря началу реализации национального проекта «Здоровье». Однако, учитывая инерционность демографических процессов, можно сказать, что принятых мер недостаточно. Для стабилизации демографической ситуации необходима продолжительная целенаправленная работа, учитывающая особенности страны в целом и её отдельных регионов.

Если в демографической ситуации хотя бы наметились положительные изменения, то здоровье россиян за относительно благополучный период даже не стабилизировалось. Во всех регионах фиксируется рост заболеваемости и инвалидизации населения, увеличивается заболеваемость социально обусловленными болезнями. Снижение численности населения и ухудшение его здоровья представляет угрозу национальной безопасности, поэтому требует безотлагательных активных мер по улучшению сложившейся ситуации, особенно в период протекания мирового финансово-экономического кризиса, охватившего и Россию.

Глава 3

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА (на примере Вологодской области)

Общественное здоровье населения любой страны – это сумма многих слагаемых. В качественном аспекте выделяются физическое, психическое, социальное, репродуктивное здоровье и здоровье детского населения, в территориальном – здоровье населения отдельных регионов. Качество общественного здоровья можно оценить, используя наиболее важные и достоверные показатели, такие как: ожидаемая продолжительность жизни, стандартизованные коэффициенты смертности (от всех причин и отдельно по причинам), младенческая смертность, общая заболеваемость и заболеваемость некоторыми социальными⁴⁹ болезнями и др. Анализ совокупности этих показателей позволяет достаточно точно оценить уровень здоровья населения и даёт представление о социально-экономической ситуации в стране и регионе.

Оценка тенденций изменения общественного 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 здоровья населения выявляется субъективная характеристика состояния здоровья индивида, его отношение к здоровью. В данной главе представлен анализ здоровья населения Вологодской области на основе статистических данных и социологических исследований в период 1998 – 2008 гг.

⁴⁹ Социальные болезни – болезни человека, возникновение и распространение которых в определяющей степени зависят от влияния неблагоприятных условий социально-экономического строя. К социальным болезням относят: туберкулёз, венерические заболевания, алкоголизм, наркомании, рахит, авитаминозы и другие болезни недостаточного питания, некоторые профессиональные заболевания (Большая Советская Энциклопедия).

3.1. Физическое здоровье населения

Статистические данные о заболеваемости, инвалидности и смертности населения Вологодской области в сравнении со среднероссийскими данными и данными экономически развитых стран показывают, что состояние здоровья населения региона хуже не только по сравнению с европейскими государствами, но и Россией в целом (табл. 3.1).

С 1992 г. в России началось стремительное сокращение численности населения из-за высокой смертности, уровень которой в 1,5 – 2 раза превышает аналогичный показатель в экономически развитых странах. В Вологодской области в целом естественная убыль населения также началась в 1992 г. С этого времени область вступила в длительную полосу депопуляции. Суммарная убыль за 10 лет (1998 – 2007) превысила 100 тыс. человек. В результате население области сократилось на 9% (табл. 3.2).

На территории Вологодской области, так же как и в целом по России, сокращение численности населения произошло не только по причине снижения рождаемости, но и за счёт увеличения смертности населения, причём смертность в области превышает аналогичные показатели по России и СЗФО (рис. 3.1).

Таблица 3.1

Здоровье населения Вологодской области в сравнении с Россией и экономически развитыми странами (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 / Вологдастат. – Вологда, 2008; Федеральная служба госстатистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>; Европейская база данных «Здоровье для всех» (март 2009 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadb>

Таблица 3.2.

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	1338,5	1332,9	1319	1290	1279	1267	1256	1245	1235	1228	1222,9	115,6
Российская Федерация	147802	147539	146900	145600	145600	145000	144200	143500	142800	142200	142000	5802

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области / Вологдастат. – Вологда, 2000; 2008; Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Росстат. – М., 2004; 2008.

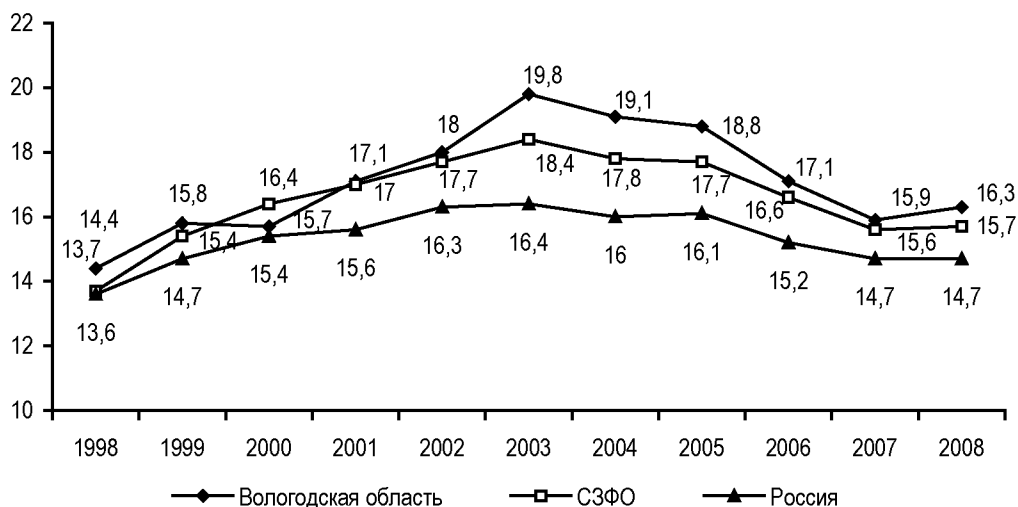


Рис. 3.1. Динамика смертности населения Вологодской области в сравнении с СЗФО и РФ (на 1000 населения)

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области / Вологдастат. – Вологда, 2008; Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Росстат. – М., 2004, 2007; Демографический ежегодник России / Росстат. – М., 2008.

В структуре смертности населения Вологодской области преобладают причины, предотвратимые мерами профилактики и адекватной медицинской помощи: болезни системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи, отравления и травмы, болезни органов пищеварения и дыхания. В последнее десятилетие структура основных причин смертности среди населения региона менялась незначительно. Зафиксированное в 1998 – 2003 гг.

нарастание показателей смертности снизилось в период с 2003 по 2008 г. Смертность от воздействия внешних причин занимала в 2003 г. второе место, а в 2008 г. она переместилась на третье за счёт снижения смертности от дорожно-транспортных происшествий, алкогольных отравлений. К 2003 г. отмечен значительный рост смертности от болезней пищеварительного тракта, которая поднялась на четвёртое место (табл. 3.3). Значителен рост показателя смертности от инфекционных и паразитарных болезней.

Общее число умерших в 2008 г. по сравнению с 1998 г. возросло на 13%, а среди населения в трудоспособном возрасте – на 15%. Каждый четвёртый из числа умерших в 2008 г. находился в трудоспособном возрасте (табл. 3.4). Смертность мужчин в трудоспособном возрасте составила 6,9 случая на 1000 нас., женщин – 2,7.

Младенческая смертность – один из важнейших интегрированных демографических показателей, отражающих социально-экономическое благополучие общества, эффективность деятельности учреждений здравоохранения. В каждом регионе уровень младенческой смертности определяется целым рядом причин,

Таблица 3.3

**Структура основных причин смертности среди населения
Вологодской области**

Нозоформы	1998 г.		2003 г.		2008 г.	
	Показатель на 100 тыс. нас.	Ранг	Показатель на 100 тыс. нас.	Ранг	Показатель на 100 тыс. нас.	Ранг
Болезни системы кровообращения	868,9	1	1094,2	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: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

Таблица 3.4

**Смертность среди трудоспособного населения Вологодской области
в сравнении с общей смертностью (на 1000 населения)**

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 среди 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 ГУЗ ВО «МИАЦ»; Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.												

но наиболее существенный вклад в формирование этого показателя вносят организация и качество медицинской помощи беременным женщинам, новорожденным, детям первого года жизни и внедрение эффективных профилактических программ⁵⁰.

В Вологодской области младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми) снизилась с 17 случаев в 1998 г. до 7,7 случая в 2008 г. Этот показатель соответствует предельно допустимому значению младенческой смертности, установленному Европейским региональным бюро ВОЗ, – 10 детей на 1000 родившихся живыми. Но все же российские показатели младенческой смертности в среднем в 2 раза выше, чем в развитых странах Европы.

В структуре причин младенческой смертности в Вологодской области первое место занимают отдельные состояния перинатального периода – 43%, второе – врождённые пороки развития – 15%, третье – травмы, отравления и несчастные случаи – 9%. Существенное влияние на динамику младенческой смертности оказала реализация целевой программы «Здоровый

⁵⁰ Баранов А.А. Здоровье детей России (состояние и проблемы) / под ред. акад. РАМН проф. А.А. Баранова. – М., 1999.

Таблица 3.5

Смертность среди детей до 1 года на 1000 родившихся живыми

	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

Источник: Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 году. – М., 2008; Европейская база данных «Здоровье для всех» (март 2009 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro>

ребёнок»: снижение показателя (в расчёте на 1000 родившихся живыми) в России за 1998 – 2007 гг. составило 43%, в Вологодской области – 47% (табл. 3.5).

Анализ показывает, что негативные тенденции в динамике смертности среди населения в регионе начались задолго до 1992 г.: в период с 1986 по 1992 г. общий коэффициент смертности увеличился с 10,4 до 12,2 промилле (см. рис. 2.3.); социально-экономическая трансформация лишь ускорила происходившие процессы. Группами, требующими особого внимания, являются люди трудоспособных возрастов, и прежде всего мужчины 40 – 59 лет, хотя резервы предотвратимой смертности формируются в молодом возрасте.

Заболеваемость населения региона – одна из важнейших характеристик общественного здоровья. В 2008 г. на территории области было зарегистрировано около 1 млн. 812 тыс. случаев различных заболеваний, в том числе около 454 тыс. случаев с впервые в жизни установленным диагнозом⁵¹. В период с 1998 по 2008 г. общая заболеваемость населения повысилась.

⁵¹ Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2008 год: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр», 2009.

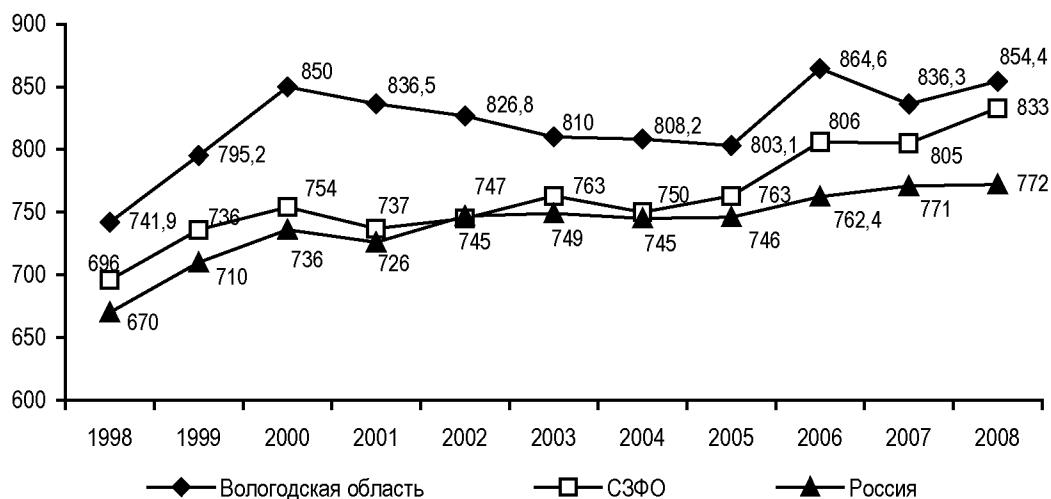


Рис. 3.2. Заболеваемость населения Вологодской области в сравнении с данными по России и СЗФО (на 1000 населения)

Источники: Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Росстат, Вологдастат. – Вологда, 2004, 2007; Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

Не исключено, что это – результат проведённой в 2007 – 2008 гг. диспансеризации работающего населения⁵² (рис. 3.2).

За 10 лет уровень первичной заболеваемости населения региона возрос почти на 15%⁵³. Это произошло за счёт роста заболеваемости почти по всем группам болезней, за исключением инфекционных и паразитарных, психических расстройств, болезней органов дыхания, врождённых аномалий, болезней, вызванных воздействием внешних причин. В течение относительно благоприятного периода развития государства и реформирования здравоохранения структура заболеваемости населения региона практически не изменилась (табл. 3.6).

⁵² В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2007 г. проведена дополнительная диспансеризация трудоспособного населения. Осмотрено впервые 76,9 тыс. человек, выявлено 42251 заболевание или 7,8% от общего числа впервые выявленных (источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Вологодской области в 2007 году. – Вологда: ДЗО, 2008).

⁵³ Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

Территория области неоднородна с точки зрения заболеваемости населения. Можно выделить группы муниципальных образований с высокой и низкой заболеваемостью (рис. 3.3, 3.4). По уровню заболеваемости большинство районов относятся к группе с показателями ниже среднеобластного (832,0 на 1000 населения).

В 1998 – 2008 гг. улучшились показатели заболеваемости только в Чагодощенском районе (с 700 до 672), в остальных 27 муниципальных образованиях заболеваемость увеличилась.

Перейдём теперь к следующему важнейшему показателю общественного здоровья – инвалидности. Инвалидность или стойкая нетрудоспособность – это длительная или постоянная потеря трудоспособности вследствие значительного нарушения функций организма, вызванного хроническим заболеванием или травмой. На процесс формирования инвалидности населения особенно влияют факторы внешнего воздействия, уровень общей заболеваемости, степень доступности качественной медицинской помощи.

Таблица 3.6

**Заболеваемость населения Вологодской области
по нозологическим формам***

Нозоформы	1998 г.		2004 г.		2008 г.	
	Показатель на 1000 нас.	Ранг	Показатель на 1000 нас.	Ранг	Показатель 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: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

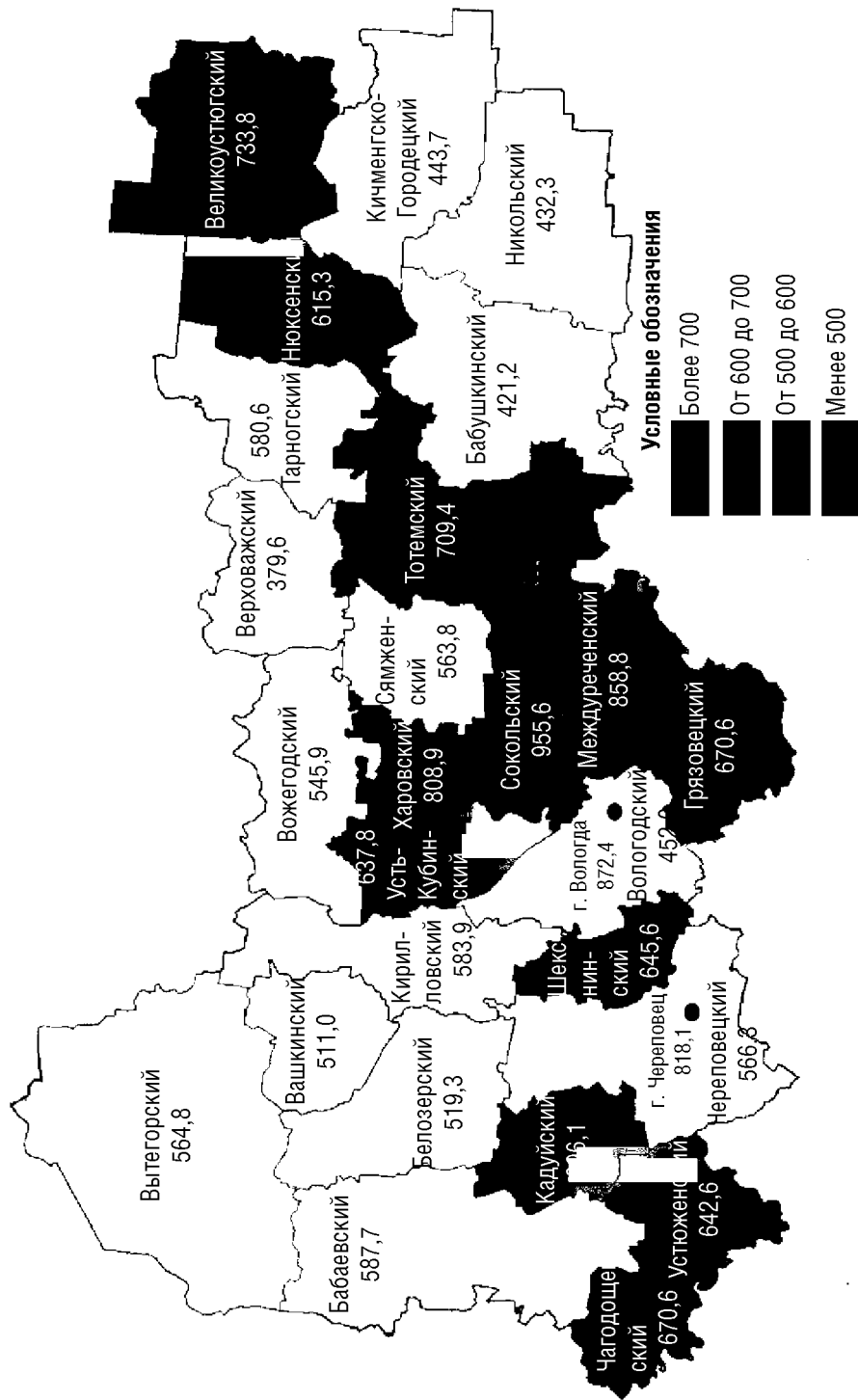


Рис. 3.3. Заболеваемость населения Вологодской области в разрезе муниципальных образований в 1998 г.
(на 1000 населения)

Общее число лиц, впервые признанных инвалидами, среди взрослого населения Вологодской области в период с 1998 по 2008 г. снизилось почти на 20% (табл. 3.7). 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, Вологодская область занимала в 2005 г. наихудшее 10-е место (132,9 на 10 тыс. нас.).

Анализ структуры первичной инвалидности взрослого населения указывает, что в период с 1998 по 2008 г. на 19% снизилась численность лиц, впервые признанных инвалидами в связи с болезнями системы кровообращения, на 16% – в связи с травмами, но на 12% возросло число лиц, признанных инвалидами в связи с выявлением злокачественных новообразований.

В период с 1998 по 2008 г. ситуация с инвалидностью улучшилась в 22 муниципальных образованиях и ухудшилась в 6 районах (табл. 3.8).

Однако между отдельными муниципальными образованиями области имеются значительные различия в показателях

Таблица 3.7

**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
– с травмами	7,7	6,5	8,2	8,2	8,1	9,2	9,3	7,5	7,6	6,6	6,5	84
– 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. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.												

Таблица 3.8

**Показатели первичного выхода на инвалидность
взрослого населения Вологодской области в разрезе
муниципальных образований в 2008 г. (на 10 тыс. населения)**

Выше среднеобластного уровня	Показатель	Близко к среднеобластному уровню или равно ему	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		Череповецкий район	89,8
Усть-Кубинский район	136,1	район	98,9	г. Череповец	80,1
Бабаевский район	131,6	Вологодский район	98,4	Бабушкинский район	78,4
Сокольский район	127,8	Вытегорский район	97,6	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					
Примечание. Полужирным курсивом выделены районы, в которых произошло увеличение показателя инвалидности по сравнению с 1998 г.					

первичного выхода на инвалидность взрослого населения. Так, в 2008 г. уровень инвалидизации в Верховажском районе («лидер» по этому параметру) был выше, чем в Белозерском (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, характеризующим уровень здоровья населения, является средняя ожидаемая продолжительность жизни⁵⁴. В Вологодской области в 2008 г. она достигла уровня 1998 г. и составила 67 лет. Однако это меньше на один год, чем

⁵⁴ Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) – 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 остаётся таким, как в годы, для которых вычислен показатель. ОПЖ является наиболее адекватной обобщающей характеристикой современного уровня смертности во всех возрастах.

Таблица 3.9

**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: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2000, 2008; Демографический ежегодник России / Росстат. – М., 2008; ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех» (март 2009 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro>

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 (табл. 3.9).

Понять, как изменяется здоровье на микроуровне, позволяют социологические исследования. Метод самооценок (несмотря на некоторые ограничения) признан достаточно надёжным и рекомендован Всемирной организацией здравоохранения для мониторинга здоровья и внутри отдельных стран, и для межстрановых сравнений⁵⁵.

Доля населения стран ЕС, оценивающего своё здоровье как хорошее, в 2007 г. составляла 67%⁵⁶. Согласно исследованиям Института социологии РАН, 42% населения России оценивает состояние своего здоровья как среднее (удовлетворительное); суммарная доля тех, кто оценивает своё здоровье как отличное и хорошее, превышает долю оценивающих его как плохое и очень плохое (45 и 13% соответственно)⁵⁷.

⁵⁵ Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья / Российская академия медицинских наук; Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/Document/WA9502003EU_R.pdf

⁵⁶ Европейская база данных «Здоровье для всех» (март 2009 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro>

⁵⁷ Информационно-аналитический бюллетень [Электронный ресурс]. – 2008. – №1. – Режим доступа: www.isras.ru

Таблица 3.10

**Оценка состояния собственного здоровья жителями
Северо-Западного федерального округа (2008 г., в %)**

Регион	Оценка здоровья		
	Очень хорошее, довольно хорошее	Удовлетворительное	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, проведённого ИСЭРТ РАН на территории регионов СЗФО в 2008 г.

По данным мониторинга ИСЭРТ РАН, 41% жителей СЗФО оценивают своё здоровье как очень хорошее, довольно хорошее; 45% – как удовлетворительное и 14% – как плохое, очень плохое (табл. 3.10)⁵⁸.

Анализ динамики самооценок здоровья жителей Вологодской области⁵⁹ свидетельствует об улучшении этих показателей

⁵⁸ Мониторинг общественного мнения проведён ИСЭРТ РАН на территории регионов СЗФО в июне – июле 2008 г. Было опрошено 7139 респондентов в десяти регионах Северо-Западного федерального округа, в том числе в Архангельской области – 625, Мурманской – 625, Калининградской – 625, Ленинградской – 625, Санкт-Петербурге – 626, Республике Коми – 634, Республике Карелия – 626, Новгородской области – 627, Псковской области – 626, Вологодской области (контрольный регион) – 1500.

⁵⁹ Опрос проводится ИСЭРТ РАН ежегодно, начиная с 1999 г., в апреле – мае, на территориях гг. Вологды, Череповца и в Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском, Шекснинском районах. Объём выборки – 1500 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением, пропорций между жителями населённых пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города), пропорций половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 3%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.



Рис. 3.5. Оценка состояния собственного здоровья жителями Вологодской области (в % от числа опрошенных)

за годы реформ. В период с 1999 по 2008 г. в полтора раза возросла доля населения, оценивающего своё здоровье как «хорошее, довольно хорошее», в 1,6 раза уменьшился удельный вес тех, кто оценивает своё здоровье как «плохое, очень плохое», на 6 процентных пунктов – как «удовлетворительное» (рис. 3.5).

Для приведения качественной характеристики к количественному значению нами построен индекс здоровья (ИЗ) населения региона на основе субъективных оценок. За индекс здоровья была принята субъективная оценка его состояния населением с учётом среднего от суммы применявшихся балльных оценок (1 – очень плохое, 2 – плохое, 3 – удовлетворительное, 4 – довольно хорошее, 5 – очень хорошее), умноженных на их долю в совокупности опрошенных.

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

где q_i – доля респондентов, выбравших ответ i .

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.

Приведённые результаты показывают, что индекс здоровья населения региона имел незначительную положительную динамику в 2008 г. по сравнению с 2001 г. (рис. 3.6).

Интересна зависимость индекса здоровья от возраста человека. Молодые люди значительно выше оценивают здоровье, наиболее низкие оценки дают жители области пенсионного возраста. По сравнению с 2002 г. имеет место значительное улучшение здоровья исходя из его самооценки населением всех возрастных групп (табл. 3.11).

Ухудшение здоровья чаще всего констатирует население старшего возраста, семейные люди, а также имеющие начальное или среднее образование, низкие доходы, живущие в сельской местности (прил., табл. 2).

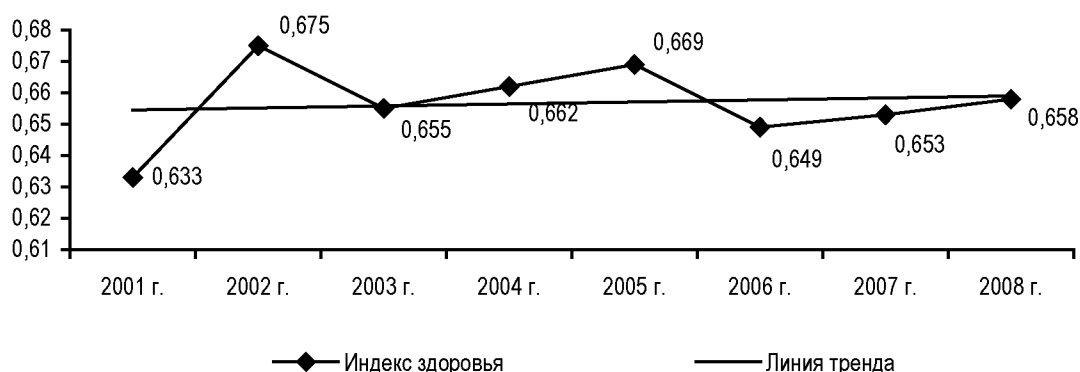


Рис. 3.6. Динамика индекса здоровья населения Вологодской области по результатам его субъективной оценки

Таблица 3.11

Состояние здоровья населения Вологодской области в зависимости от возраста (без учёта затруднившихся ответить)

Возраст, лет (женщины/мужчины)	Значение индекса здоровья						
	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
До 30	0,712	0,718	0,726	0,717	0,702	0,741	0,740
От 30 до 55 / 60	0,627	0,656	0,663	0,671	0,643	0,649	0,658
Старше 55 / 60	0,544	0,558	0,575	0,619	0,597	0,577	0,583
Средний по области	0,675	0,655	0,662	0,669	0,649	0,653	0,658

Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Таблица 3.12

**Гендерные различия в оценке состояния своего здоровья жителями
Вологодской области (без учёта затруднившихся ответить)**

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 состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Состояние здоровья критичнее оценивается женщинами, что обуславливает его более низкую самооценку по сравнению с мужчинами (табл. 3.12). В то же время в 2008 г. по сравнению с 2002 г. у женщин отмечается более интенсивное увеличение ИЗ, чем у мужчин (5 и 3% соответственно).

Недомогания, не требующие больничного листа, являются самыми частыми признаками нездоровья, отмечаемыми населением, и тенденции их снижения не наблюдается (табл. 3.13). Частота болезней, приводящих к потере трудоспособности, снизилась в 2007 – 2008 гг. Это можно расценивать как улучшение здоровья населения региона.

Рассматривая оценку состояния здоровья населения в территориальном аспекте, важно отметить, что в 2008 г. в сравнении с 2002 г. оно улучшилось в г. Череповце и в районах области (на 3,5 и 0,7% соответственно) и практически осталось без изменения в г. Вологде (табл. 3.14).

На улучшение здоровья жителей региона в 2008 г. по сравнению с 2002 г. указывает и рост доли населения, у которого «не было необходимости» пропускать рабочие дни по состоянию здоровья, и снижение удельного веса тех, кому приходилось делать это (на 6 и 9 процентных пунктов соответственно).

Однако в г. Череповце и районах за тот же период возросла доля респондентов, болевших без оформления больничного листа (табл. 3.15). С одной стороны, это свидетельствует об ухудшении

Таблица 3.13

Средний балл оценки частоты болезни в зависимости от её 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
	2003	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	2008	1,8
	2007	1,8
	2006	2,0
	2005	2,0
	2004	2,0
	2003	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.)	2008	1,3
	2007	1,3
	2006	1,5
	2005	1,5
	2004	1,5
	2003	1,4
	2002	1,5
* 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 состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.		

их здоровья, а с другой – о снижении их медицинской активности (люди не обращаются за медицинской помощью, что ведёт к увеличению риска возникновения отклонений в здоровье и росту хронической заболеваемости), боязни потерять работу; это также может быть связано с неоплатой листов временной нетрудоспособности работодателями.

Таблица 3.14

Состояние здоровья жителей Вологодской области в зависимости от места жительства (без учёта затруднившихся ответить)

Место жительства	Значение индекса здоровья						
	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Вологда	0,640	0,633	0,659	0,659	0,686	0,643	0,642
Череповец	0,626	0,664	0,669	0,669	0,643	0,686	0,661
Районы	0,635	0,661	0,660	0,674	0,638	0,641	0,642

Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

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

Женщины более внимательны к своему здоровью, поэтому они чаще мужчин отмечают у себя различного рода хроническую патологию (66 и 34% в городских поселениях; 54 и 46% – в сельских соответственно). Мужчины же настроены более оптимистично и оценивают своё здоровье выше, чем женщины (табл. 3.16).

У врача наблюдались в среднем 62% женщин и только 38% мужчин, имеющих хронические заболевания. Это также указывает на низкий уровень медицинской активности мужского населения региона.

Таблица 3.15

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

Варианты 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 состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Таблица 3.16

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

Место проживания	Имеются ли у Вас длительно протекающие (хронические) заболевания или состояния?		Беспокоила ли Вас эта проблема 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 состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Таким образом, анализ результатов измерений выявил, что за период с 2002 по 2008 г. на фоне статистически измеренного ухудшения состояния здоровья по многим нозологическим формам в целом по области произошли положительные изменения в самооценках здоровья населения.

Одной из причин повышения общей самооценки здоровья может быть улучшение социального настроения (см. рис. 3.7). Его можно расценивать как благоприятный фон для формирования положительных тенденций в сфере общественного здоровья населения.

3.2. 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 территорий, чем состояние экономики и уровень доходов населения.



Рис. 3.7. Динамика показателя социального настроения, в %

Источник: Данные мониторинга общественного психического здоровья / ИСЭРТ РАН, 1999 – 2009.

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 расчёты, он в значительной мере определяет готовность экономических игроков к риску, а, значит, прямо влияет на ценообразование и другие основные экономические параметры»⁶⁰.

Комплексным индикатором психологического самочувствия населения является показатель социального настроения. В его динамике в 1998 – 2008 гг. наблюдались положительные изменения (рис. 3.7). За этот период численность людей, испытывающих преимущественно позитивные эмоции, увеличилась с 49 до 68%, в то время как удельный вес жителей, дающих негативную оценку своему настроению, сократился с 47 до 26%.

Заболеваемость психопатологиями снизилась по сравнению с уровнем 1998 г. только в 2007 г., в то время как в период с 2004 по 2006 г. данный показатель увеличивался (рис. 3.8).

Анализируя динамику заболеваемости психическими патологиями на территории Вологодской области, следует обратить внимание на следующие особенности:

⁶⁰ Джадан И. Страна неоправданного пессимизма [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.apn.ru/publications/print1739.htm>.



Рис. 3.8. Динамика заболеваемости психическими расстройствами (на 1000 населения)

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – С. 363; Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>

1. Высокий уровень заболеваемости в период до 2000 г. был 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 повлияли на динамику психопатологий в 2001 г.

3. Резкое увеличение уровня заболеваемости в 2006 г. и его снижение в 2007 г. связано с диспансеризацией населения в рамках национального проекта «Здоровье», которая позволила диагностировать психические заболевания на ранних стадиях развития.

Сотрудниками Государственного научно-исследовательского центра (НИЦ) профилактической медицины было проведено исследование, целью которого было выявление факторов, обуславливающих динамику смертности населения России. Итоги исследования озвучил д.м.н., руководитель лаборатории системных исследований здоровья НИЦ профилактической медицины И. Гундаров на заседании круглого стола по теме «Демографический кризис: механизмы преодоления», проходившего в Российской академии государственной службы. По словам учёного,

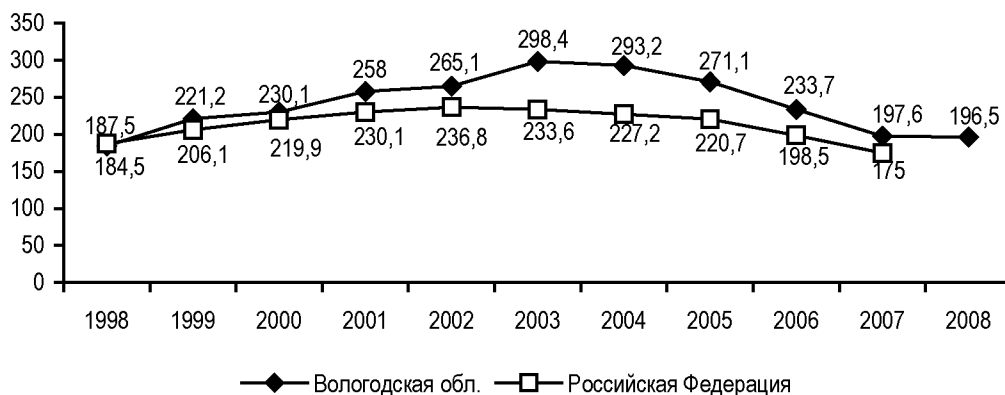


Рис. 3.9. Смертность от несчастных случаев, травм и отравлений
(на 100 тыс. чел.)

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – С. 363; Российский статистический ежегодник. 1995 – 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 819 с.

«динамика смертности на 70% определяется озлобленностью, на 11% – безысходностью, на 16% – социально-экономическими параметрами...»⁶¹.

Состояние общественного психического здоровья отражается на динамике смертности от таких причин, как самоубийства, алкогольные отравления, убийства и др. Все эти причины входят в состав категории «Несчастные случаи, травмы и отравления», которая, по данным Федеральной службы государственной статистики, имеет тенденцию снижения как в регионе, так и в среднем по стране (рис. 3.9).

Среди упомянутых причин смертности наиболее показательной являются самоубийства. Репрезентативность данного индикатора обуславливается тем, что суициды детерминируются факторами самой различной направленности (социально-экономической, психологической, медицинской и т.д.).

Уровень смертности жителей региона от самоубийств оставался значительно выше аналогичного показателя по России на протяжении всего последнего десятилетия (рис. 3.10). Значительное повышение суицидальной активности отмечалось

⁶¹ Материалы круглого стола, проходившего в Российской академии государственной службы по теме «Демографический кризис: механизмы преодоления» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.chelt.ru/2001/4/dem_4.html

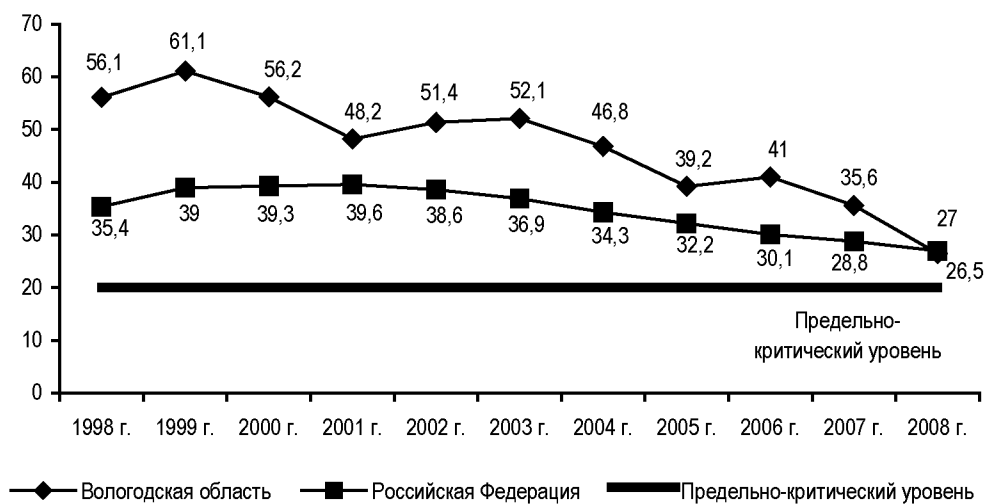


Рис. 3.10. Смертность населения от самоубийств в Вологодской области и Российской Федерации (умерших на 100 тыс. населения)

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – С. 363; Российский статистический ежегодник. 1995 – 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 819 с.

в 1992 и 1998 гг., то есть следом за известными социально-политическими и экономическими событиями в стране. С 2000 г. наблюдается тенденция снижения суицидальной активности, что, по мнению директора Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии А. Чуприкова, «свидетельствует о приспособлении населения в целом к достаточно сложным для него условиям жизни при рыночной экономике»⁶².

В целом за период с 1999 по 2007 г. средний уровень суицидальной активности населения региона составил почти 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)⁶³. В большинстве районов области уровень смертности от самоубийств за данный период составлял от 60 до

⁶² Чуприков А.П. Все темней и темней в бесконечном тоннеле [Электронный ресурс] // Зеркало недели. – 1996. – № 47 (112). – 23 – 29 ноября. – Режим доступа: <http://www.zn.ua/3000/3450/8904/>

⁶³ Осипов Г.В. Социология и государственность: достижения, проблемы, решения. – М.: Вече, 2005. – С. 185.

80 случаев на 100 тыс. населения (рис. 3.11). В городах уровень суицидальной активности населения несколько ниже (в 2007 г. – 24,5 на 100 тыс. населения в г. Вологде; 12,0 – в г. Череповце), что, на наш взгляд, может быть связано с наличием более развитой социально-экономической инфраструктуры сети 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 показателем, чем суицидальная активность населения, является уровень потребления алкоголя. Реальные масштабы проблемы алкоголизма установить достаточно сложно, поскольку вести такую статистику затруднительно даже по объёмам продаж и выпуска алкогольной продукции.

По данным официальной статистики, уровень заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами возрос с 46,6 случая на 100 тыс. населения в 1998 г. до 63,9 в 2007 г., а число лиц с данным диагнозом, состоящих на учёте, – с 1229 до 1395 на 100 тыс. населения. В целом за период с 1998 по 2007 г. 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 к повышению в период с 1998 по 2005 г., что было вызвано увеличением потребления алкогольсодержащей продукции, которая свободно продавалась в магазинах, киосках («Крепыш» и т.д.).

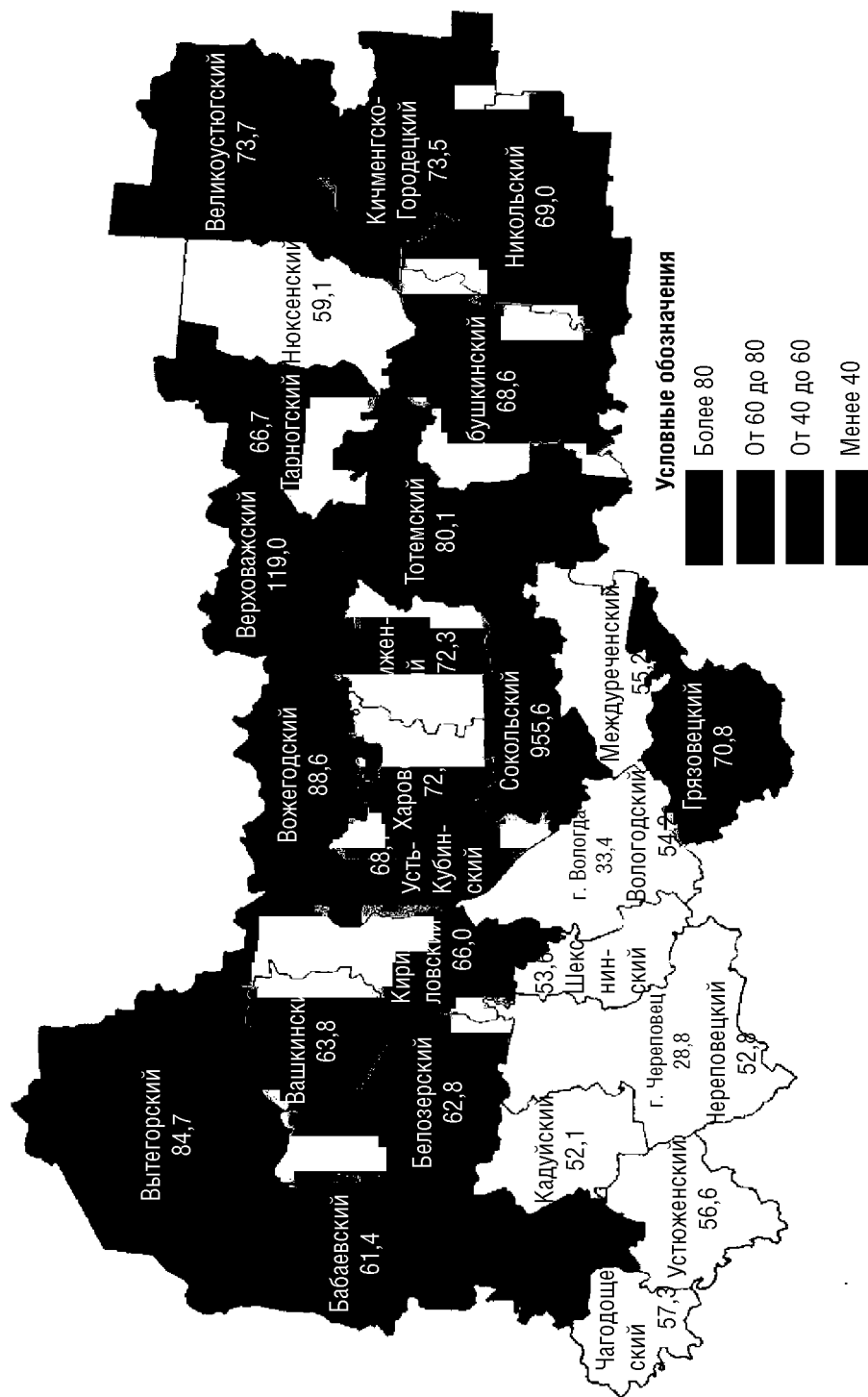


Рис. 3.11. Смертность населения Вологодской области от самоубийств
(среднее за 1998 – 2007 гг., умерших на 100 тыс. населения)

Ужесточение правил торговли алкогольсодержащей продукцией привело к тому, что начиная с 2005 г. значения данных показателей постепенно снижаются: за этот период уровень смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, сократился на 49%, заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами снизилась на 15%, а численность людей, состоящих на учёте, – на 1% (рис. 3.12).

Интерес представляет индикатор смертности от случайных отравлений алкоголем, поскольку он нашёл отражение в утверждённых Правительством РФ основных ориентирах развития страны до 2012 г. Данный показатель снижается как на общероссийском, так и на региональном уровне с 2004 г. (рис. 3.13). Однако следует отметить, что в Вологодской области смертность от алкогольных отравлений ежегодно превышает аналогичный показатель в среднем по стране.

В создании психологического климата в обществе свою роль играет и уровень тяжких преступлений, в частности убийств.

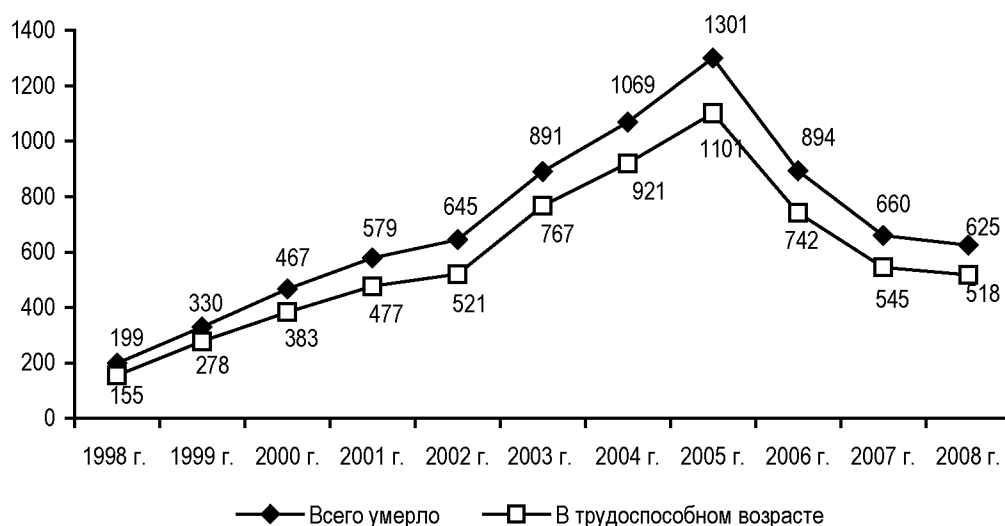


Рис. 3.12. Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя* (абсолютные значения)

* Случайные отравления алкоголем, хронический алкоголизм, алкогольный психоз, алкогольный цирроз печени.
 Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – С. 363.



Рис. 3.13. Смертность от случайных отравлений алкоголем *
(на 100 тыс. населения)

* Статистика по данному показателю ведётся с 2003 г.

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. 2003 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – С. 363.

С начала 2000-х гг. в стране и регионе наблюдается снижение данного показателя: к 2008 г. уровень смертности от убийств сократился на 45% соответственно.

Следствием снижения уровня убийств является увеличение числа жителей области, чувствующих себя в безопасности на улице в вечернее время суток (с 30 до 40% по сравнению с 2001 г.). В то же время, по данным мониторинга общественного мнения, проблема преступности, как и алкоголизма, продолжает оставаться одной из наиболее волнующих: в 2008 г. обеспокоенность этими проблемами выразили 60 и 57% населения (для сравнения: в 2001 г. актуальность проблемы преступности отметили 40% жителей области, алкоголизма – 24%; табл. 3.17).

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

Таблица 3.17

**Распространённость убийств в Вологодской области
и оценка своей безопасности населением**

Показатель	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
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: Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – С. 363; Мониторинг общественного психического здоровья. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 1999 – 2009.											

мониторинг психологического самочувствия, который проводится коллективом ИСЭРТ РАН с 2002 г.⁶⁴

Согласно полученным данным, в Вологодской области в 2008 г. доля лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста, имевших признаки невротического расстройства, составила 16% от общего количества населения данной категории, признаки депрессии – 29%, повышенной тревоги – 28% (табл. 3.18). Для оценки уровня распространённости симптомов тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии, для оценки уровня неврозов – методика экспресс-

⁶⁴ Мониторинг осуществляется методом анкетирования по месту жительства. С периодичностью 6 раз в год опрашивается 1500 человек в 10 муниципальных образованиях Вологодской области (Кирилловский, Вожегодский, Шекснинский, Грязовецкий, Никольский, Бабаевский, Тарногский, Великоустюгский районы, а также г. Вологда и г. Череповец). Выборка целенаправленная, квотная. Ошибка выборки не превышает 5%. Техническая обработка информации производилась в программах SPSS и Excel.

Таблица 3.18

**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	2007 г.	2008 г.	Среднее
Уровень тревоги в норме	59,5	61,1	66,3	65,8	66,6	73,2	72,1	66,4
Уровень тревоги превышает норму	40,3	38,2	33,3	34,2	32,9	26,7	27,9	33,4
Субклинически выраженная тревога	37,8	35,4	30,6	31,5	31,3	25,1	27,0	31,2
Клинически выраженная тревога	2,5	2,8	2,7	2,7	1,6	1,6	0,9	2,1
Уровень депрессии в норме	66,8	66,5	67,4	69,2	65,6	70,3	70,9	68,1
Уровень депрессии превышает норму	32,9	33,3	32,2	30,8	34,4	29,6	29,0	31,7
Субклинически выраженная депрессия	30,3	30,3	29,1	28,5	31,5	26,9	26,1	29,0
Клинически выраженная депрессия	2,6	3,0	3,1	2,3	2,9	2,7	2,9	2,8
Симптомы невроза	27,0	21,0	20,0	22,0	15,0	14,1	15,7	19,3
Источник: Данные мониторинга общественного психического здоровья, проводимого ИСЭРТ РАН.								

диагностики неврозов Хека и Хесса⁶⁵. За годы исследования данные показатели остались практически неизменными. При этом следует учитывать, что затяжной характер любого из вышеперечисленных заболеваний создаёт опасность его осложнения и проявления симптомов на глубинном уровне.

У 27% жителей области наблюдаются субклинически выраженные симптомы тревоги и депрессии, что вызывает необходимость психокоррекции и консультативной помощи специалиста. Почти 2% населения проявляет симптомы тревоги и депрессии на клиническом уровне. Необходимо также отметить, что именно депрессия является одним из основных движущих механизмов суицидальных тенденций, при этом вероятность совершения суицидальной попытки, а также число людей, вовлечённых в данный круг

⁶⁵ Более подробно с методикой можно ознакомиться: Шматова Ю.Е. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 186 с.

проблем, увеличивается по мере развития заболевания. По словам директора Европейского регионального бюро ВОЗ М. Данзона, «в настоящее время депрессия находится на третьем месте среди ведущих причин заболеваемости и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ»⁶⁶.

Таким образом, в динамике общественного психического здоровья на территории страны и региона за 2000 – 2003 гг. наблюдаются в целом позитивные тенденции. Одной из причин этого является социально-экономическая и политическая стабилизация относительно кризисного периода 1990-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.

По данным директора Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им В.П. Сербского Татьяны Дмитриевой, в 2008 г. на 20% увеличилось количество обращений пациентов к психологам, на 10% – к психиатрам, количество звонков по «горячей линии» научного центра им. Сербского возросло в 4 раза. По данным социологических опросов, проведённых ИСЭРТ РАН в декабре 2008 г., 36% жителей Вологодской области уже ощутили на себе последствия мирового финансового кризиса: 21% опрошенных столкнулись с задержками выплаты зарплат и пенсий, 36% – с уменьшением их размеров, 20% – с увольнением, 13% – с приостановкой деятельности предприятий. Таким образом, если первую половину 2000-х гг.

⁶⁶ Охрана психического здоровья – тема Европейской конференции ВОЗ на уровне министров [Электронный ресурс] // Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/04. – Копенгаген, 8 окт. 2004 г. – Режим доступа: <http://www.med.by/who/2004/pr15.htm>

можно трактовать как период относительной стабилизации по сравнению с девяностыми годами, то в настоящее время существует вероятность ухудшения общественного психического здоровья по причине мирового финансового кризиса. Причём обострения данной проблемы следует ожидать как на федеральном, так и на региональном уровне.

Одной из составляющих общественного здоровья, наряду с психическим и физическим здоровьем, является репродуктивное. Репродуктивное здоровье – важнейший фактор формирования демографической ситуации в регионе и в целом в стране.

3.3. Репродуктивное здоровье населения

Под репродуктивным здоровьем, в соответствии с рекомендациями Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994), подразумевается состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушения её функций и/или процессов в ней. Таким образом, репродуктивное здоровье означает возможность удовлетворённой и безопасной сексуальной жизни, способность к воспроизведению (рождению детей) и возможность решать, когда и как часто это делать. Это предусматривает право мужчин и женщин на информацию и доступ к безопасным, эффективным и приемлемым по цене методам планирования семьи и/или к иным, избранным ими методам регулирования рождаемости, которые не противоречат закону. Это означает также и право доступа к соответствующим услугам в области здравоохранения, позволяющим женщине безопасно перенести беременность и роды и обеспечивающим наилучшую возможность родить здорового ребёнка.

Воспроизводство здорового потомства более вероятно при хорошем здоровье родителей. Важную роль при этом играет репродуктивное здоровье.

Таблица 3.19

Структура оценки репродуктивного здоровья

Характеристика	Показатели	Единица измерения
Здоровье половой сферы будущих родителей	Заболеваемость болезнями мочеполовой сферы	Случаев на 1 тыс. чел.
	Эндометриоз	Случаев на 100 тыс. чел.
	Эрозия и эктропион шейки матки	Случаев на 100 тыс. чел.
	Расстройства менструации	Случаев на 100 тыс. чел.
	Сальпингит, оофорит	Случаев на 100 тыс. чел.
	Болезни предстательной железы	Случаев на 100 тыс. чел.
Способность людей к зачатию и рождению детей	Мужское бесплодие	Случаев на 100 тыс. чел.
	Женское бесплодие	Случаев на 100 тыс. чел.
Возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путём	Заболеваемость гонореей	Случаев на 100 тыс. чел.
	Заболеваемость сифилисом	Случаев на 100 тыс. чел.
Возможность планирования беременности	Число аборт	На 1000 женщин репродуктивного возраста
	Использование контрацепции: ВМС, ГОК	В % от числа женщин фертильного возраста
Безопасность беременности и родов	Заболеваемость беременных по нозологическим формам	В % от закончивших беременность
	Осложнения беременности и родов, заболеваемость	Случаев на 1000 женщин фертильного возраста
	Преждевременные роды	В % от закончивших беременность
	Заболевания, осложнившие роды и послеродовый период	Случаев на 1000 родов
Выживание ребёнка и благополучие матери	Младенческая смертность	Число умерших на 1000 родившихся живыми
	Материнская смертность	Число умерших на 100 тыс. живорожденных
	Врожденные аномалии и пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	Случаев на 100 тыс. чел.
	Доля детей, родившихся больными	В % от числа родившихся живыми
	Родилось недоношенными	В % от числа родившихся живыми

Для характеристики репродуктивного здоровья чаще используются показатели материнской и младенческой смертности, уровень абортов, заболеваемости инфекциями, передающимися

половым путём и т. д. Однако, на наш взгляд, не менее значим потенциал родительского здоровья, особенно репродуктивного, так как он во многом определяет возможность зачатия, течение беременности и родов, здоровье будущего ребёнка. В связи с этим целесообразно дополнить приведённую выше характеристику репродуктивного здоровья блоком показателей, иллюстрирующих уровень здоровья половой сферы будущих родителей (*табл. 3.19*).

В Вологодской области, как и по России в целом, в период с 1998 по 2008 г. наблюдалось некоторое увеличение показателей заболеваемости репродуктивной сферы.

С начала XXI века отмечается снижение потенциала репродуктивного здоровья будущих родителей. Заболеваемость населения болезнями мочеполовой сферы в Вологодской области увеличилась с 30 случаев на 1 тыс. чел. нас. в 2000 г. до 40 случаев в 2007 г., лишь в 2007 – 2008 гг. данный показатель снизился по отношению к уровню предыдущего года (*рис. 3.14*).

Рост заболеваемости отмечается и по многим нозологическим формам болезней репродуктивной сферы как женщин, так и мужчин, что увеличивает риск бесплодия, осложнений беременности и родов (*табл. 3.20*).

Способность к зачатию и вынашиванию ребёнка снижается. Существенно возросла заболеваемость женским бесплодием (*табл. 3.21*). Показатель мужского бесплодия в 2008 г. почти в 4 раза превысил уровень 2000 г., однако он на два порядка ниже, чем у женщин.

Существенно повышают вероятность бесплодия заболевания, передающиеся половым путём, также являющиеся характеристикой репродуктивного здоровья. Благодаря программе «АнтиВич-СПИД», реализуемой в Вологодской области, уровень общей заболеваемости инфекциями, передающимися половым путём, снизился с 13 211 случаев в 2000 г. до 7 207 в 2007 г. Однако в области чаще диагностируется одна из наиболее распространённых инфекций – гонорея (*рис. 3.15*).

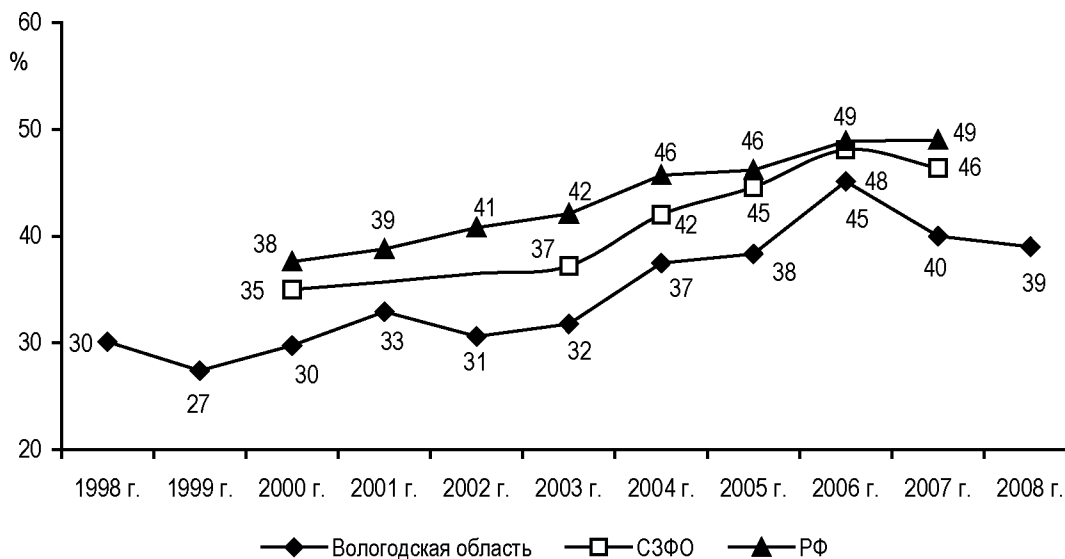


Рис. 3.14. Заболеваемость болезнями мочеполовой сферы (на 1000 чел.)

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2008 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2009; Статистический ежегодник Российской Федерации / Росстат. – М., 2008.

Таблица 3.20

Заболевания репродуктивной сферы (на 100 тыс. чел.)

Заболевания	2000 г.		2008 г.		2008 г. к 2000 г., в %	
	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ
Нарушения в менопаузе	158,2	Н.д.	305	Н.д.	193	Н.д.
Эндометриоз	54,3	Н.д.	91,6	Н.д.	169	Н.д.
Болезни предстательной железы	234,8	Н.д.	352,5	Н.д.	150	Н.д.
Эрозия и эктропион шейки матки	545,9	812,3	687,5	807,0	126	99
Расстройства менструации	1441,1	876,9	1549,6	1276,9	108	146
Сальпингит, оофорит	335,1	Н.д.	272,2	Н.д.	81	Н.д.

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2004, 2006, 2008 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2003, 2005, 2007, 2008; Российский статистический ежегодник, 2008 г. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru

Таблица 3.21

Заболеваемость бесплодием (на 100 тыс. чел.)

Бесплодие	2000 г.		2007 г.		2008 г.		2008 г. к 2000 г., в %	
	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ
Мужское	0,3	Н.д.	1,2	Н.д.	1,1	Н.д.	367	Н.д.
Женское	72,2	138,4	91,8	183,0	98,2	183,0	136	132

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2007, 2008 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2003, 2008, 2009.

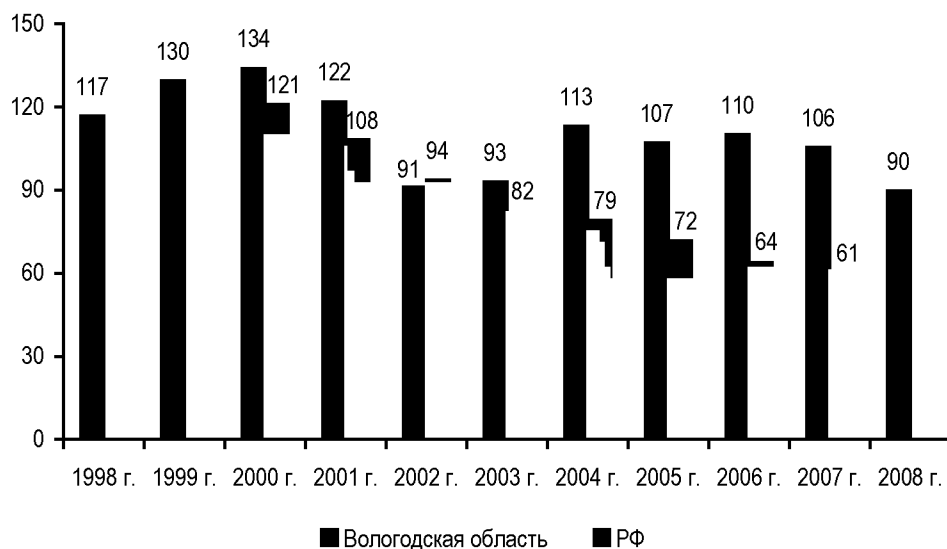


Рис. 3.15. Заболеваемость гонореей (на 100 тыс. чел.)

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

Невысокая сексуальная культура и социально-гигиеническая грамотность населения, в первую очередь молодёжи, являются фактором ухудшения репродуктивного здоровья.

Социологическое исследование⁶⁷ показывает, что ранний сексуальный дебют более характерен для мужчин: ранее 17 лет половую жизнь начали 27% юношей и 15% девушек (табл. 3.22). При этом 56% первых половых контактов были не защищены.

Социально-гигиеническая неграмотность распространена и среди взрослого населения. Анализ социологических данных показал, что информированность 49% населения репродуктивного возраста в вопросах репродукции ниже среднеобластного уровня (3,9 балла по 5-балльной шкале).

Вместе с тем непостоянные, случайные сексуальные контакты имеют 13% жителей репродуктивного возраста, из них 12% вообще не пользуются контрацептивными средствами, что увеличивает вероятность заболевания инфекциями, передающимися половым путём.

⁶⁷ Мониторинг репродуктивного здоровья населения Вологодской области с 2004 г. проводит ИСЭРТ РАН (ранее – Вологодский научно-координационный центр Центрального экономико-математического института РАН). Тип выборки – районированная, квотная по полу и возрасту. Ошибка выборки не превышает 5%.

Таблица 3.22

**Распределение ответов на вопрос: «С какого возраста
Вы живёте половой жизнью?»**

Возраст	Мужчины		Женщины	
	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
До 17 лет	29,1	27,2	15,1	17,7
С 17 лет	21,8	20,3	19,8	17,1
С 18 лет и старше	34,9	43,7	49,9	52,8
Не живу половой жизнью	13,1	7,9	14,4	11,2

Источник: Данные мониторинга репродуктивного потенциала населения / ИСЭРТ РАН, 2007, 2008.

Невысокая грамотность населения в вопросах репродукции и безответственность в сексуальном поведении увеличивают риск нежелательной беременности, влекущей за собой аборт. Косвенное подтверждение этих выводов позволил получить анализ причин бесплодия, выполненный в ходе реализации программы «ЭКО», стартовавшей в Вологодской области в 2005 г. По экспертным оценкам, 80% случаев бесплодия вызвано неграмотным репродуктивным поведением.

Около 56% беременностей в регионе заканчивается хирургическим прерыванием. На 100 родов в 2008 г. приходилось 113 аборт (рис. 3.16).



Рис. 3.16. Число аборт на 100 родов

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2008 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2009; Данные Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>



Рис. 3.17. Число абортoв на 1000 женщин репродуктивного возраста (15 – 49 лет)

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2008, 2009 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2009; Данные Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

Несмотря на снижение числа абортoв с 68 на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста в 2000 г. до 50 в 2008 г., данный уровень в соответствии с классификацией ООН определяется как высокий⁶⁸ (рис. 3.17).

Важной характеристикой репродуктивного здоровья является также протекание беременности и родоразрешения. В свою очередь, репродуктивное здоровье влияет на течение беременности и на её исход. За период с 2003 по 2007 г. заболеваемость беременных женщин увеличилась. Наиболее часто встречается анемия, второе место занимают болезни мочеполовой системы, третье – отёки, протеинурия и гипертензивные расстройства (табл. 3.23).

Степень распространённости осложнений беременности и родов в регионе увеличилась с 43 случаев на 1 тыс. женщин фертильного возраста в 2000 г. до 59 в 2008 г. (рис. 3.18).

Рост заболеваемости беременных и осложнений беременности и родов свидетельствует о снижении потенциала здоровья женщин в целом. Все это указывает на необходимость комплексного медицинского обследования женщин и корректировки

⁶⁸ Уровни частоты абортoв на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста: очень низкий – менее 10, низкий – 10-19, средний – 20-49, высокий – 50 и более (ООН).

Таблица 3.23

Структура заболеваемости беременных женщин в 2003 – 2007 гг., в %

Заболевания	2003 г.		2007 г.		2007 г. к 2003 г., %	
	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО
Анемия	42	36	39	31	93	86
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	22	15	19	11	86	73
Болезни мочеполовой системы	20	23	20	20	100	87
Болезни системы кровообращения	14	7	10	7	71	100
Венозные осложнения	4	2	4	2	100	100
Другие болезни	-	11	-	22		200

Источники: Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты: стат. сб. – Вологда, 2008; Российский статистический ежегодник – 2008 г. / Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru

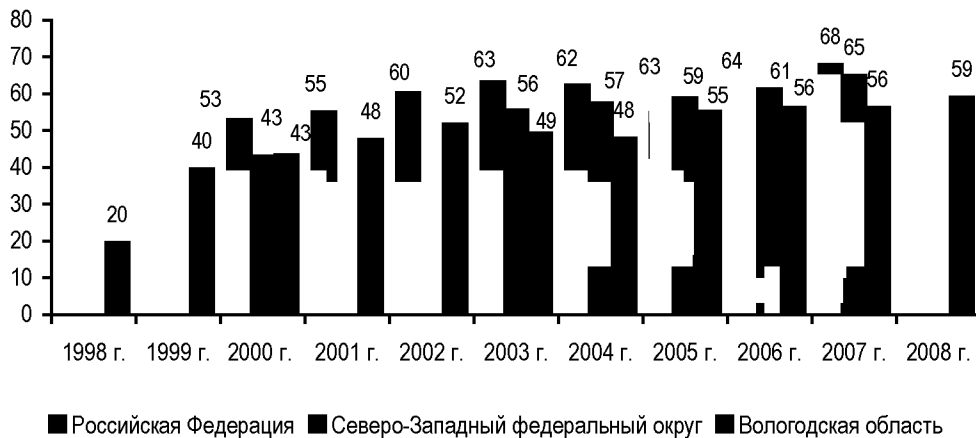


Рис. 3.18. Осложнения беременности и родов, заболеваемость на 1000 женщин фертильного возраста (15 – 49 лет)

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2008 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2009; Статистический ежегодник Российской Федерации / Росстат. – М., 2007.

состояния их здоровья в период, предвещающий зачатие. Данная необходимость обусловлена наличием двух тенденций репродуктивного поведения населения. Это, во-первых, незначительная распространённость планирования семьи (как следствие – неожиданные беременности); во-вторых, низкий уровень сексуальной культуры и социально-гигиенической грамотности части населения. В результате увеличивается вероятность незапланированной беременности, осложнённых родов, отклонений в развитии плода,

Таблица 3.24

Преждевременные роды (в % от закончивших беременность)

Территория	2000 г.	2008 г.	2008 г. к 2000 г., %
г. Череповец	2,9	3,8	131
г. Вологда	4,1	4,1	100
Районы	7,0	4,2	60
Область	3,8	4,1	108
<i>Справочно:</i> Российская Федерация	4	3,3*	83
<p>*Данные на 2007 г. Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2007; Рассчитано по: Российский статистический ежегодник – 2008 г. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru</p>			

рождения ослабленного ребёнка. Потенциал здоровья родителей, течение беременности и родов во многом определяют здоровье будущего ребёнка, и поэтому требуется своевременное выявление и оперативное решение существующих проблем.

Результатом осложнённого анамнеза беременных становятся преждевременные роды, рождение больных детей, материнская и младенческая смертность, мертворождаемость.

Преждевременными⁶⁹ родами заканчивается примерно 4% беременностей в регионе, что несколько выше общероссийского уровня (*табл. 3.24*).

Частота рождения недоношенных детей в России в среднем за рассматриваемый период составляет 5,9% новорожденных, в Вологодской области – 5,5%. Наблюдается тенденция снижения показателя недоношенности, причём в регионе темпы снижения выше среднероссийских (*табл. 3.25*).

Параллельно улучшается здоровье новорожденных детей в регионе: в 2000 г. доля детей, родившихся больными или заболевших, составляла 39,9%; в 2007 г. – 32,5, что меньше, чем по России, где значение показателя составило 39%. Однако, даже

⁶⁹ В России преждевременными родами 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 (Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med74.ru>).

Таблица 3.25

Родилось недоношенными (в % от числа родившихся живыми)

Территория	2000 г.	2008 г.	2008 г. к 2000 г., %
г. Череповец	2,9	3,8	131
г. Вологда	4,1	4,1	100
Районы	7,0	4,2	60
Область	3,8	4,1	108
Справочно: Российская Федерация	4	3,3*	83

*Данные на 2007 г.
 Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000, 2008 г. – Вологда: ДЗО, 2001, 2009; Рассчитано по: Российский статистический ежегодник – 2008 г. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru

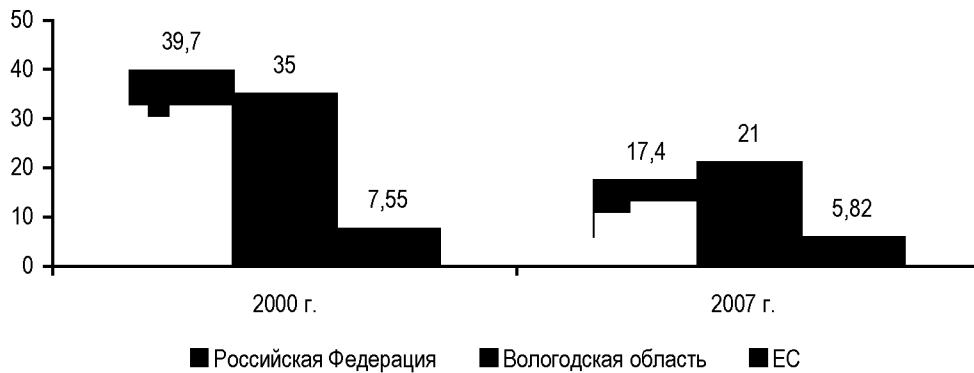


Рис. 3.19. Материнская смертность (число умерших на 100 тыс. живорожденных)

при положительной динамике, значение данного показателя является весьма высоким. То, что положительная тенденция в этом аспекте существует, косвенно подтверждается снижением вероятности для ребёнка умереть до 5-летнего возраста (с 19,6 на 1 тыс. живорожденных в 2000 г. до 13 в 2006 г.). В отличие от стран ЕС, в которых аналогичный показатель изменялся от 7,07 в 2000 г. до 5,7 на 1 тыс. живорожденных в 2006 г.⁷⁰, в Российской Федерации данная проблема остаётся весьма острой.

Материнская смертность и в России, и в регионе, несмотря на снижение числа умерших, продолжает значительно превышать уровень стран ЕС (рис. 3.19).

⁷⁰ Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB), ЕРБ ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>

Таким образом, репродуктивное здоровье населения региона ухудшается и требуются серьёзные финансовые затраты на лечение. Кроме того, как правило, дети нездоровых родителей рождаются ослабленными и нуждаются в дополнительном медицинском уходе. Несомненно, большую пользу в плане повышения репродуктивного здоровья и стабилизации демографической ситуации имеет профилактическая работа, направленная на формирование ответственного отношения к своему здоровью и здоровью будущих детей.

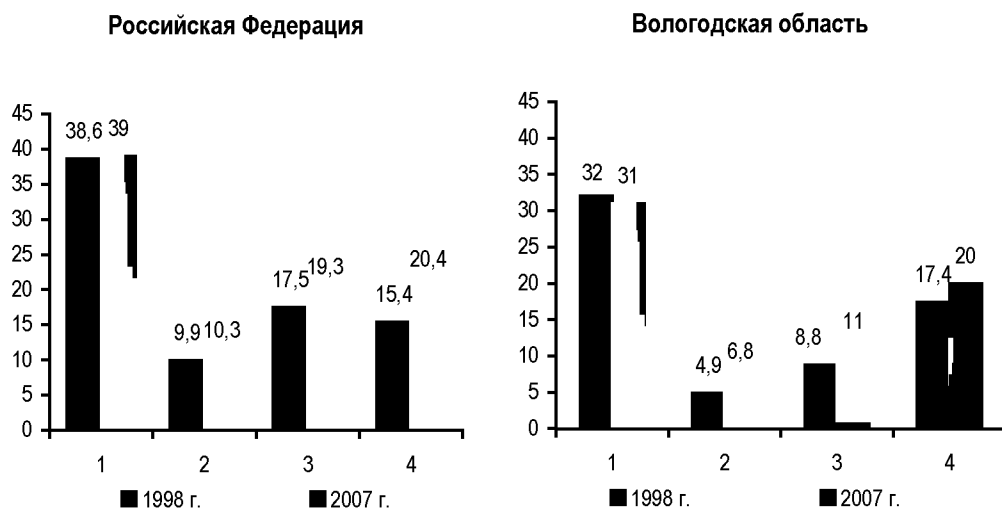
3.4. Здоровье детского населения

Здоровье детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях является 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 страны⁷¹.

Для оценки здоровья детского населения чаще всего используются такие показатели, как частота нормальных родов, младенческая смертность, заболеваемость новорожденных детей, заболеваемость детей 0 – 14 лет и подростков 15 – 17 лет, детская инвалидность.

Очевидно, что здоровье новорожденного тесно связано с состоянием здоровья матери. Заболевания, обусловленные генетическими факторами (наследственная отягощённость), встречаются у 70-80% детей. Влияние на формирование здоровья ребёнка оказывают токсикозы, нерациональное питание матери, гипоксия плода и повреждение центральной нервной

⁷¹ Безруких М.М., директор Института возрастной физиологии РАО, член-корр. РАО, д.б.н. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.nashi-deti.ru/AS13/main.nsf/0/CA592A63CAEAB963C3256EAC00569A41>



Условные обозначения

Из числа женщин, закончивших беременность, страдали (%):

1 – анемией; 2 – болезнями системы кровообращения; 3 – отёками, протеинурией и гипертензивными расстройствами; 4 – болезнями мочеполовой системы.

Рис. 3.20. Заболевания женщин, закончивших беременность
(в % от числа закончивших беременность)

Источники: Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребёнка в 2007 году. – М., 2008; Данные оргметодкабинета Вологодской областной детской больницы.

системы в родах, злоупотребление медикаментами, искусственное вскармливание и др.⁷² За период с 1998 по 2007 г. число заболеваний беременных женщин увеличилось как в целом по РФ, так и в Вологодской области (рис. 3.20).

В Российской Федерации, в Вологодской области за период с 1995 по 2000 г. произошло сокращение числа нормальных родов, что связано с ухудшением состояния здоровья беременных женщин, вызванным кризисным периодом 1998 г. В России с 2000 г. наблюдается растущий плавный тренд нормальных родов. В Вологодской области негативные тенденции продолжали преобладать до 2006 г. В следующем году по сравнению с 2006 г. произошло увеличение числа родов без осложнений с 27 до 32% (рис. 3.21),

⁷² Уход за здоровым и больным ребёнком. Детские болезни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://health.rin.ru/uni/text/pages/1663.html>

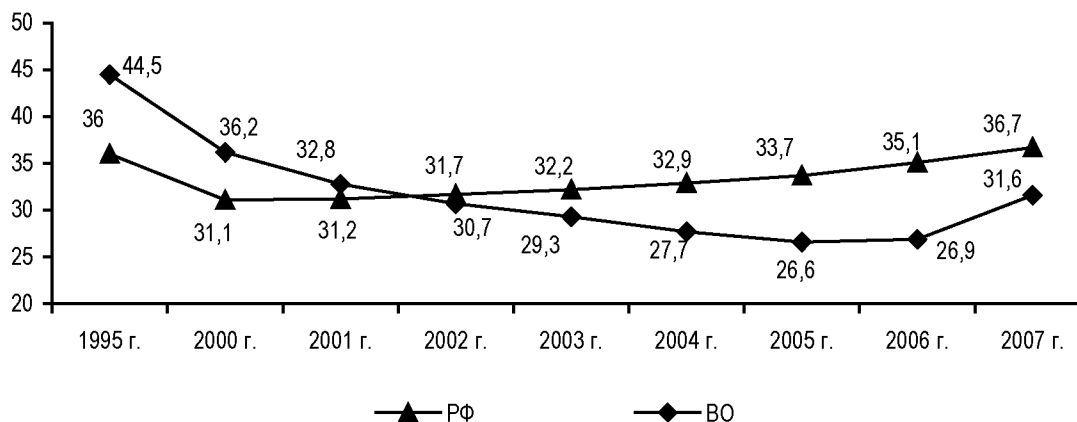


Рис. 3.21. Частота нормальных родов в родовспомогательных учреждениях России и Вологодской области в 2000 – 2007 гг.
(в % от родов в стационаре)

Источники: Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребёнка в 2007 году. – М., 2008; Данные оргметодкабинета Вологодской областной детской больницы.

что наряду со снижением материнской и младенческой смертности свидетельствует о повышении качества услуг учреждений родовспоможения области⁷³.

В период с 1998 по 2005 г. в России был отмечен рост уровня заболеваемости новорожденных детей. В Вологодской области такая негативная тенденция наблюдалась в 1998 – 2001 гг., а начиная с 2002 г. число детей, которые рождались больными или заболевали в ближайшее время, стало уменьшаться (рис. 3.22).

За 1998 – 2007 гг. уровень заболеваемости детей в возрасте 0 – 14 лет увеличился по всем основным классам и группам болезней (рис. 3.23). В России за тот же период общая заболеваемость выросла на 43%, увеличение составляло в среднем 4% ежегодно. Такая же тенденция прослеживается и в Вологодской области. Общая заболеваемость детей выросла за аналогичный период на 39% преимущественно за счёт хронических болезней.

⁷³ Комплекс системных мероприятий для повышения эффективности работы учреждений родовспоможения и педиатрической службы предусмотрен в областной целевой программе «Здоровый ребёнок». Кроме того, с 2004 г. в 4-х районах области и 2-х родильных домах в городах Вологде и Череповце осуществляется международный проект «Мать и дитя», одним из важных направлений которого является внедрение в медучреждениях новых методик ведения родов, обеспечивающих нормальное естественное родоразрешение.

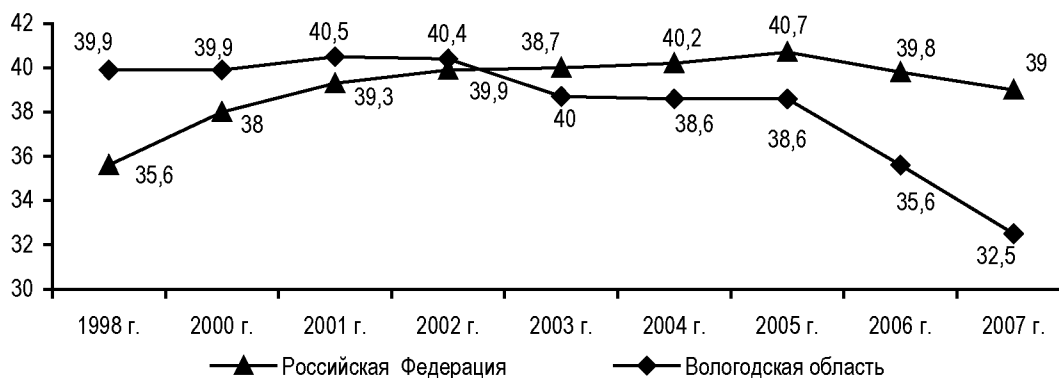


Рис. 3.22. Заболеваемость новорожденных детей
(в % от числа родившихся живыми)

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

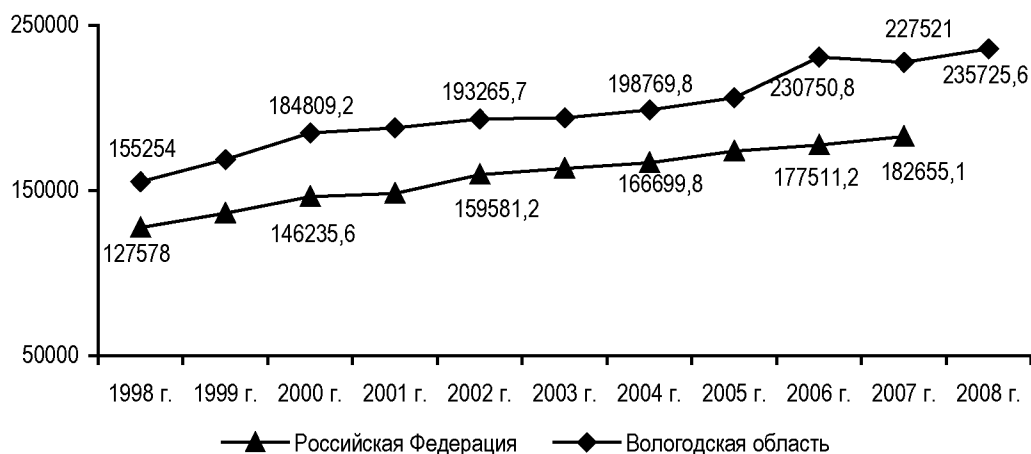


Рис. 3.23. Заболеваемость детей в возрасте 0 – 14 лет
(на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Источники: Российский статистический ежегодник / Росстат. – М., 2007; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2008 год: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2009.

В целом по Российской Федерации в структуре заболеваемости детей первые места в 2007 г. занимали (в порядке убывания): болезни органов дыхания; травмы, отравления и другие последствия внешних причин; болезни кожи и подкожной клетчатки. Такая же структура фиксировалась по отдельным федеральным округам и в Вологодской области, за исключением последовательности некоторых классов болезней.

За период с 1998 по 2007 г. изменилась структура наиболее распространённых среди детей болезней как по РФ, так и по Вологодской области. Заболевания органов дыхания, травмы и отравления, инфекционные и паразитарные болезни занимают лидирующие места (табл. 3.26, 3.27). В связи с изменением международной классификации болезней переместились со второго на 6 – 7 место болезни нервной системы.

С 1998 г. увеличивается количество детей, имеющих различные заболевания, что может быть результатом как ухудшения здоровья, так и улучшения выявления болезней на более ранних стадиях (табл. 3.28). И в целом по России, и в Вологодской области на первом месте по величине прироста в период с 1998 по 2007 г. находились заболевания мочеполовой системы и болезни крови, кроветворных органов. Значительно увеличилась заболеваемость органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, органов дыхания.

Таблица 3.26

Ранжирование классов заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет в Российской Федерации

Классы заболеваемости	Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения соответствующего возраста		Ранг		2007 г. к 1998 г., в %
	1998 г.	2007 г.*	1998 г.	2007 г.	
Болезни органов дыхания	77916,5	105580,1	1	1	136
Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин	8463,7	10239,1	4	2	121
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6930,7	9564,4	5	3	138
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9647,1	9006,5	3	4	93
Болезни органов пищеварения	6081,9	8581,8	6	5	141
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2553,2	3877,0	7	6	152
Болезни нервной системы	9894,8	3810,1	2	7	39
Болезни мочеполовой системы	1857,3	3073,5	8	8	165
Болезни крови, кроветворных органов	957,4	1983,3	10	9	207
Болезни эндокринной системы	1323,3	1866,0	9	10	141

* По статистическим данным на конец 2006 года.
Источник: Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 1998, 2007.

Таблица 3.27

**Ранжирование классов заболеваемости детей в возрасте
от 0 до 14 лет в Вологодской области**

Классы заболеваемости	Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения соответствующего возраста		Ранг		2007 г. к 1998 г., в %
	1998 г.	2007 г.	1998 г.	2007 г.	
Болезни органов дыхания	95947,2	137581,6	1	1	143
Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин	9142,9	14191,1	4	2	155
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9653,2	12735,3	3	3	132
Болезни кожи и подкожной клетчатки	7037,8	10400,0	5	4	148
Болезни органов пищеварения	5128,7	7661,5	6	5	149
Болезни нервной системы	13868,6	5378,9	2	6	39
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2947,2	4288,0	7	7	145
Болезни крови, кроветворных органов	1876,1	2970,9	8	8	158
Болезни мочеполовой системы	1390,6	2347,5	10	9	169
Болезни эндокринной системы	1849,0	2162,9	9	10	117

Источник: Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области:
стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 1999, 2008.

Важным индикатором состояния здоровья детей является число детей-инвалидов. В Российской Федерации, как и в Вологодской области, начиная с 2002 – 2003 гг. в этой сфере наметились положительные тенденции. К 2007 г. показатель детской инвалидности снизился по отношению к уровню 1998 г. на 5,5% (рис. 3.24).

Материалы государственной статистики дают общее представление о здоровье (нездоровье) детской популяции.

Возможность увидеть детское здоровье и нездоровье на качественно ином уровне, позволяющем более подробно обсуждать проблему, даёт специализированный медико-социологический мониторинг. Он может являться наиболее эффективным инструментом для изучения здоровья детей в условиях нестабильной социально-экономической ситуации в стране.

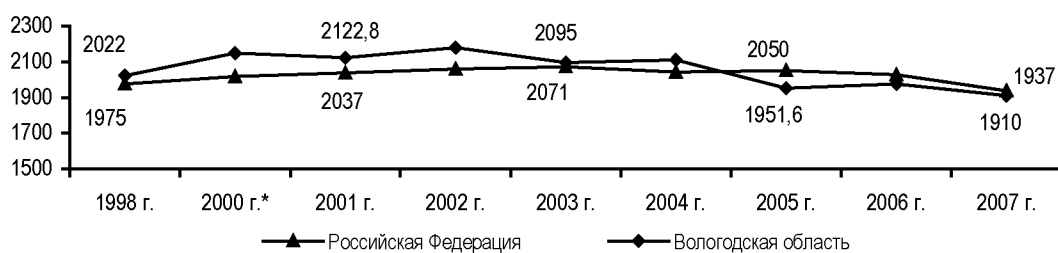
Такое исследование в Вологодской области было начато ИСЭРТ РАН в 1995 г. В процессе мониторинга задействованы четыре когорты семей, в которых родились дети в периоды с 15 по 30 мая 1995 г., с 1 по 25 марта 1998, 2001 и 2004 гг. в городах Вологде,

Таблица 3.28

**Сравнительные показатели заболеваемости детей в возрасте
от 0 до 14 лет (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)**

Классы болезней	1998 г.		2007 г.		Ранг		2007 г. к 1998 г., в %	2007 г. к 1998 г., в %
	РФ*	ВО	РФ*	ВО	РФ	ВО	РФ*	ВО
Болезни мочеполовой системы	1857,3	1390,6	3073,5	2347,5	2	1	166	169
Болезни крови, кроветворных органов	957,4	1876,1	1983,3	2970,9	1	2	207	158
Травмы, отравления и др. последствия воздействия внешних причин	8463,7	9142,9	10239,1	14191,1	7	3	121	155
Болезни органов пищеварения	6081,9	5128,7	8581,8	7661,5	4	4	141	149
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6930,7	7037,8	9564,4	10400,0	5	5	138	148
Болезни органов дыхания	77916,5	95947,2	105580,1	137581,6	6	6	136	143
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9647,1	9653,2	9006,5	12735,3	9	7	93	132
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2553,2	2947,2	3877,0	4288,0	3	8	152	146
Болезни эндокринной системы	1323,3	1849,0	1866,0	2162,9	4	9	141	117
Новообразования	210,8	250,9	356,8	525,7	8	10	119	101

* Данные на конец 2006 г.
Источники: Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 1998, 2007; Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 1999, 2008.



**Рис. 3.24. Численность детей-инвалидов в возрасте 0 – 17 лет
(на 100 тыс. детей)**

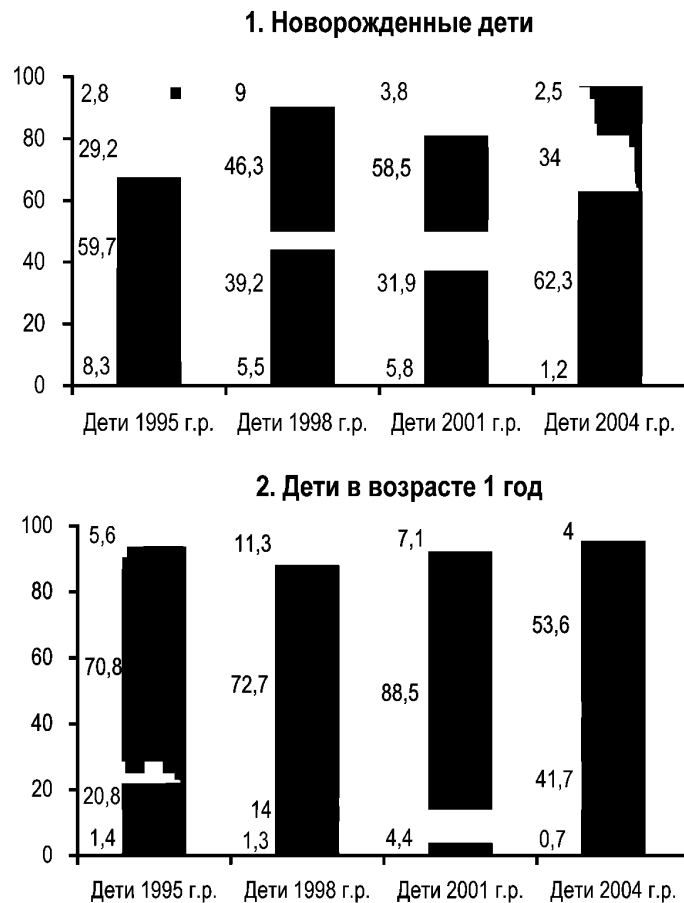
* В возрасте 0 – 15 лет.

Источники: Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 1998, 2000; Данные оргметодкабинета Вологодской областной детской больницы.

Череповце, районных центрах Кириллове, Великом Устюге, посёлке городского типа Вожега. С периодичностью раз в год опрашивается 800 семей. В работе использовалась комплексная оценка здоровья детей по группам здоровья, предложенная Институтом гигиены детей и подростков МЗ СССР в 1965 г. В соответствии с ней дети распределялись 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. Распределение детей по указанным группам в некоторой степени условно, однако достаточно информативно и целесообразно при однократном и длительном наблюдении.

Результаты мониторинга подтверждают статистические данные, свидетельствующие об ухудшении здоровья новорожденных. За период с 1995 по 2004 г. произошло сокращение доли новорожденных детей с первой группой здоровья. Значительное сокращение удельного веса детей с группой здоровья 2А (дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний), предполагающей осложнения в анамнезе ребёнка, ведёт 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. Это объясняется тем, что рождение детей в 1998 году совпало с периодом кризиса в экономике и социальной сфере, в том числе и здравоохранении (*рис. 3.25*), что не замедлило сказаться на здоровье детей.

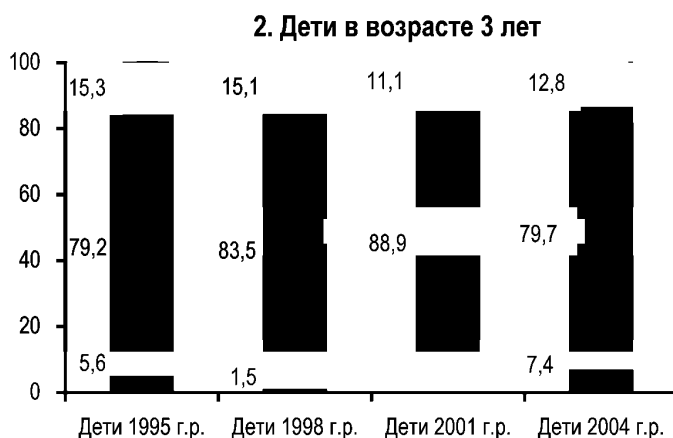
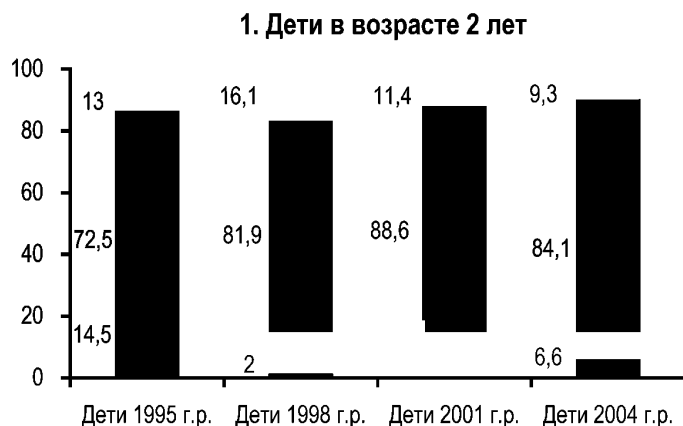
Доля детей со 2 группой здоровья увеличилась с 29% в группе детей 1995 г.р. до 34% в группе детей 2004 г.р. В когорте 2004 г. отмечается значительное снижение удельного веса детей, имеющих функциональные отклонения. Основная причина этого может заключаться в улучшении социальных условий в период вынашивания плода.



- 1 группа здоровья (здоровые дети)
- 2A группа (здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний)
- 2 группа здоровья (дети, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения)
- 3,4 группы здоровья (дети, имеющие хронические заболевания)

Рис. 3.25. Здоровье новорожденных и детей в возрасте 1 год
(удельный вес; в %)

Результаты исследования показывают, что к возрасту 1 год у детей происходит существенное сокращение потенциала здоровья, полученного при рождении. Уменьшается доля здоровых детей (1 группа здоровья), но ещё большее сокращение происходит в группе 2A. То есть у большинства обследованных, 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.



- 1 группа здоровья (здоровые дети)
- 2А группа (здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний)
- 2 группа здоровья (дети, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения)
- 3,4 группы здоровья (дети, имеющие хронические заболевания)

Рис. 3.26. Здоровье детей в возрасте от 1 до 3 лет (удельный вес; в %)

В возрастном промежутке от 2 до 3 лет здоровье обследованных детей ухудшилось (*рис. 3.26*), увеличилась доля тех, кто входит во вторую группу здоровья, и в особенности имеющих хронические заболевания.

Отдельного внимания заслуживают показатели здоровья четырёхлетних детей. С этого возраста, согласно методике⁷⁴,

⁷⁴ Приказ от 14.03.95 № 60. Дифференцированное медицинское наблюдение на педиатрическом участке за детьми первого года жизни, отнесёнными ко 2-ой группе здоровья, 1987. Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов.

не выделяется группа здоровья 2А. Кроме того, дети не относятся в обязательном порядке к более тяжёлой 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 четырёхлетнему 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 с 4 до 7 лет также происходит снижение потенциала здоровья детей (*рис. 3.27*), особенно в год, предшествующий поступлению в школу (в период с 6 до 7 лет доля детей с хроническими заболеваниями возросла с 18 до 26% среди детей 1995 г.р.; с 18 до 23% среди детей 1998 г.р.; с 20 до 24% среди детей 2001 г.р.). Это является неблагоприятным фактором, так как обучение в школе увеличивает физическую и психоэмоциональную 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.

При переходе ребёнка из начальной школы в среднюю (9-10 лет) увеличилась группа детей, имеющих хронические заболевания: в группе детей 1995 г.р. – на 5%, в группе детей 1998 г.р. – на 6% (*рис. 3.28*). Очевидно, что связи с возросшей в этот период обучения нагрузкой и необходимостью адаптации к изменившимся условиям у школьников обостряются «забытые» ранее болезни и формируются новые.

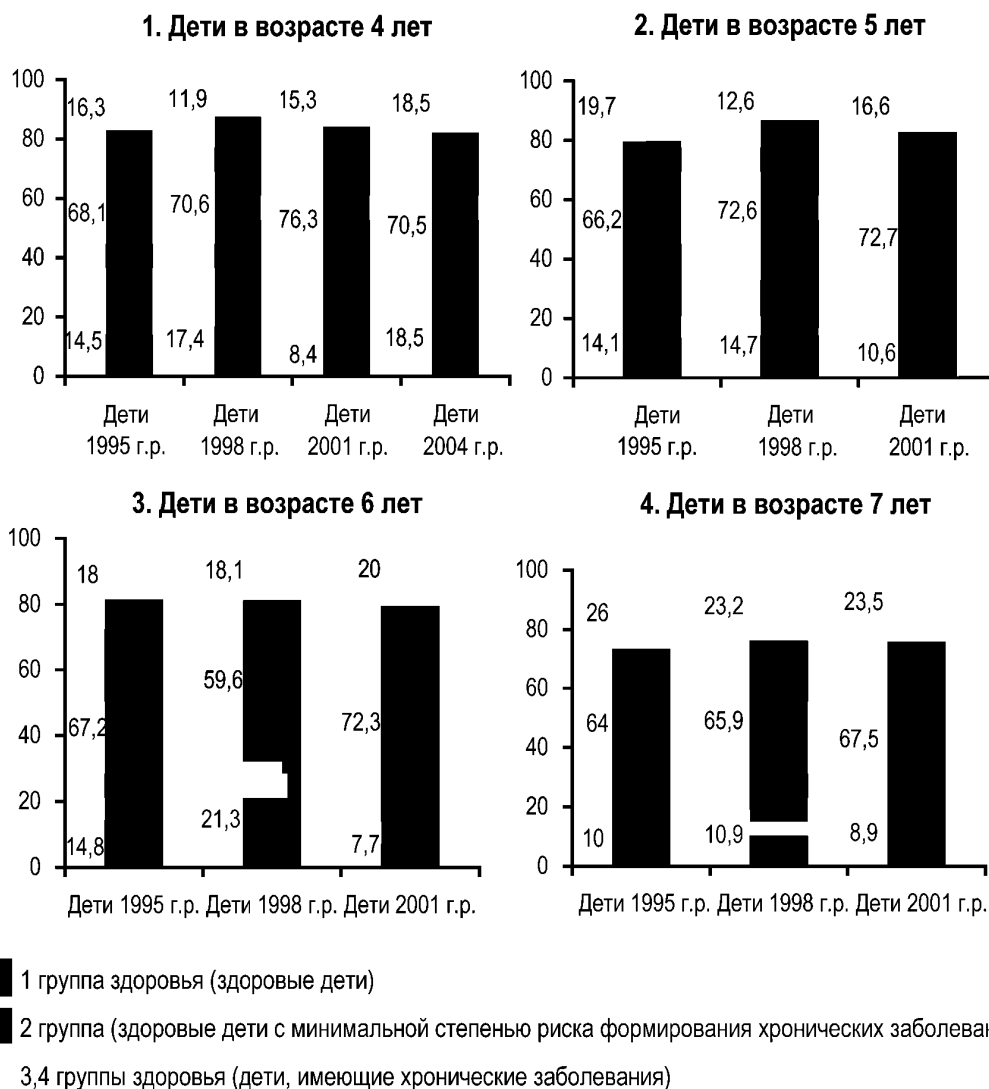


Рис. 3.27. Здоровье детей в возрасте от 4 до 7 лет, в %

Заключая сказанное, отметим, что вопросам снижения младенческой смертности, улучшения здоровья новорожденных уделяется большое внимание на государственном и региональном уровнях, идёт увеличение финансирования. Так, на оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в 2006 г. было выделено 88,4 млн. руб., в 2007 г. – 125,3 млн. руб., в 2008 г. – 152,7 млн. руб., что и обусловило положительное развитие ситуации. Однако для сохранения здоровья детей необходимо уделять внимание не только новорожденности, но и более

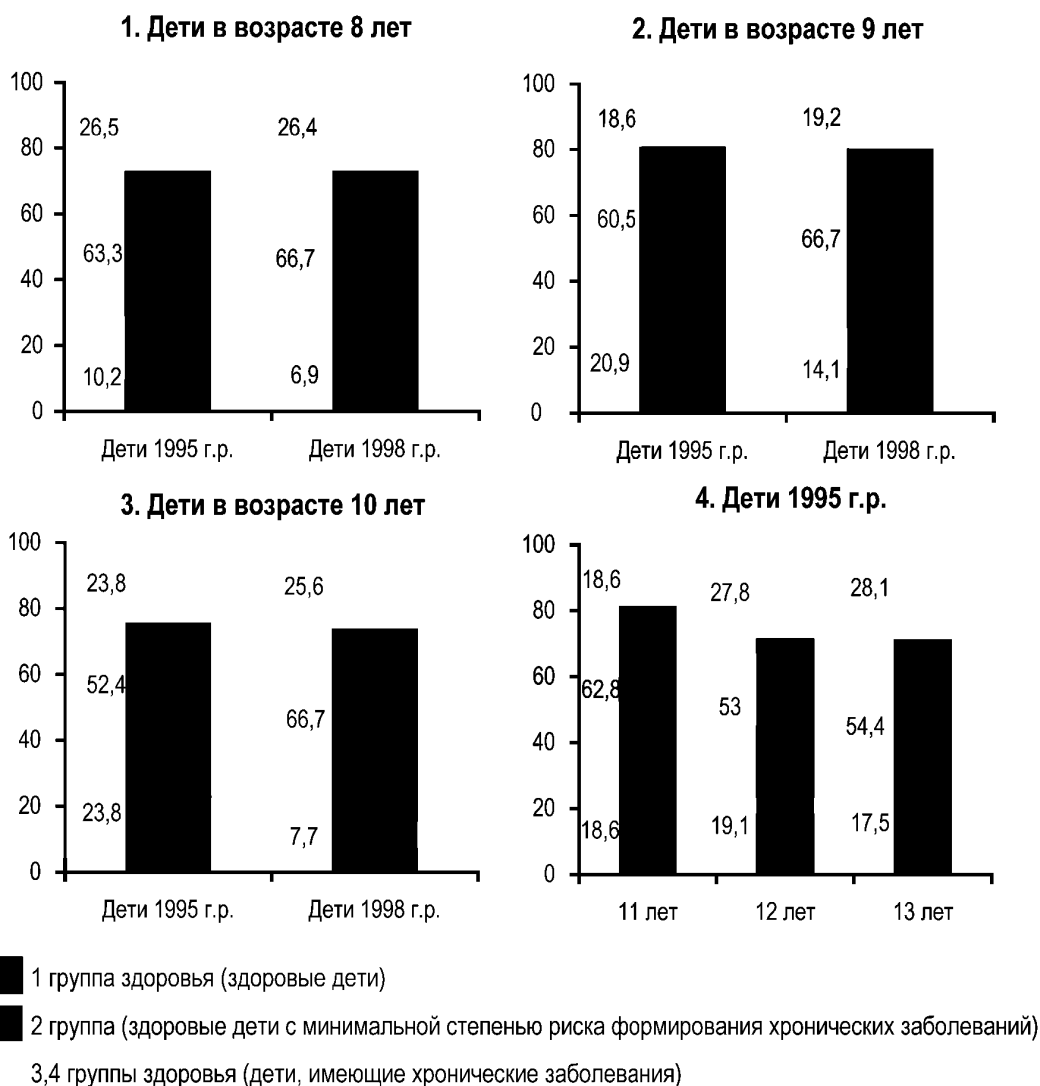


Рис. 3.28. Здоровье детей в возрасте от 8 до 13 лет, в %

поздним периодам, когда происходит рост и формирование организма человека. Так, при отсутствии должного отношения к здоровью уже родившихся детей регистрируется дальнейший рост заболеваемости этих возрастных контингентов, увеличение числа инвалидов, что в свою очередь ведёт к повышению социальных расходов государства и не даст ожидаемого роста трудового, оборонного, репродуктивного потенциала региона и страны в целом. Кризис 1998 г. негативно отразился на показателях охраны материнства и детства. В частности, увеличилась заболеваемость беременных и рожениц, детская заболеваемость

и инвалидность. Все это диктует необходимость самого серьёзного отношения к проблеме сохранения и укрепления здоровья детей и подростков, которая является основой формирования трудового потенциала государства⁷⁵.

3.5. Экономический ущерб от потерь здоровья населения

Происходящее в настоящее время снижение здоровья населения региона приводит к большим социально-экономическим потерям. Экономический ущерб от потерь здоровья населения включает три компонента: 1) ущерб в связи с болезнями; 2) ущерб, обусловленный инвалидностью; 3) ущерб, обусловленный смертностью. Каждый случай болезни, инвалидности и смерти приводит к денежным затратам со стороны государства и самого населения (*табл. 3.29*).

Экономический ущерб вследствие заболеваемости населения обусловлен затратами на лечение и выплатами по социальному страхованию. Кроме того, в результате временной утраты трудоспособности людьми, занятыми в экономике, теряется определённая часть выгоды в производстве ВРП. В целом за год экономические потери, вызванные заболеваемостью с временной утратой трудоспособности, можно определить по формуле:

$$ЭУ_{заб} = Ч \times (ВРП_{чел} + Б + З),$$

где $Ч$ – численность лиц, временно отсутствующих на работе в исследуемом году; $ВРП_{чел}$ – размер ВРП на одного занятого в экономике; $Б$ – выплаты по больничному листу; $З$ – средняя величина затрат на лечение одного больного.

Экономические потери нетрудоспособного населения (дети, пенсионеры) значительно меньше, т.к. они обусловлены только затратами на лечение. Рассчитать абсолютный общий экономический ущерб, связанный с заболеваемостью населения всех возрастных групп, крайне сложно, поскольку не все затраты

⁷⁵ Проблемы охраны здоровья детского населения России / И.А. Потапов, В.Н. Ракитский, Н.И. Новичкова, Е.А. Романова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 3. – С. 3.

Таблица 3.29

**Оценка экономического ущерба от потерь здоровья населения
трёх основных возрастных групп**

Потери здоровья	Затраты по группам населения в возрасте		
	моложе трудоспособного	трудоспособном	старше трудоспособного
Болезни	На лечение	Выплаты по социальному страхованию за период временной нетрудоспособности; упущенная выгода в производстве ВРП из-за невыхода на работу в течение болезни; затраты на лечение	На лечение
Инвалидность	Пенсии по инвалидности На лечение Упущенная выгода в производстве ВРП в течение предстоящей жизни (в случае полной утраты трудоспособности)	Пенсии по инвалидности На лечение Упущенная выгода в производстве ВРП из-за выбытия из производственного процесса (в случае полной утраты трудоспособности)	Пенсии по инвалидности На лечение
Смерть	Упущенная выгода в производстве ВРП в течение предстоящей жизни; стоимость потерянных лет	Социальные выплаты в связи с потерей кормильца Упущенная выгода в производстве ВРП из-за уменьшения численности занятых в экономике; стоимость потерянных лет	Стоимость потерянных лет

Источник: Прохоров Б.Б., Шмаков Д.И. Оценка стоимости статистической жизни и экономического ущерба от потерь здоровья // Проблемы прогнозирования. – 2002. – №3. – С. 130.

известны: существуют болезни «более дорогие» и «менее дорогие». Кроме того, величина затрат на лечение зависит от возраста.

В то же время можно определить экономические затраты, связанные 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 принято 50% от размера средней заработной платы с учётом того, что население чаще пропускает рабочие дни в молодом возрасте – по уходу за больными детьми и в предпенсионном возрасте – в связи с ухудшением здоровья (табл. 3.30).

Таблица 3.30

**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, дн.	4512464	4629108
Средняя зарплата, руб.	10667,0	12914,0
Средняя выплата по социальному страхованию, руб.	5333,5	6457
Стоимость одного дня по социальному страхованию, руб.	177,8	215,2
Упущенная выгода в производстве ВРП, тыс. руб.	802316,1	996184,0
* Рассчитано на основе данных сб.: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2007 год. – Вологда: ДЗО, 2008.		

Сложно в полной мере оценить и экономический ущерб, обусловленный инвалидностью населения региона, так как это связано с выплатой пенсий по инвалидности, выплатами на лечение инвалидов, содержанием домов и интернатов для инвалидов и детей-инвалидов, оплатой труда социальных работников и т.д. Нами произведён расчёт упущенной выгоды в производстве валового регионального продукта из-за неучастия инвалидов в производственном процессе (табл. 3.31).

В качестве методологической базы оценки экономического ущерба, наносимого региону преждевременной смертностью, принята система вычисления потерь жизненного потенциала населения с их последующим выражением в стоимостных показателях.

Интегральной характеристикой социальных потерь общества от преждевременной смертности населения является показатель

Таблица 3.31

**Упущенная выгода в производстве ВРП в связи с неучастием
инвалидов Вологодской области в производственном процессе***

Показатель	2006 г.	2007 г.
Общая численность пенсионеров по инвалидности в Вологодской области, чел.	38600	36400
Количество неработающих инвалидов, чел.	30340	28647
Средняя пенсия по инвалидности, руб.	2263	2951
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, тыс. руб.	68659,4	84537,3
* Рассчитано на основе данных Вологдастата.		

потенциальной демографии «потерянные годы потенциальной жизни» (ПГПЖ), рассчитываемый по следующей формуле:

$$ПГПЖ = \sum_i d_i \times a_i,$$

где d_i – число случаев смерти в i -й возрастной группе; a_i – количество недожитых лет; $a_i = T - x_i$, где T – базовое значение продолжительности жизни – возраст, все смерти ранее достижения которого считаются преждевременными; x_i – середина i -го возрастного интервала.

Для оценки социальных потерь от преждевременной смертности трудоспособного населения региона используется значение базового показателя T , равное 60 годам для мужчин и 55 годам для женщин, а расчёты размера ПГПЖ производятся на основе данных о смертности в рамках соответствующих пятилетних половозрастных групп, начиная с 16 лет.

Согласно проведённым вычислениям (табл. 3.32, 3.33), в результате преждевременной смертности в 2006 – 2007 гг. в области потеряно в среднем за год 122 706 лет потенциальной жизни (причём мужчинами – в 4 раза больше, чем женщинами).

Таблица 3.32

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	3995	7568	9348	11715	10808	15180	20898	16744	9392	105648
	Город	2337,5	4171	6232	7920	6804	9131	12366	10660	6168	65789,5
	Село	1657,5	3397	3116	3795	4004	6049	8532	6084	3224	39858,5
Женщины	Область	1487,5	1763	2736	2970	3108	3979	5436	5330	–	26809,5
	Город	1062,5	989	1900	2277	2016	2714	3564	3783	–	18305,5
	Село	425	774	836	693	1092	1265	1872	1547	–	8504

На основе данных о преждевременной смертности производится расчёт **стоимости потерянных лет потенциальной жизни** в результате преждевременной смертности трудоспособного населения в данном году. Для этого используется следующая формула:

$$P_z = ПГПЖ_z \times C_z,$$

где P_z – стоимость потерянных лет потенциальной жизни в результате смертности населения в году z ; $ПГПЖ_z$ – количество человеко-лет, потерянных вследствие преждевременной смертности населения в году z ; C_z – стоимость одного года статистической жизни в году z .

При умножении среднего ПГПЖ на количество ВРП₂₀₀₆, приходящегося на одного человека, занятого в экономике региона, экономический ущерб составил 32443,4 млн. руб.

Таким образом, даже при частичном учёте ущерба от заболеваемости, инвалидности и смертности населения экономика региона «потеряла» в среднем за год около 3 млрд. руб., а при учёте преждевременной смертности трудоспособного населения в 2006 и 2007 гг. – в среднем почти 32,5 млрд. руб. (табл. 3.34). Полный же экономический ущерб существенно больше.

Таблица 3.33

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	2847,5	7009	9272	10098	9632	12259	16848	14430	9016	91411,5
	Город	1742,5	3999	6042	7062	6244	7314	9972	8736	5656	56767,5
	Село	1105	3010	3230	3036	3388	4945	6876	5694	3360	34644
Женщины	Область	892,5	1591	1748	2376	2856	3197	4410	4472	–	21542,5
	Город	510	1032	1368	1683	1876	2300	3150	3055	–	14974
	Село	382,5	559	380	693	980	897	1260	1417	–	6568,5

Таблица 3.34

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

Показатель	2006 г.	2007 г.
Упущенная выгода в производстве ВРП за год в связи с болезнью населения (выплаты по социальному страхованию)	802,3	996,2
Упущенная выгода в производстве ВРП за год в связи с участием инвалидов в производственном процессе	68,7	84,5
Упущенная выгода в производстве ВРП за год в связи с преждевременной смертью трудоспособного населения	1791,1	1543,0
Упущенная выгода в производстве ВРП в связи с потерянными годами потенциальной жизни	35021,8	29865,0
Итого	37683,8	32488,8

Проведённые исследования показывают, что масштабы экономического урона, наносимого заболеваемостью, инвалидностью и смертностью, значительны. Это требует разработки различных медико-профилактических программ, направленных на снижение потерь здоровья населения.

Ж

Период с 1998 по 2008 год можно назвать относительно благоприятным для России в плане стабилизации экономического развития. Так, в 2007 г. по отношению к 1998 г. реальный прирост ВВП (в сопоставимой оценке) по РФ составил 61%, а ВРП по Вологодской области – 78%. В связи с этим появились новые возможности для стабилизации и улучшения показателей общественного здоровья, так как руководство страны обратило внимание не только на рост экономики, но и на социальные проблемы. Для их решения государство располагало финансовыми ресурсами в достаточном объёме без угрозы инфляции⁷⁶. Был взят курс на инвестиции в человека, которые развивали проводившуюся экономическую политику и определяли конкретные первоочередные шаги в сфере здравоохранения, образования, жилищной сферы. С этой целью были разработаны стратегическое планирование в сфере здравоохранения, национальные проекты, областные целевые программы. Так, в Вологодской области реализация областных целевых программ по отрасли «здравоохранение» началась в 2001 г. (9 финансируемых программ). В последующем перечень программ увеличивался и в 2007 г. их насчитывалось уже 15.

Социальная направленность государственной политики призвана была сыграть ключевую роль в улучшении общественного здоровья, однако положительные тенденции наблюдаются не во всех аспектах. Характерной тенденцией изменения показателей

⁷⁶ Приоритетные национальные проекты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rost.ru/main/what/02/02.shtml>

общественного здоровья являлось их инерционное ухудшение, продолжавшееся до 2003 г., после которого отмечаются положительные результаты активизации работы здравоохранения.

Основные показатели, характеризующие здоровье населения, принципиально в лучшую сторону не изменились: снизилась младенческая смертность, но в целом увеличилась смертность всего населения, особенно в трудоспособном возрасте. Отмечен рост заболеваемости детского и взрослого населения. Ожидаемая продолжительность жизни значительных изменений не претерпела, в 2007 г. она достигла уровня 1998 г., что значительно ниже показателей развитых стран. Это свидетельствует о том, что прилагаемых усилий недостаточно. Выделяемые средства не позволяют изменить ситуацию в положительную сторону, что говорит либо о недостаточном количестве этих средств, либо о нецелевом их использовании.

Однако социальная направленность политического курса государства имела большое значение для существенного улучшения социального самочувствия граждан в целом, что обусловило повышение самооценки их здоровья.

Мировой финансово-экономический кризис 2008 г. ставит под угрозу начинания в сфере стабилизации общественного здоровья. В условиях бюджетного дефицита возможности финансирования программ по поддержанию общественного здоровья будут существенно ограничены. Это тревожный факт, так как деятельность, направленная на стабилизацию социально-демографической ситуации, требует системного подхода и предполагает методичную реализацию всего комплекса запланированных мероприятий в течение длительного периода.

В этих условиях следует искать резервы для продолжения ранее принятых инициатив и повышения эффективности расходования выделяемых средств, что обуславливает необходимость усиления ответственности региональных и муниципальных органов власти.

Глава 4

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Проблемы здоровья населения, являясь комплексными, обусловлены многими факторами, каждый из которых играет существенную роль в возникновении заболеваний, снижении рождаемости и росте преждевременной смертности среди населения. Среди причин, негативно влияющих на состояние здоровья в последние два десятилетия, можно выделить следующие: 1) экономические (низкий уровень доходов, безработица, бедность, 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, способствующее распространению вредных привычек и нездорового образа жизни); 3) социально-гигиенические (вредные условия труда, плохая экология, низкий уровень социально-гигиенической грамотности, медицинского обслуживания). В данной главе на основе статистики и материалов социологических исследований рассматриваются социально-экономические условия, под влиянием которых формируется здоровье населения.

4.1. Экономические факторы

Доказано, что крепкое здоровье населения – следствие хорошего состояния экономики, что справедливо и для отдельного человека, и для страны в целом. На заре переходного периода именно острый экономический кризис (1992 г.) во многом спровоцировал резкое ухудшение здоровья. Нами рассмотрены факторы, изменение которых приводит к изменению здоровья населения.

Доходы населения

В настоящее время в большинстве случаев социально-экономическая дифференциация рассматривается как неравенство уровней благосостояния. Главной категорией, определяющей уровень благосостояния населения, являются его 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. 4.1*). Отметим, что темпы изменения показателя в Вологодской области ниже общероссийских (в сопоставимой оценке).

Уровень материального благосостояния и потенциал домохозяйств зависит и от показателя детности. Результаты статистических обследований домашних хозяйств в Вологодской области выявили значительную дифференциацию в их уровне жизни, обусловленную количеством детей. Так, в 2007 г. объём среднедушевых располагаемых ресурсов в домохозяйствах с тремя детьми (и более) был в 1,8 раза ниже, чем в домохозяйствах с одним ребёнком, и в 1,6 раза меньше, чем в тех, которые имели двух детей.

В период с 2003 по 2007 г. покупательная способность домохозяйств несколько увеличилась. Если в 2003 г. располагаемые

Таблица 4.1

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

	1999 г.	2001 г.	2003 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2007 г. к 1999 г., раз (в сопоставимой оценке)
Среднедушевые денежные доходы населения, руб.							
Вологодская область	1396	2719	4412	6302	8497	10524	2,6
Россия	1630	3062	5170	8023	9947	12551	3,0
СЗФО	1612	3084	5404	8425	Н.д.	Н.д.	
Среднемесячная начисленная заработная плата работника, руб.							
Вологодская область	1673	3511	5498	8828	10667	12914	2,9
Россия	1523	3240	5499	8555	10634	13527	3,6
СЗФО	1722	3655	6144	9757	11851	Н.д.	
Источник: Российский статистический ежегодник. – 2005: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 819 с.; Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2007 гг.: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008 г.							

Таблица 4.2

Распределение домохозяйств Вологодской области по количеству несовершеннолетних детей и среднедушевым доходам, в %

Количество членов домохозяйств	20 %-ные группы населения по доходу								
	Первая (нижняя)			2 – 4 группы			Пятая (верхняя)		
	2002 г.	2005 г.	2008 г.	2002 г.	2005 г.	2008 г.	2002 г.	2005 г.	2008 г.
Нет детей	14,4	17,5	15,8	63,7	62,0	62,7	21,9	20,5	21,5
1 ребенок	19,4	19,9	22,4	59,3	58,2	57,6	21,3	21,9	19,9
2 ребенка	37,4	31,6	32,6	51,1	54,6	53,4	11,4	13,8	14,0
3 ребенка и более	56,3	44,7	57,8	35,2	44,7	36,1	8,5	10,6	6,1

Источник: Данные мониторинга общественного мнения населения Вологодской области (N = 9000 человек) / ИСЭРТ РАН.

ресурсы домохозяйств с тремя и более детьми не обеспечивали прожиточного минимума, то в 2007 г. превышали его на 27%. Тем не менее ресурсы таких семей существенно ниже, чем семей с меньшим уровнем детности, то есть чем больше детей в семье, тем хуже её материальное положение. Наличие в семье более одного ребёнка представляет собой определённую степень риска для уровня дохода семьи: по данным социологического исследования⁷⁷, в 2008 г. треть семей с двумя детьми (33%) относилась к нижней группе населения по доходу, в семьях с тремя и более детьми этот показатель составлял 58% (табл. 4.2). То есть наличие двух и более детей увеличивает вероятность отнесения семьи к группам населения с наименьшими доходами. В 2002 – 2008 гг. структура распределения семей по доходным группам изменялась незначительно, лишь в семьях с двумя, тремя детьми в 2005 г. отмечалось уменьшение доли наименее обеспеченных на 6 – 11%.

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.

⁷⁷ Мониторинг общественного мнения населения Вологодской области, проводимый ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.3

Оценка здоровья респондентов в зависимости от уровня доходов
(в %, без учёта затруднившихся ответить)

Группы по уровню среднедушевого дохода	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 физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Если большая часть дохода семьи используется только на минимальный необходимый набор продуктов и самые неотложные платежи, она не в состоянии удовлетворить другие свои потребности (социальные, медицинские, образовательные, культурные, рекреационные). Обусловленные этим ограничения оказывают значительное влияние на состояние здоровья. Так, по данным социологического исследования⁷⁸, выявлены существенные различия в самооценках здоровья у населения с различным уровнем доходов. Лица с высокими доходами оценивают своё здоровье выше, чем с низкими: например, в 2008 г. 47% респондентов с высокими доходами оценили своё здоровье как «очень хорошее» и «довольно хорошее», а среди малообеспеченных такую оценку дало только 30% (табл. 4.3). В 2002 – 2008 гг. самооценка здоровья в группе с высокими доходами постоянно росла, в группе же с низкими доходами «наилучшее» здоровье было отмечено только в 2005 г.

Уровень доходов населения прямо взаимосвязан с потенциалом здоровья (табл. 4.4). За рассматриваемый период максимальный индекс здоровья по всем доходным группам отмечался в 2005 г., и это доказывает, что постепенно стабилизирующаяся экономическая обстановка в стране способствует улучшению самооценки здоровья населения.

⁷⁸ Мониторинг физического здоровья населения Вологодской области, проводимый ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.4

Оценка 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 физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Уровень благосостояния во многом определяется должностным статусом человека. Изменение статуса влечёт за собой изменение материальных условий и опосредованно влияет на здоровье. Согласно данным того же исследования, соотношение доли жителей области, отмечающих за последние пять лет улучшение материального положения семьи, повышение своего должностного статуса, и доли населения, указывающего на ухудшение материального положения, понижение должностного статуса, составляет 2:1 – 2,6:1 соответственно (табл. 4.5). Темпы улучшения показателей за этот период снизились на 10 – 14%, ухудшились показатели незначительно – на $\pm 1\%$. Таким образом, в целом за последние 5 лет наблюдаются положительные тенденции изменения благосостояния населения.

Среди тех, кто отмечает улучшение своего материального и должностного положения, зафиксирован более высокий уровень здоровья (табл. 4.6). То есть одной из важных качественных

Таблица 4.5

Распределение ответов на вопрос: «Как бы Вы оценили изменение своего материального положения и должностного статуса?»
(2008 г.; в %, без учёта затруднившихся ответить)

Период	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 физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.6

**Индекс здоровья населения в зависимости от изменения
материального положения и должностного статуса, 2008 г.**

Период	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 физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

характеристик здоровья является благосостояние индивида, которое во многом определяется уровнем социально-экономического развития общества.

Стоит отметить, что экономические последствия кризисов нивелируются гораздо быстрее, чем последствия социальной дезадаптации личности⁷⁹. Результаты кризиса продолжают оказывать существенное влияние на жизнь общества, и психическое здоровье населения является в этом смысле одной из наиболее уязвимых сторон. В связи с этим у многих людей сохраняется общий негативный фон восприятия своей повседневной жизни, что накладывает отпечаток и на их психику.

По данным мониторинга психического здоровья населения⁸⁰, симптомы тревоги, депрессии и невроза чаще встречаются среди малоимущих слоёв населения (рис. 4.1). При этом 9% жителей области, относящих себя к «богатым», в 2008 г. отметили, что испытывали психологические проблемы, требовавшие помощи квалифицированного специалиста. В то же время среди «бедных» и «нищих» удельный вес данной категории составил 18%.

Аналогичную ситуацию показывает анализ психического здоровья доходных групп. Признаки тревоги и депрессии в доходной группе с высоким достатком встречаются в 1,5 – 2,4 раза реже,

⁷⁹ Журавлева И.В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия: трансформирующееся общество. – М.: Канон-Пресс-Ц, 2001. – С. 509.

⁸⁰ Мониторинг психического здоровья населения Вологодской области, проводимый ИСЭРТ РАН.

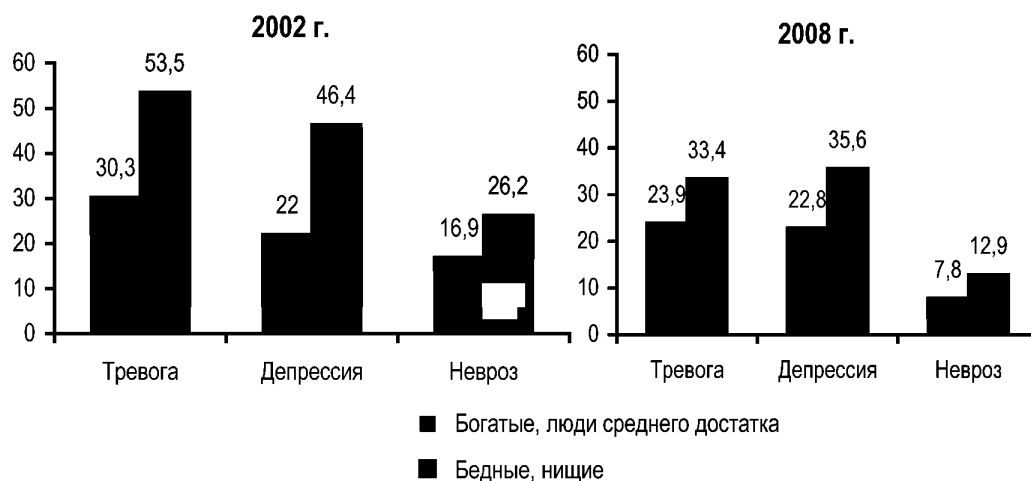


Рис. 4.1. Распространение симптомов психических нарушений в зависимости от социальной самоидентификации населения (в % от числа опрошенных)

Источник: Данные мониторинга общественного мнения / ИСЭРТ РАН.

чем в доходной группе с низким достатком (табл. 4.7). Изменение показателей за анализируемые годы межкризисного периода снизились, что свидетельствует о стабилизации социально-экономической обстановки в стране.

Таблица 4.7

Распределение симптомов тревоги и депрессии по доходным группам, в %

Группы населения по среднему 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 / ИСЭРТ РАН.

Уровень жизни семьи в значительной степени влияет на формирование здоровья детей (как и взрослых), хотя влияние это является опосредованным. Низкий уровень доходов сказывается на качестве питания, возможностях приобретения лекарств и витаминов для ребёнка, его оздоровления в санаторно-курортных условиях и т.д.

Таблица 4.8

**Наличие числа факторов риска в семьях с разной самооценкой
материального положения и обеспеченностью продуктами питания**
(дети 5 лет, когорта 1998 г.; в %)

Варианты ответов	Число факторов риска					
	ни одного	1	2	3	4	5
Самооценка материального положения семей						
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чём себе не отказывать	0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0
Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом	100,0	61,1	77,4	58,8	26,7	33,3
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	0,0	27,8	9,7	23,5	53,3	66,7
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги	0,0	11,1	12,9	11,8	20,0	0,0
Удовлетворённость медицинским обслуживанием						
Да, полностью	60,0	83,3	43,8	66,7	26,7	100,0
Да, частично	40,0	16,7	37,5	22,2	66,7	0,0
Нет	0,0	0,0	18,8	11,1	6,7	0,0
Обеспеченность ребёнка необходимыми продуктами питания						
Хорошая	100,0	63,2	46,7	27,8	18,8	66,7
Удовлетворительная	0,0	36,8	43,3	61,1	75,0	33,3
Плохая, очень плохая	0,0	0,0	10,0	11,1	6,3	0,0
Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.						

В низкодоходной группе нет семей, не имеющих факторов риска для здоровья (низкий уровень медицинской активности, неблагоприятные экологические условия, неблагоприятные жилищные условия, неудовлетворительное здоровье женщины в период беременности, неполная семья); с ростом числа факторов увеличивается и число семей с недостатком материальных средств, низкой обеспеченностью продуктами питания и ограниченной возможностью приобретения лекарственных средств для ребёнка (табл. 4.8).

В результате анализа можно сделать вывод о сконцентрированности факторов риска в семьях с низкими доходами. Недостаточная материальная обеспеченность обуславливает недостаток

продуктов питания в семье, невозможность приобретать в полной мере средства по уходу за ребёнком, обращаться к платным специалистам, пользоваться дополнительными медицинскими услугами, что сказывается на неудовлетворённости родителей медобслуживанием.

Важнейшей стороной жизни, определяющей мировоззрение человека, является степень его занятости, характер и удовлетворённость своей профессиональной деятельностью. Работа даёт возможность быть материально независимым, обеспечивает (целенаправленно или стихийно) определённый уровень социального контроля, способствует расширению круга знакомств и интересов. Бедность и низкое социальное положение – оба эти следствия безработицы часто повышают уровень суицидального поведения, особенно в том случае, если работа потеряна внезапно⁸¹.

В исследовании Д.И. Шустова в группе суицидентов насчитывалось 40% безработных трудоспособного возраста, а в группе парасуицидентов 43% теряли работу в течение года перед попыткой самоубийства. В нашем исследовании 49% парасуицидентов не имели постоянного места работы⁸² (рис. 4.2).

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

Судя по показателям, характеризующим уровень жизни населения городских и сельских территорий области, приведённым в *таблице 4.9*, в сельской местности смертность выше, чем в городской, в 1,4 раза, уровень безработицы – в 1,5 – 3 раза, а располагаемые ресурсы и доходы меньше на 30 – 50%.

⁸¹ Насилие и его влияние на здоровье: доклад о ситуации в мире / ВОЗ. – М.: Весь мир, 2003. – С. 196.

⁸² Исследование суицидальных попыток, проведённое ИСЭРТ РАН.

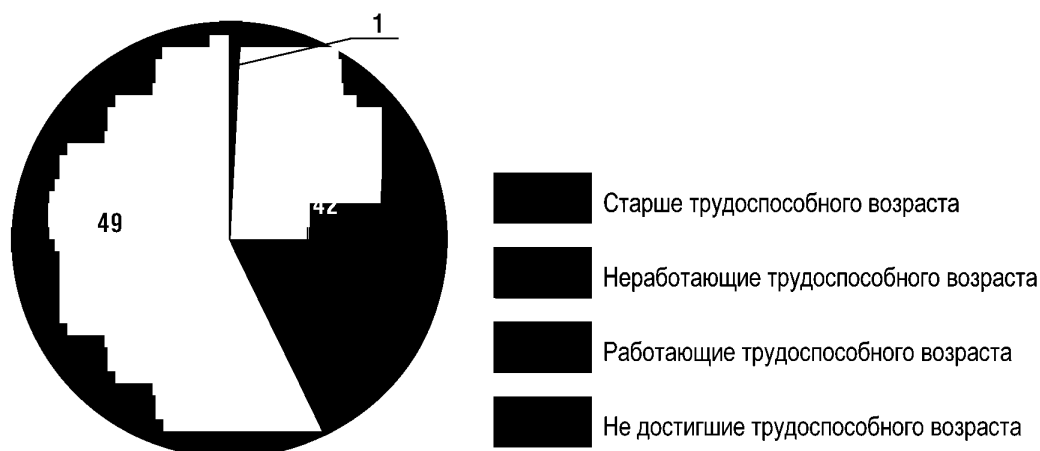


Рис. 4.2. Профессиональная занятость парасуицидентов, 2007 г., в %

Источник: Данные исследования суицидальных попыток / ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.9

Сравнение социально-экономических показателей городской и сельской местности

Показатели	Городская местность			Сельская местность		
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Располагаемые ресурсы, руб.	6559	10727	10255	4534	5564	7372
Денежный доход, руб.	5664	7121	9023	3760	4556	6016
Потребительские расходы, руб.	4929	5976	7065	3059	3700	4284
Сумма сделанных сбережений, руб.	426	1426	1345	365	497	1127
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.

Результаты исследования суицидального поведения в Вологодской области за период с 1998 по 2007 г. наглядно подтверждают тот факт, что среди жителей сельской местности самоубийства совершаются значительно чаще, чем среди горожан (рис. 4.3). Основными причинами такого распределения количества суицидов по региону являются тяжёлые материальные и бытовые условия проживания в сельской местности, отсутствие специалистов и в целом служб психологической

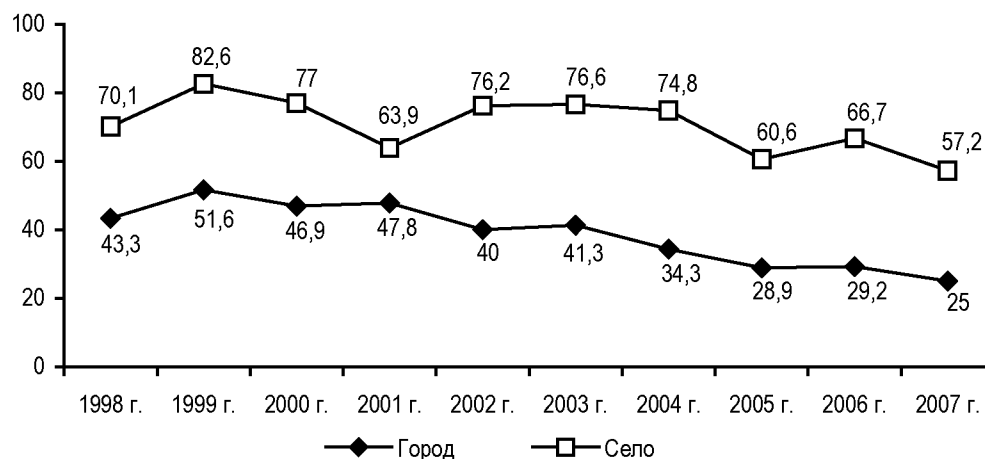


Рис. 4.3. Смертность среди сельского и городского населения Вологодской области от самоубийств (на 100 тыс. населения)

Источник: Данные Вологдастата.

помощи населению, неразвитость инфраструктуры культурно-досуговых учреждений и такие чрезвычайно актуальные социальные проблемы, как алкоголизм, нищета, криминальное поведение и т.д.

Статистический анализ влияния уровня доходов на здоровье населения был проведён 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»)⁸³. В исследовании⁸⁴ задавался также вопрос о наличии хронических заболеваний (оценки дихотомизированы как «имеет проблемы» и «без проблем»).

Результаты 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 респонден-

⁸³ Подобный анализ данных социологического исследования был проведён ИСЭПН РАН: Сбережение народа / под ред. Н.М. Римашевской; Ин-т соц.-экон. проблем народонаселения РАН. – М.: Наука, 2007. – 326 с.

⁸⁴ Мониторинг физического здоровья населения Вологодской области, проводимый ИСЭРТ РАН с 1998 г.

Таблица 4.10

**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 среднему доходу	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)		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: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

тами (табл. 4.10). У данной группы населения чаще отмечался и риск (1,5 раза) возникновения хронических заболеваний. В 2008 г. в группе с низкими доходами такой связи не выявлено, риск возникновения проблем со здоровьем равен 1,6.

Можно сделать вывод о том, что в связи с увеличением доходов населения за период с 1999 по 2008 г. самооценка здоровья населением региона также значительно улучшилась. Возросла доля тех, кто оценивает своё здоровье как «хорошее, довольно хорошее»; уменьшилась доля тех, кто характеризует его как «плохое, очень плохое», «удовлетворительное». Состояние здоровья напрямую зависит от благосостояния и социального статуса: среди тех, кто за последние пять лет отмечает улучшение своего благосостояния, индекс здоровья выше по сравнению с лицами, материальный и должностной статус которых ухудшился. Уровень жизни семьи играет огромную роль в формировании здоровья детей. Низкий уровень доходов обуславливает невысокую покупательную способность доходов, что сказывается на качестве питания, качестве жилищных условий семьи, возможностях приобретения лекарств и витаминов для ребёнка, его оздоровления. Следовательно, высокие показатели здоровья дают человеку возможность делать карьеру, достойно

содержать семью, соответственно, достигнув высокого благосостояния, сохранять здоровье, включая и доступ к медицинской помощи и профилактическим мероприятиям.

Жилищные условия

Существенное влияние на состояние здоровья людей оказывает степень комфортности жилищных условий. В 2008 г. по сравнению с 2002 г. снизилась на 9 п.п. доля лиц, чьи жилищные условия имеют недостатки⁸⁵, однако на них указывает 44% населения, в том числе 41% – обращает внимание на необходимость капитального ремонта, 44% – на недостаток жилой площади, 14% – на низкую температуру в квартире в холодное время года.

О зависимости здоровья населения области от степени комфортности условий проживания говорит индекс здоровья: он ниже в группе людей, отмечающих недостатки в жилищных условиях (*табл. 4.11*).

Качество жилищных условий семей определяет уровень их жизни. Более половины семей с детьми оценивают свои жилищные условия как удовлетворительные, 16 – 18% респондентов проживают в плохих либо требующих капитального ремонта домах и квартирах (*рис. 4.4*).

Анализ жилищных условий семей с детьми дошкольного и младшего школьного возраста выявил, что обеспеченные семьи, которые могут себе позволить жить в благоустроенных новых квартирах, чаще оценивают свои жилищные условия как хорошие – 44% (семьи с четырёхлетними детьми) и 75% (семьи с семилетними детьми). Семьи с низким доходом в основном оценивают свои жилищные условия как удовлетворительные (61 и 48% соответственно) и плохие (22 и 43% соответственно; *табл. 4.12*).

Дискомфорт микроклимата жилища (температура, влажность, запылённость) приводит к ослаблению возможностей общей сопротивляемости детского организма, снижению имму-

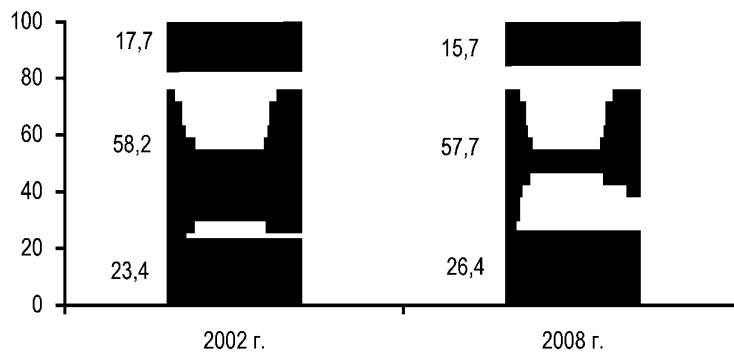
⁸⁵ Мониторинг физического здоровья населения Вологодской области, проводимый ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.11

Индекс здоровья в группах населения, по-разному оценивающих степень комфортности своих жилищных условий

Вариант ответа	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 физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.



- Хорошие жилищные условия
- Удовлетворительные жилищные условия
- Плохие, очень плохие жилищные условия

Рис. 4.4. Оценка респондентами жилищных условий (все семьи, в %)

Таблица 4.12

Оценка жилищных условий семьями с различным уровнем материальной обеспеченности, 2008 г. (в % от числа опрошенных)

Материальное положение семьи	Оценка жилищных условий		
	Хорошие	Удовлетворительные	Плохие
Дети в возрасте 4 лет			
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
Дети в возрасте 7 лет			
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

Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

нитета, что, в свою очередь, является предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается и здоровье ухудшается.

Анализ здоровья четырёхлетних детей показал, что здоровых детей больше среди проживающих в хороших условиях, а отклонения в состоянии здоровья встречаются чаще среди проживающих в неудовлетворительных жилищных условиях (табл. 4.13). В целом за рассматриваемый период произошли положительные сдвиги в изменении условий проживания детей и состоянии их здоровья. В 2008 г. в хороших условиях жили 28% детей с ослабленным здоровьем, тогда как в 1999 г. условия проживания семей были удовлетворительные и плохие, соответственно, за прошедший период сократилась доля проживающих в неблагоприятных условиях.

Таблица 4.13

Взаимосвязь жилищных условий и здоровья детей
(дети в возрасте 4-х лет; в %)

Характеристика жилищных условий	1999 г.		2002 г.		2005 г.р.		2008 г.	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Хорошие	0,0	0,0	17,6	20,2	0,0	22,2	43,8	27,7
Удовлетворительные	66,7	77,8	64,7	61,8	90,9	58,1	43,8	59,2
Плохие	33,3	22,2	17,6	18,0	9,1	19,7	12,5	13,1

R1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.
Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

Изучение влияния некоторых характеристик неудовлетворительного состояния жилья на здоровье детей разного возраста позволяет сделать вывод, что нельзя однозначно выделить тот недостаток, который наиболее отрицательно сказывается на детском здоровье, т.к. часто они воздействуют в комплексе, взаимно дополняя и усиливая друг друга (табл. 4.14). Но практически все дети с ослабленным здоровьем проживают в неудовлетворительных жилищных условиях.

Таблица 4.14

Взаимосвязь здоровья детей и особенностей жилищных условий (2008 г.; в %)

Особенности жилищных условий	4 года		7 лет		10 лет		13 лет	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Жилье тесное	0,0	100,0	0,0	100,0	8,3	91,7	15,4	84,6
Жилье холодное	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Жилье слишком влажное	50,0	50,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0

R1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.
Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

Согласно результатам анализа, люди, отмечавшие наличие проблем с жилищными условиями, имели двукратный риск (2,2 раза в 2002 г.) возникновения проблем со здоровьем (табл. 4.15). 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 уровнем 2002 г. – в 1,9 раза. Положительная динамика свидетельствует, скорее всего, о некотором улучшении условий жизни населения и снижении неблагоприятных воздействий на здоровье.

Оценки характеристик и особенностей условий проживания, практически не дифференцируясь, в то же время демонстрируют значимые различия по таким индикаторам, как индекс здоровья и группа здоровья детей. За рассматриваемый период

Таблица 4.15

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 физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

показатели здоровья населения, проживающего в хороших условиях, улучшились, а населения, проживающего в неблагоприятных условиях, – ухудшились. Таким образом, установлено, что жилищные условия влияют на здоровье населения, особенно детского, являясь жизненно важным фактором.

Культура питания

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

Доля жителей области, оценивающих своё питание как «неудовлетворительное, очень плохое», в 2008 г. по сравнению с 2007 г. изменилась незначительно, но по сравнению с уровнем 1999 г. снизилась втрое. Удельный вес тех, кто считает своё питание «нормальным», возрос за эти 10 лет в 1,6 раза. Однако «полноценным» считали своё питание лишь 12% населения (*рис. 4.5*). Это связано, в первую очередь, с невысоким уровнем жизни в регионе, а также с недостаточностью знаний людей о здоровом питании.

Качество питания оказывает значительное влияние на здоровье населения: жители области, оценивающие питание как «полноценное», имеют более высокий индекс здоровья (*табл. 4.16*). Индекс здоровья в группе населения с полноценным питанием в 1,2–1,5 раза выше, чем в группе с очень плохим питанием. Причём произошедшее за рассматриваемые годы некоторое увеличение уровня здоровья в группе «очень плохого» питания (с 0,514 в 2002 г. до 0,591 в 2008 г.) сопровождается снижением индекса в группе «полноценного» питания (с 0,788 до 0,734 соответственно).

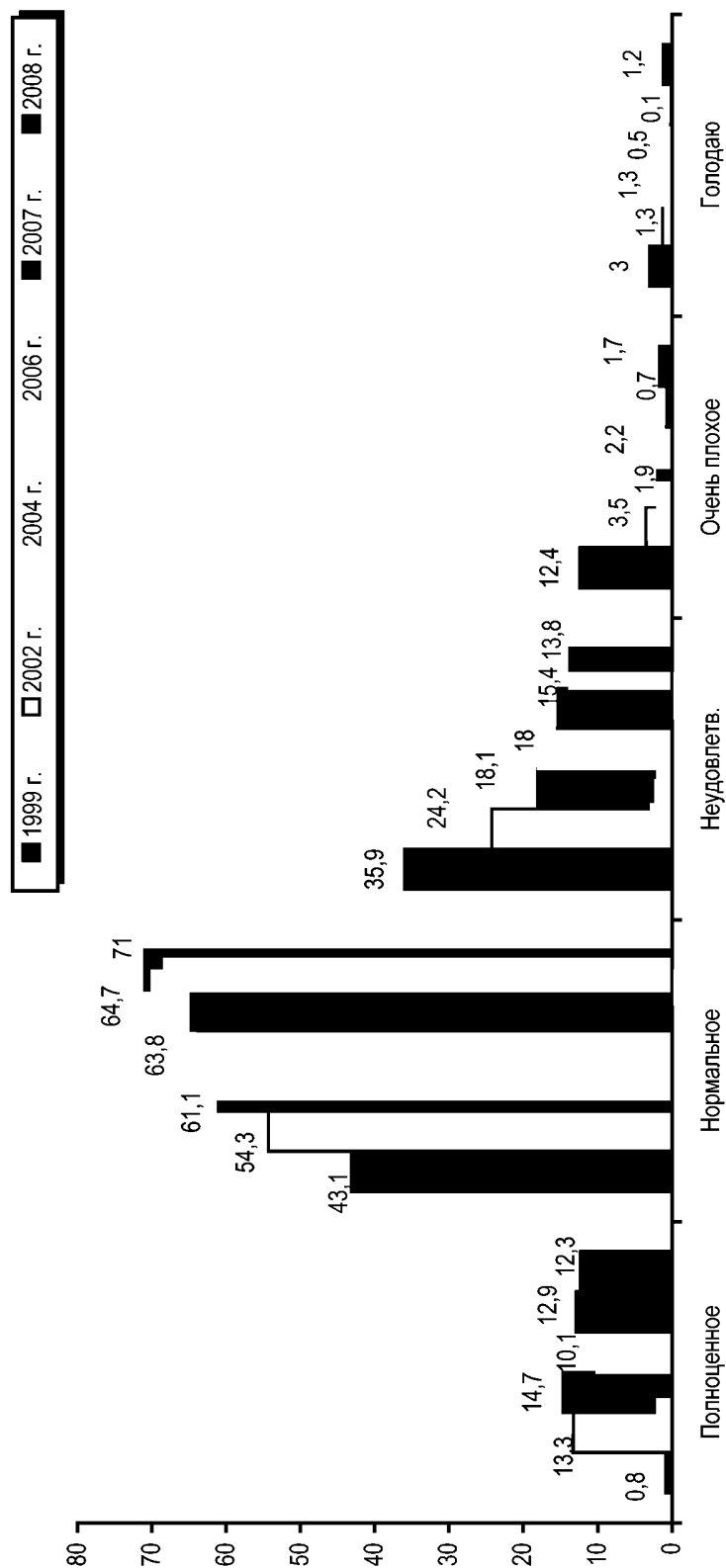


Рис. 4.5. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете своё питание?»
(в %, без учёта затруднившихся ответить)

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.16

**Влияние качества питания на здоровье населения
Вологодской области**

Оценка качества питания населением	Величина индекса здоровья в различные периоды измерения						
	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 физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Данные опроса, проведённого в 2008 г., показывают, что за последние три года 23% населения стало употреблять в пищу гораздо меньше жиров, 17% – меньше хлебобулочных изделий, 21% – солесодержащих продуктов, 24% – сахара и кондитерских изделий. Больше употребляется фруктов, овощей, рыбы (20, 19 и 12% населения соответственно).

В структуре причин изменения характера своего питания жители региона на первое место ставят желание вести более здоровый образ жизни (34 – 39%), к положительным факторам также можно отнести и желание снизить вес (16 – 18%). А вот снижение дохода является отрицательным моментом (18 – 24%), поскольку в будущем негативно отразится на состоянии здоровья (табл. 4.17).

Таблица 4.17

Распределение ответов на вопрос: «Если характер Вашего питания изменился, то какова основная причина этого?»
(2008 г.; в % от числа опрошенных)

Основная причина изменения характера питания	Вологда	Череповец	Районы	Область
Чтобы вести более здоровый образ жизни	33,5	37,8	36,5	36,2
Болезнь	8,9	14,1	13,0	12,4
Чтобы снизить вес	15,8	17,9	16,5	16,8
Чтобы сохранить вес	1,0	5,3	6,3	4,7
Чтобы увеличить вес	2,0	1,1	1,0	1,3
Снижение дохода	24,1	17,6	23,3	21,7
Увеличение дохода	5,9	6,1	6,5	6,2
Затрудняюсь ответить	26,6	21,4	18,0	21,0

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Основными правилами, которыми население руководствуется при организации своего питания, являются: употребление бóльшего количества овощей и фруктов (33%), употребление натуральных продуктов (28%), соблюдение срока годности употребляемых продуктов (28%), соблюдение режима приёма пищи (22%), профилактика йод-дефицитных заболеваний (20%); однако 33% населения «питается, как придётся». Результаты проведённого исследования показали, что население знакомо с рекомендациями о здоровом питании, но не всегда соблюдает их. В основном неполноценность пищевого рациона обусловлена экономической причиной, которая может быть устранена только путём повышения доходов населения.

От социального положения семьи, её материального достатка и знаний о правилах здорового питания во многом зависит обеспеченность ребёнка необходимыми продуктами питания. Чем шире возможности семьи в сфере удовлетворения базовых потребностей, тем больше внимания уделяется качеству питания детей. Анализ семей с 4-х-летними детьми выявил, что в тех из них, которые оценивают свои доходы как «достаточные для нормальной жизни», обеспеченность детей продуктами питания хорошая – 92 – 100% (табл. 4.18). На семьи, доходы которых «совершенно недостаточны», приходится наибольший удельный вес удовлетворительно (40 – 46%) и плохо (9 – 46%) питающихся детей. В целом динамика обеспеченности продуктами питания носит положительный характер с улучшением питания детей к 2008 г.

Питание представляет собой один из ключевых факторов, определяющих не только качество жизни, но и условия роста и развития детей. Известно, что любая, особенно белковая и витаминная недостаточность питания может привести к серьёзным и неизлечимым впоследствии недугам, связанным с нарушением

Таблица 4.18

**Динамика обеспеченности 4-х-летних детей продуктами питания
в семьях с различным уровнем дохода
(в %, без учёта затруднившихся ответить)**

Обеспеченность ребенка продуктами питания	Доходы семьи			
	Достаточны для нормальной жизни	Достаточны при определенных условиях	Недостаточны	Совершенно недостаточны
1999 г.				
Хорошая	100,0	50,0	10,2	7,6
Удовлетворительная	0,0	50,0	74,4	46,2
Плохая	0,0	0,0	15,4	46,2
2002 г.				
Хорошая	100,0	69,7	38,0	13,3
Удовлетворительная	0,0	27,3	56,0	80,0
Плохая	0,0	3,0	6,0	6,7
2005 г.				
Хорошая	92,3	69,4	44,0	22,7
Удовлетворительная	7,7	30,6	54,0	68,2
Плохая	0,0	0,0	2,0	9,1
2008 г.				
Хорошая	95,0	66,0	42,5	60,0
Удовлетворительная	5,0	34,0	57,5	40,0
Плохая	0,0	0,0	0,0	0,0
Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.				

созревания нервной ткани. В частности, недостаток в пище некоторых аминокислот ведёт к развитию идиотии (слабоумия) на фоне низкорослости и мышечной дистрофии. Нехватка витаминов ухудшает также психофизическое состояние развивающегося детского организма⁸⁶.

Школьники должны получать каждый день полноценный животный белок, являющийся необходимым «строительным материалом» для роста и развития нервной, мышечной и других важнейших тканей детского организма. Молочные продукты и яйца способны в основном удовлетворить потребность растущего организма в аминокислотах, в том числе незаменимых.

⁸⁶ Швецова В.Н. Питание обучающихся как необходимое условие формирования здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://kavp2006.khb.ru/download.php?id=99>

По словам члена-корреспондента РАН Н.М. Римашевской, «... 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 дешёвые мясopодукты»⁸⁷. Регулярно едят мясные продукты менее половины детей (44%), а рыбу – лишь 3%.

Проведённый в 2008 г. анализ питания разновозрастных детей выявил следующие закономерности их питания. В ежедневный рацион только 46 – 60% детей входят овощи, 53 – 64% – фрукты, 35% – соки (табл. 4.19). Тот факт, что не все дети ежедневно употребляют овощи, фрукты, соки, служащие ценным источником углеводов, витаминов и микроэлементов, свидетельствует о несбалансированности питания. При этом высока доля употребляющих сладости (53 – 65%), которые не являются продуктом здорового питания.

Сбалансированность и рациональность питания во многом зависит от привычек, культуры родителей. С помощью углублённого анализа получены данные о том, 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 рациональном питании.

Дефицит полноценного питания влияет на рост и развитие учащихся. У детей с недостаточно полноценным питанием выявлено отставание в уровне физического развития, особенно в массе

⁸⁷ Римашевская Н.М. Детство в России. Проблем всё больше, а ребят всё меньше [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.ug.ru/issue/?action=topic&t

Таблица 4.19

Распределение ответов на вопрос: «Как часто ребёнок получает следующие продукты питания?» (2006 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

Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.20

Влияние обеспеченности продуктами питания на физическое развитие ребёнка (2008 г.; в %)

Оценка обеспеченности продуктами	Оценка физического развития ребенка		
	Нормальное	Дефицит массы тела	Избыток массы тела
7 лет			
Хорошая	93,2	0,0	6,8
Удовлетворительная	76,8	12,5	10,7
Плохая	0,0	100,0	0,0
10 лет			
Хорошая	81,1	8,1	10,8
Удовлетворительная	92,1	0,0	7,9
Плохая	0,0	100,0	0,0
13 лет			
Хорошая	82,6	2,2	15,2
Удовлетворительная	86,2	9,2	4,6

Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

тела. В 2008 г. дефицитом веса страдали все дети от 7 до 10 лет с плохой обеспеченностью продуктами питания и 9–13% детей с удовлетворительной обеспеченностью. Вероятно, это вызвано несбалансированностью питания, плохим качеством продуктов, из-за чего происходит нарушение обмена веществ, вызывающее отклонения в здоровье детей (табл. 4.20).

Гармоничное физическое и умственное развитие ребёнка во многом зависит от правильного питания. Особое значение имеет питание в младшем школьном возрасте. Правильное питание не только обеспечивает нормальный рост и развитие детей, но и способствует профилактике заболеваний. Недостаточная обеспеченность детей продуктами питания ослабляет их иммунную систему, что приводит к увеличению болезненности. Анализ питания семилетних детей показал, что плохая обеспеченность продуктами приводит к частым заболеваниям (табл. 4.21), а дети, питание которых оценивается как хорошее и удовлетворительное, болеют в несколько раз реже. Таким образом, организация правильного питания школьников важна для обеспечения организма всеми ресурсами, необходимыми для роста и развития, адаптации к школьным нагрузкам и сохранения здоровья.

Для ребёнка школьного возраста важен режим питания. Он определяет такие моменты, как число приёмов пищи и интервал между ними, количество калорий на каждый приём, качественную полноценность продуктов на отдельный приём, а также распределение рациона по приёмам пищи в течение дня. В среднем 20% школьников утром не завтракают. С возрастом их отказ от завтрака становится более распространённым явлением (рис. 4.6). Это плохой признак, свидетельствующий о формировании у части детей неправильного стереотипа пищевого поведения.

Таблица 4.21

Влияние обеспеченности продуктами питания на кратность заболеваний детей (2008 г.; дети в возрасте 7 лет, в %)

Варианты ответов	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

Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

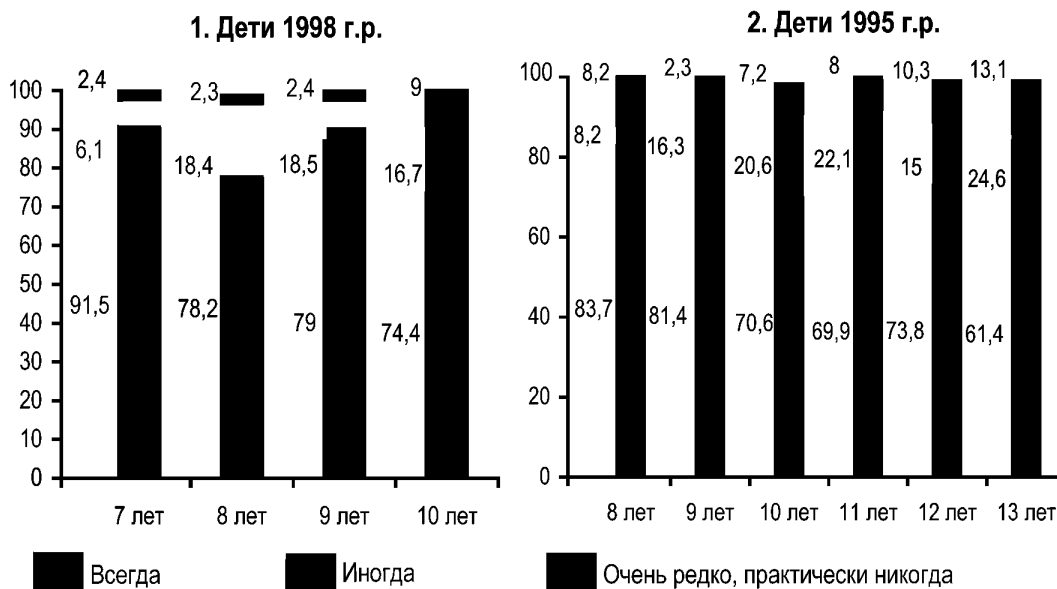


Рис. 4.6. Возрастная динамика распределения ответов на вопрос: «Всегда ли ребёнок завтракает утром?» (2008 г.; в %)

Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

Организация питания школьников 7 – 14 лет имеет свои особенности, заключающиеся в учёте всех тех изменений, которые происходят в детском организме в данном возрасте. В этот период следует обратить особое внимание на следующие моменты: происходит интенсивный рост всего организма, развиваются все основные системы, повышаются нагрузки на психоэмоциональную сферу, возрастают не только школьные нагрузки, но и напряжение, вызванное социальной адаптацией.

Мы спрашивали родителей, какими правилами они руководствуются при организации питания ребёнка. Ответы распределились следующим образом: большинство родителей (58 – 64%) стараются, чтобы дети употребляли больше овощей и фруктов, 59 – 65% следят за качеством употребляемых продуктов (табл. 4.22). Режим питания, правила приёма пищи соблюдает менее половины семей (30 – 45%), за сбалансированностью питания по содержанию следит всего 10 – 12% семей.

Плохое питание негативно отражается на здоровье человека. Так, судя по приведённым в *таблице 4.23* данным, в 2002 г. все рассматриваемые индикаторы плохого питания обусловили плохое

Таблица 4.22

Распределение ответов на вопрос: «Какими правилами Вы руководствуетесь при организации питания ребёнка?», 2008 г., в %

Варианты ответов	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 приёма 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 надёжных, проверенных производителей	47,2	51,3	40,4
Не следим за питанием ребенка	0,8	0,0	3,5
Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.			

Таблица 4.23

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 физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.				

здоровье. В 2008 г. «неудовлетворительно» питающиеся имели двукратный риск возникновения проблем со здоровьем, среди «очень плохо» питающихся он равен 3,4. Хронические заболевания возникают у данных групп населения соответственно в 1,7 и 2 раза чаще, чем у «полноценно» питающихся.

Таким образом, качество питания оказывает значительное влияние на здоровье жителей области: оценивающие питание как «полноценное» имеют более крепкое здоровье в сравнении с теми, кто оценивает своё питание как «плохое». Сложившуюся ситуацию с состоянием детского питания нельзя назвать благоприятной. Нарушение принципов рационального питания – верный путь к развитию болезней органов пищеварения и нарушению обмена веществ, что негативно сказывается на состоянии здоровья населения, особенно подрастающего поколения. За десять лет заболеваемость этими группами болезней возросла в среднем на 30% (*прил., табл. 3*).

4.2. Социально-психологические факторы

Формирование общественного здоровья происходит под воздействием множества факторов риска, среди которых важное место занимают социально-психологические. Оценка влияния различных состояний на здоровье и самочувствие позволяет выявить те характеристики здоровья, которые вносят решающий вклад в снижение отдачи от человеческого капитала. Выделение групп населения, обладающих критическими характеристиками здоровья, позволяет выявить людей, нуждающихся в мерах социальной защиты и специализированном подходе.

Самосохранительная активность

Уменьшение ущерба здоровью, причиняемого алкоголем, наркотиками и табаком, выделяется в качестве основного направления деятельности в рамках Стратегического плана «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области»⁸⁸.

⁸⁸ Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы». – Вологда, 2002. – 100 с.

Таблица 4.24

**Сопоставимые оценки доли ежедневно курящих среди мужчин
и женщин в странах Европейского региона ВОЗ, в %**

	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	40,0	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: Щербакоева Е. Распространенность курения в Европейском регионе снижается, но ситуация в отдельных странах различна // Демоскоп. – 2006. – № 305-306. – 15-28 октября.

Таблица 4.25

**Распределение ответов на вопрос: «Сколько в среднем сигарет,
папирос Вы выкуриваете в день?» (в % от числа опрошенных)**

Варианты ответа	2002 г.	2005 г.	2008 г.
Не более 5 штук в день	3,9	4,8	7,5
Менее половины пачки	10,1	11,3	11,8
Хватает пачки на 2 дня	26,1	22,9	19,4
Не больше пачки в день	43,1	33,6	36,3
Более 1 пачки в день	16,0	23,7	20,2
Курю не каждый день	0,8	3,7	4,9

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Россия входит в число стран с наиболее высокой распространённостью курения (доля курящих среди населения старше 18 лет: мужчины – 60%; женщины – 31%; табл. 4.24). Каждый год потребление табачных изделий в стране растёт на 1,5 – 2%⁸⁹.

В последние годы число курящих не снизилось и составляет треть всего населения области, из них 52% – курят более 10 лет. Не произошло изменений и в структуре курящих: так же, как и в предыдущие годы, преобладают те, кто выкуривает по одной пачке сигарет в день (табл. 4.25).

⁸⁹ Информационно-аналитический бюллетень [Электронный ресурс]. – 2008. – №1. – Режим доступа: www.isras.ru

Таблица 4.26

**Распределение ответов на вопрос: «Хотите ли Вы бросить курить?»
(2008 г.; в %)**

Вариант ответа	Мужчины в возрасте, лет			Женщины в возрасте, лет		
	до 30	30 – 60	старше 60	до 30	30 – 55	старше 55
Да	13,4	44,9	7,0	9,1	21,9	3,7
Да, если мне в этом кто-нибудь поможет	22,3	50,0	5,4	6,9	15,4	0,0
Нет	21,9	50,5	11,7	7,7	7,7	0,5

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

В 2008 г. 36% курящих хотели бы самостоятельно бросить курить, 25% согласны отказаться от этой привычки при условии посторонней помощи. Не хотят бросать курить 37% потребителей табака. В гендерных группах преобладают молодёжь и лица в возрасте 30 – 55 (60) лет (*табл. 4.26*).

Женщины всех возрастных групп курят значительно меньше, чем мужчины (*табл. 4.27*). Однако женщины от 18 до 30 лет, являющиеся основной репродуктивной группой, более склонны к курению по сравнению с представительницами среднего и особенно старшего возраста, хотя их доля в 2008 г. по сравнению с 2005 г. снизилась на 5% и составила 23%.

Таблица 4.27

**Распределение ответов на вопрос: «Курите ли Вы
в настоящее время?», в %**

Варианты ответа	Год	Мужчины в возрасте, лет			Женщины в возрасте, лет		
		до 30	30 – 60	старше 60	до 30	30 – 55	старше 55
Не курят	2008	46,7	33,4	58,3	77,0	78,0	96,4
	2005	36,9	39,7	55,2	71,6	74,1	89,1
	2002	49,1	43,1	55,3	70,5	75,1	94,3
Курят	2008	53,3	66,6	41,7	23,0	22,0	3,6
	2005	63,1	60,3	44,8	28,4	25,9	10,9
	2002	50,9	56,9	44,7	29,5	24,9	5,7

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Как видно из данных о самооценке здоровья курящего населения области (*табл. 4.28*), среди лиц, негативно оценивающих своё здоровье, преобладают выкуривающие в день пачку сигарет и

Таблица 4.28

**Оценка состояния собственного здоровья курящим населением
Вологодской 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 физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

более (16 – 44%). Вместе с тем, среди часто курящих высока доля тех, кто имеет хорошую самооценку здоровья (11 – 39%), тогда как среди курящих эта доля составляет только 6 – 16%. Главная причина такого 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, если заболею – брошу».

Курение родителей – негативный фактор формирования здоровья будущего ребёнка. Курение матери усиливает риск развития у детей болезненных состояний. В Вологодской области среди курящих – 43% семей с несовершеннолетними детьми (рис. 4.7). По данным исследования, 27% женщин курили до беременности, во время беременности – 12%.

Наше исследование наглядно подтвердило тот факт, что курение женщины отрицательно влияет на здоровье ребёнка. У некурящих матерей родилось 73 – 85% здоровых детей, у куривших до беременности – всего 15 – 27%. У тех же, кто курил

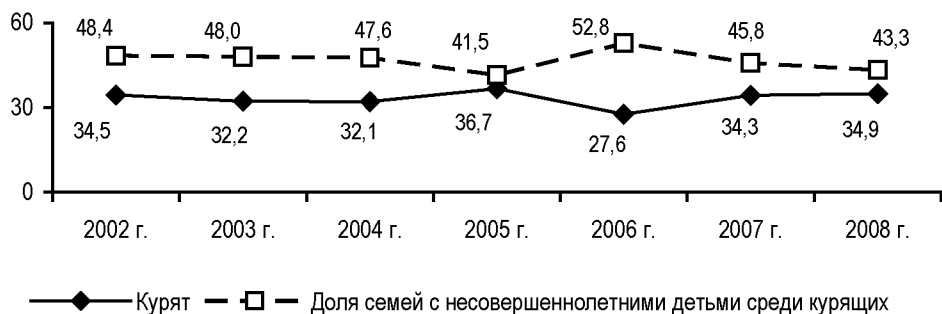


Рис. 4.7. Распределение ответов на вопрос: «Курите ли Вы в настоящее время?», в %

Источник: Данные мониторинга состояния здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

и во время беременности, здоровье детей значительно хуже: без отклонений в здоровье родилось лишь от 4 до 13% (табл. 4.29). Курение матери влияет и на вес будущего новорожденного. Так, при сравнении доли детей, родившихся с нормальным весом у курящих и некурящих, видно, что у курящих матерей чаще рождаются маловесные дети. У куривших и во время беременности доля новорожденных с нормальным весом составила всего 3 – 14%.

Таблица 4.29

Влияние курения родителей и других членов семьи на наличие проб курения у детей, в %

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
Когорта 1995 г.						
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
Когорта 1998 г.						
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
Когорта 2001 г.						
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
Когорта 2004 г.						
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

Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

Наличие вредных привычек у членов семьи является препятствием для формирования у детей позитивных ориентаций на здоровый образ жизни. Для детей превыше всего пример не просто взрослых, а близких и уважаемых ими людей. Поэтому очень важно, курят родители или нет. И, как правило, в семьях, в которых курит хотя бы один из родителей, в 2 раза чаще встречаются курящие дети (табл. 4.30). Наиболее сильное влияние на вероятность проб курения у ребёнка оказывают такие члены семьи, как мать, бабушка, отец. При курящей матери дети пробуют курить в 6 раз чаще, чем при некурящей.

Таблица 4.30

**Влияние курения родителей и других членов семьи
на наличие проб курения у детей, в %**

Курит ли кто-либо из семьи	Ребёнок пробовал курить	
	Да	Нет
Да	25,0	75,0
Нет	12,5	87,5

Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

Ещё одной вредной привычкой, которая может оказывать негативное влияние на здоровье, является чрезмерное потребление алкогольных напитков. В 2008 г. по сравнению с 2002 г. потребление алкоголя в Российской Федерации увеличилось с 10,5 литра чистого спирта на человека в 2002 г. до 18 литров в 2008 г.⁹⁰ В регионе число потребителей алкогольсодержащей продукции выросло на 5% и составило 62% всего его населения. В среднем в период с 2002 по 2008 г. употребляли спиртные напитки 72% мужчин и 57% женщин. Доля женщин, потребляющих алкогольные напитки, в 2008 г. по сравнению с 2007 г. сократилась на 6%. Однако особое беспокойство вызывает высокий удельный вес пьющих молодых женщин (65%).

Алкоголизм придаёт личности человека определённые черты, которые повышают риск суицидального поведения. «Пациенты, злоупотребляющие психоактивными веществами, отличаются

⁹⁰ Европейская база данных «Здоровье для всех», ЕРБ ВОЗ (январь 2009).

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»⁹¹.

Нарушение когнитивных способностей из-за опьянения ведёт 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 широкой распространённости неучтённых случаев злоупотребления алкогольной продукцией. Результаты мониторинга общественного мнения свидетельствуют о том, что уровень потребления алкоголя на территории Вологодской области остаётся практически неизменным на протяжении последних семи лет (рис. 4.8). По данным за 2008 г., 57% жителей обеспокоены проблемой роста алкоголизма, 55% считают, что злоупотребление алкоголем «никогда не может быть оправданным».

Судя по оценке собственного здоровья населением области, употребляющим алкогольные напитки, доля лиц, выпивающих по праздникам, составляет 50 – 60%, соответственно велика и доля лиц, выпивающих чаще, – 40 – 50% (табл. 4.31).

Чрезмерное потребление родителями алкогольных напитков оказывает негативное влияние на здоровье детей. Среди населения Вологодской области, употребляющего алкоголь, 42% семей с несовершеннолетними детьми (рис. 4.9).

⁹¹ Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М: Когито-Центр, 2005. – С. 273.

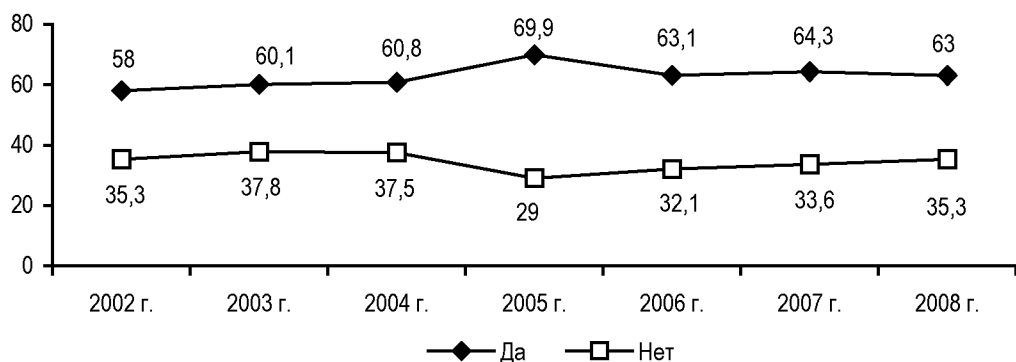


Рис. 4.8. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» (без затруднившихся ответить; в %)

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.31

Оценка состояния собственного здоровья населением области, употребляющим алкогольные напитки (2008 г.; в % от числа опрошенных)

Частота употребления алкоголя	Самооценка здоровья		
	Очень хорошее и довольно хорошее	Удовлетворительное	Плохое и очень плохое
Ежедневно	6,1	4,5	6,8
По выходным	37,6	26,0	23,3
По праздникам	49,6	58,5	60,3
До 3-х раз в месяц	6,7	11,0	9,6
Итого	100	100	100

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

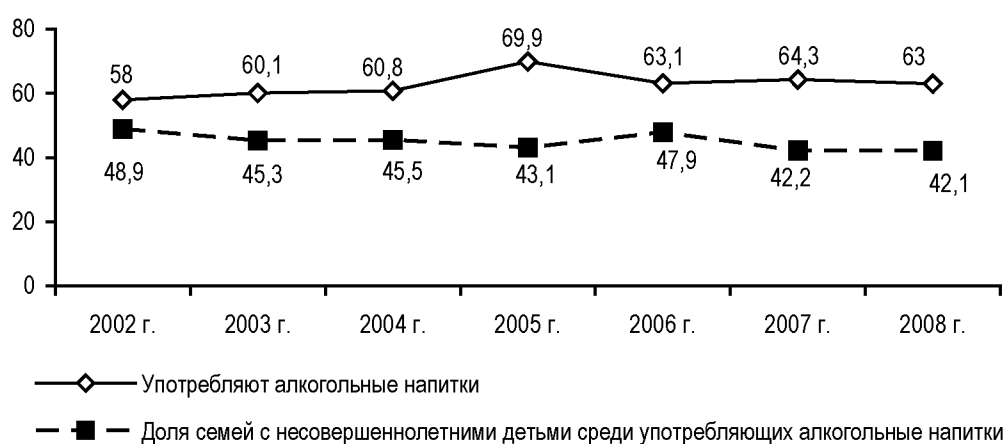


Рис. 4.9. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных)

Источник: Данные мониторинга состояния здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Алкоголизм в настоящее время приобрёл характер «семейной болезни», что создаёт необходимость вовлечения всей семьи в лечебный процесс на основе объединения опыта и усилий самых различных служб, имеющих отношение к социальной и медицинской помощи. Исследование показало, что если в семье есть практика употребления алкоголя, то около четверти детей тоже его пробовали (табл. 4.32).

Таблица 4.32

Влияние употребления алкогольных напитков родителями на наличие проб алкоголя у детей (опрос 2008 г.; дети 1995 г.р.; в %)

Выпивает ли кто-либо из семьи?	Ребёнок пробовал спиртные напитки?	
	Да	Нет
Да	24,1	75,9
Нет	15,5	84,5

Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

Таким образом, можно заключить, что большая часть населения региона слишком беспечно относится к своему здоровью: регулярно употребляет алкоголь, курит и при этом мало знает и мало задумывается о своём здоровье. Важно пропагандировать здоровый образ жизни и просвещать население о последствиях влияния вредных привычек не только на собственное здоровье, но и здоровье будущих поколений. Можно сказать, что все высказывания населения о приоритете здоровья носят декларативный характер.

Физическая активность

Данные социологических опросов убедительно показывают, что в России формируется стиль жизни, при котором здоровье, являясь неприкосновенной частной собственностью, не представляет реальной ценности для его владельца.

Согласно данным опроса, проведённого в 2008 году, у 31% населения Вологодской области «сидячая» работа, а 9% – выполняют тяжёлую физическую нагрузку. Более 60% жителей области в свободное от работы время чаще всего находятся дома, 33% – предпочитают прогулки на свежем воздухе и всего 12% – занимаются физкультурой и спортом, посещают спортивные залы. С 2001 года положение мало изменилось (рис. 4.10).

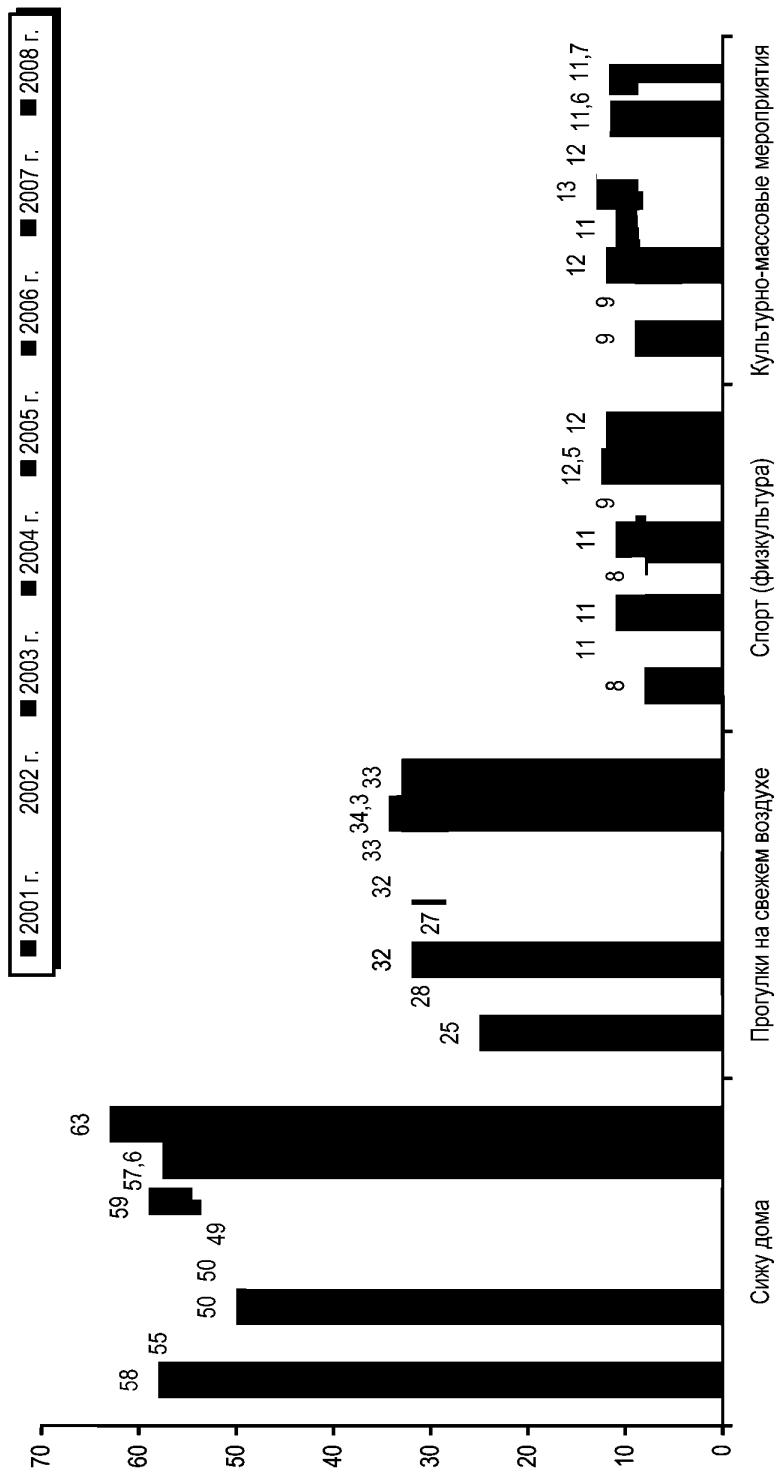


Рис. 4. 10. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы проводите свободное время?»

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области ИСЭРТ РАН.

Даже среди молодых людей большинство предпочитает пассивные формы досуга (табл. 4.33).

В среднем 62% молодых людей сидят дома перед телевизором или компьютером, 42% – просто гуляют по улицам и лишь 22% – занимаются физкультурой и спортом.

Жители области не считают необходимым заботиться о собственном здоровье, отказываясь от профилактических мероприятий и элементарных мер его защиты до появления серьезных заболеваний. При этом 83% населения считает себя ответственным за своё здоровье – это в 1,7 раза больше, чем в 2001 г. (табл. 4.34). Однако данное высказывание носит скорее декларативный характер, так как мало кто стремится самостоятельно

Таблица 4.33

Физическая активность молодых людей в возрасте от 18 до 30 лет
(в %, без учёта затруднившихся ответить)

Проведение свободного времени	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Сижу дома	43,3	40,5	36,2	43,1	48,7	44,8	61,9
Гуляю на свежем воздухе	32,5	37,9	36,4	36,9	36,1	43,0	42,2
Занимаюсь спортом, посещаю спортивный зал	20,4	17,1	12,9	18,0	14,3	10,8	22,4
Посещаю культурно-массовые мероприятия	15,7	18,1	18,7	20,9	20,4	23,3	22,4

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.34

Распределение ответов на вопрос: «Кого Вы считаете ответственным за Ваше здоровье?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2008 г.
Считаю себя ответственным за своё здоровье	49,7	46,2	44,1	47,5	46,6	83,0
Государство	23,8	36,0	30,4	28,4	25,4	10,4
Медицинских работников	22,0	36,0	33,0	33,3	23,0	16,0
Семью, родственников	7,4	11,9	10,1	8,5	8,9	3,7
Работодателя	–	–	–	–	–	5,9
Затрудняюсь ответить	7,3	9,3	11,0	6,0	7,4	5,5

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

следовать принципам здорового образа жизни, не ожидая действий со стороны государства.

В то же время 52% населения считает, что достаточно времени тратит на двигательную активность, и лишь 48% придерживаются противоположного мнения. Незначительно увеличилась доля жителей области, занимающихся профилактикой основных болезней, хотя она невелика – 39% в 2008 г. (табл. 4.35).

Отсутствие ориентированности на профилактику заболеваний негативно сказывается на состоянии здоровья населения (табл. 4.36).

Наиболее регулярно население применяет такие способы профилактики, как достаточный сон (56%), умеренность в употреблении продуктов питания, алкоголя (53%), оптимальное сочетание трудовых нагрузок и отдыха (43%), посещение бани, сауны (40%), а менее регулярно зарядка, бег, прогулки (23%),

Таблица 4.35

Распределение ответов на вопрос о профилактике основных болезней (в % от числа опрошенных, без затруднившихся ответить)

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

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.36

Уровень здоровья населения региона в зависимости от наличия профилактики основных болезней

Вариант ответа	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
	Индекс здоровья						
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 физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

посещение врача с профилактической целью (21%), занятия спортом (16%), закаливание организма (13%), оздоровление в санатории (9%). Зависимость состояния здоровья от регулярности использования мер профилактики основных болезней представлена в *таблице 4.37*.

При этом наиболее высокая результативность профилактических мер выявлена у лиц, которые пытались «уменьшить употребление алкоголя», «повысить работоспособность», «меньше употреблять соли, сахара, жиров», «увеличить свою физическую активность». Наименьшая результативность зафиксирована у лиц, которые пытались «похудеть», «пополнить», «бросить курить» (*табл. 4.38*).

Результаты исследования подтвердили гипотезу о связи между самооценками здоровья и отношением к нему. Население, которое «стало больше внимания уделять здоровью», оценивает его как «очень хорошее и довольно хорошее» значительно чаще, чем как «плохое и очень плохое» (*табл. 4.39*).

Таблица 4.37

Оценка состояния собственного здоровья населением области, занимавшимся 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 / ИСЭРТ РАН.

Регулярная физическая активность благотворно влияет на состояние здоровья. Те 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. 4.40). В 2002 г. те, кто занимался тяжёлой физической работой, чаще отмечали проблемы со здоровьем (в 3,2 раза); в 2008 г. такой связи выявлено не было. Тяжёлая физическая работа и выполнение небольшой физической

Таблица 4.38

Распределение ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев пытались ли Вы всерьёз применять меры профилактики болезней?»
(2008 г.; в %)

Принятые меры	Вариант ответа			Результативность (% удавшихся попыток в общей доле попыток)
	Да, пытался, и мне это удалось	Да, пытался, и мне это не удалось	Нет, не пытался	
Меньше употреблять соли	18,6	8,3	61,5	69,1
Повысить работоспособность	21,3	10,1	61,1	67,9
Меньше употреблять сахара	20,0	9,9	59,6	66,8
Меньше употреблять жиров	16,9	8,6	62,9	66,2
Уменьшить потребление алкоголя	14,9	8,6	60,9	63,5
Увеличить свою физическую активность	20,7	12,9	56,7	61,5
Похудеть	10,7	12,7	63,9	45,6
Бросить курить	4,9	12,0	61,4	28,9
Увеличить вес	1,9	5,5	74,8	26,1

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.39

Зависимость самооценок здоровья от отношения к здоровью
(2008 г.; в %)

Отношение к здоровью	Самооценка здоровья		
	Очень хорошее, довольно хорошее	Удовлетвори- тельное	Плохое, очень плохое
Не изменилось, осталось прежним	47,6	44,7	7,8
Стал(а) больше внимания уделять здоровью	33,4	55,5	11,1
Стал(а) меньше внимания уделять здоровью	14,4	71,2	14,4

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Таблица 4.40

Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от физической активности на работе
(для лиц, имеющих в основном сидячую работу, риск приравнен к 1)

Физическая активность на работе	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)		Наличие хронических заболеваний	
	2002 г.	2008 г.	2002 г.	2008 г.
Хожу на работе 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 тяжёлой 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

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

работы также способствовали риску возникновения хронических заболеваний (2,6 и 1,4 раза соответственно в 2002 г.), а вот ходьба, напротив, снижает риск заболеваний (0,6 раза).

Значительный риск ухудшения здоровья связан с отсутствием физической активности в свободное время. Лица, не занимающиеся спортом, в 3,4 раза чаще имеют плохое здоровье (табл. 4.41). У вологжан, которые занимаются спортом, в два-три раза меньше риск возникновения хронических заболеваний.

Таблица 4.41

Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения общего состояния здоровья для лиц, не занимающихся спортом
(для лиц, занимающихся спортом, риск равен 1)

Физическая активность на работе	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)		Наличие хронических заболеваний	
	2002 г.	2008 г.	2002 г.	2008 г.
Не занимаются спортом	3,76* (2,29-6,18)	3,38* (1,47-7,77)	2,98* (2,22-4)	2,02* (1,37-2,98)
Занимаются спортом	1,00	1,00	1,00	1,00

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

Таким образом, пассивные люди и лица, занятые тяжёлой физической работой, подвергаются значительно большему риску возникновения заболеваний по сравнению с теми, кто ведёт активный и умеренный образ жизни. В 2008 г. только 7% жителей области занимались физкультурой и спортом, 5% – посещали организованные спортивные заведения. Даже среди молодежи в 2008 г. по сравнению с 2002 г. удельный вес предпочитающих пассивные формы досуга возрос на 19% и составил 62%. Приведённые данные свидетельствуют о том, что меры, направленные на сбережение населения региона и увеличение физической активности, сохраняют свою актуальность. Однако деятельность по охране и укреплению здоровья населения может быть успешной только при условии повышения его социально-гигиенической грамотности.

4.3. Социально-гигиенические факторы

Одним из основных направлений государственного регулирования является развитие социально-гигиенической сферы. Её состояние во многом определяет процессы воспроизводства трудовых ресурсов, их качество, культурную и духовную жизнь общества. Помимо индивидуальных характеристик человека, отражающих его положение в социальной иерархии и особенности его поведения, весьма заметное влияние на статус здоровья каждого индивида и населения в целом могут оказывать также условия труда и экологическая обстановка.

Условия труда

Безопасные условия труда – условия труда, при которых воздействие на работающих вредных или опасных производственных факторов исключено либо уровни их воздействия не превышают установленных нормативов. По данным Государственной инспекции труда Вологодской области, распределение причин травматизма в организациях следующее:

- нарушение требований безопасности труда – 32,2%;

- недостатки в организации рабочих мест – 12,4%;
- неудовлетворительное состояние зданий и территорий – 8%;
- нарушение технологических процессов – 6,7%;
- эксплуатация неисправного оборудования – 2,2%;
- недостатки в обучении безопасным приемам труда – 1%;
- другие – 27,4%⁹².

Доля занятого населения, работающего под воздействием вредных и опасных факторов производственной среды, возрастает. Наибольший удельный вес имеет фактор «повышенные уровни шума» (20% в 2006 г.), что в 2 раза больше, чем действие фактора «тяжёлый физический труд». За 2000 – 2006 гг. произошёл рост в 1,5 раза доли работающих в неудовлетворительных условиях труда: мужчин – с 27 до 40%, женщин – с 18 до 26% в общей численности населения (*рис. 4.11*).

Объективную оценку здоровья населения и условий труда дают показатели смертности и удельного веса пострадавших от несчастных случаев в организациях. В период с 1998 по 2005 г. динамика этих показателей носила выраженный волновой характер с пиком удельного веса пострадавших в 2001 г. и наибольшей смертностью в 2000 и 2004 гг. (*рис. 4.12*).

Продолжительное воздействие неблагоприятных факторов различной природы, связанных с профессиональной деятельностью, физических и психоэмоциональных перегрузок, а также их сочетания могут оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье родителей, состояние их репродуктивной функции. Воздействие на организм ребёнка профессиональных факторов «риска» родителей носит не прямой, а опосредованный характер.

Один из наиболее значимых факторов формирования здоровья детей в раннем детстве – условия труда матери в период перед рождением ребёнка. В Вологодской области, по данным статистики, в период с 2000 по 2006 г. заметно выросла доля

⁹² По данным сообщения начальника Департамента труда и социального развития Вологодской области Е.К. Артемова на коллегии Департамента здравоохранения Вологодской области, 2007 г.

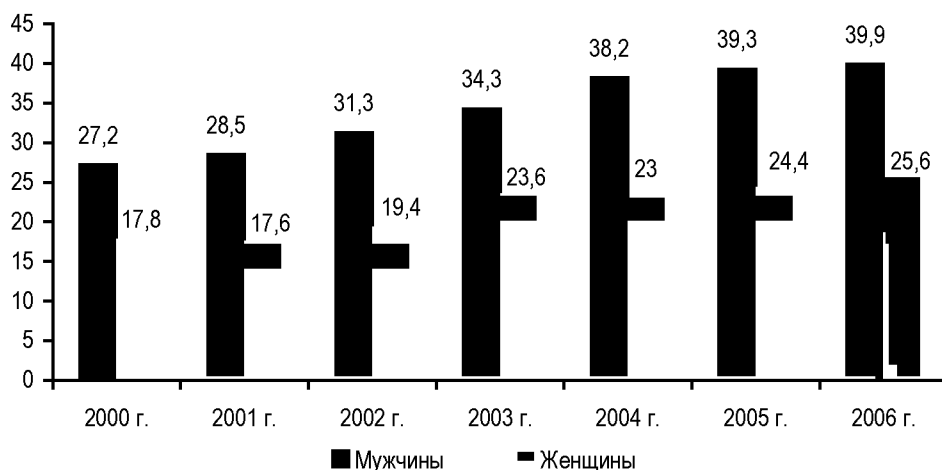


Рис. 4.11. Доля работающих в неудовлетворительных условиях труда в Вологодской области (в общей численности работников соответствующего пола в отдельных отраслях экономики, в %)

Источник: Данные Департамента труда и социального развития Вологодской области.

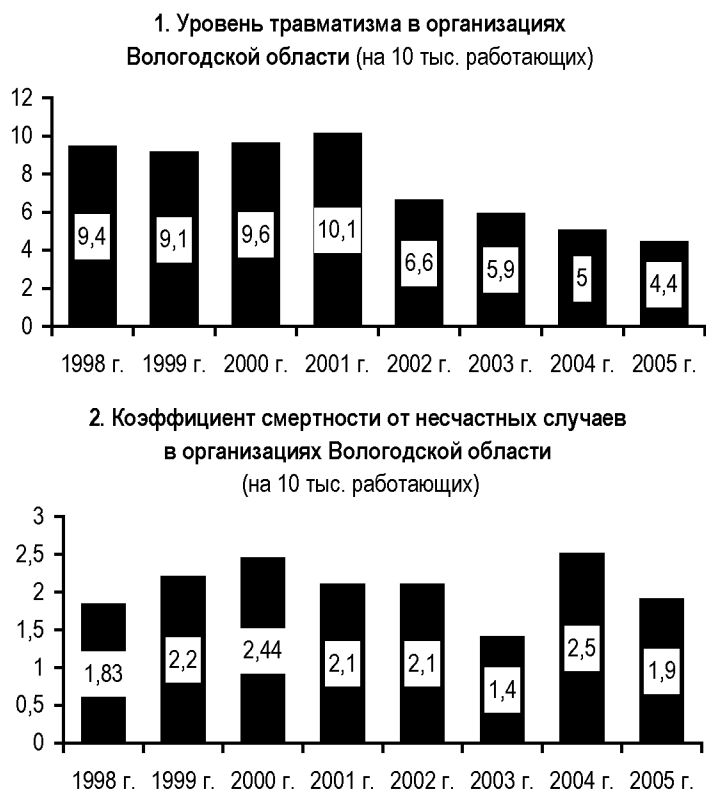


Рис. 4.12. Динамика уровня производственного травматизма и коэффициента смертности от несчастных случаев в организациях Вологодской области (на 10 тыс. работающих)

Источник: Данные Департамента труда и социального развития Вологодской области.

мужчин и женщин, работавших в неудовлетворительных условиях. По неофициальным данным, эта доля больше. Так, характеризуя условия работы родителей в период перед рождением ребёнка, мы выявили, что лишь 8% женщин и 7% мужчин работали в нормальных условиях. Все остальные респонденты отметили, что работали в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам.

Динамический анализ показывает, что значительных изменений за период проведения исследования не произошло: по-прежнему порядка 15% женщин занято во вредных и опасных условиях труда, это значит, что часть беременных женщин продолжает работать в условиях, не соответствующих санитарным нормам (рис. 4.13). На наш взгляд, следует пересмотреть существующие нормы о переводе беременных женщин на менее трудоёмкие



Рис. 4.13. Удельный вес численности женщин, работающих во вредных и опасных условиях в Вологодской области
(в общей численности работающих женщин в отдельных отраслях; в %)

Источник: Данные Департамента труда и социального развития Вологодской области.

работы, исключив их контакт с токсикогенами, работу в зонах с повышенной запылённостью и т.д. Эти меры могут быть предусмотрены в целевых региональных программах.

Среди неблагоприятных условий производства, в которых работали беременные женщины, были: запылённость воздуха рабочей зоны, работа с токсичными химическими веществами, большая физическая нагрузка. Дети, родившиеся у этих женщин, значительно чаще имеют высокий риск ухудшения здоровья. В *таблице 4.42* представлены факторы, оказывающие наиболее значительное влияние на здоровье ребёнка, в т.ч. работа матери с токсичными химическими веществами.

Таким образом, работодатели обязаны информировать всех поступающих на работу в опасные для здоровья производства о существующем риске, мерах коллективной и индивидуальной защиты и личной профилактики, обеспечивать необходимые условия для выполнения этих мер. На предприятиях и производствах с высоким риском возникновения заболеваний у работающих необходимо организовывать медицинские комиссии по проведению предварительных, при поступлении на работу, и периодических медицинских осмотров. Мероприятия по сокращению производства, а также прекращению применения опасных

Таблица 4.42

Влияние неблагоприятных условий труда матери на здоровье ребёнка (когорта 1998 г.; в %)

Неблагоприятные факторы	Новорожденные		1 год		2 года	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Психическое напряжение	45,3	54,7	44,7	55,3	2,1	97,9
Шум	34,9	65,1	37,0	63,0	3,3	96,7
Запыленность	22,2	77,8	41,2	58,8	5,3	94,7
Большая физическая нагрузка	44,4	55,6	50,0	50,0	0,0	100,0
Работа с токсичными химическими веществами	34,6	65,4	36,8	63,2	10,5	89,5

R1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.
Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

для репродуктивного здоровья вредных веществ следует предусматривать на стадии проектирования строительства и реконструкции объектов производственного назначения и при их перепрофилировании. Эти мероприятия должны быть комплексными, учитывать фактический уровень риска репродуктивных нарушений, установленных для конкретных видов вредного воздействия.

Экология

Экология среды обитания является важным фактором формирования здоровья подрастающего поколения. В настоящее время она крайне неблагоприятна в промышленных городах, где среда обитания человека находится под сильным давлением техногенных факторов (загрязнения атмосферного воздуха, источников водоснабжения, почвенного покрова и сельскохозяйственной продукции, уничтожение лесной растительности вокруг населённых мест) и где резко возрастает риск заболеваемости, инвалидности и смертности среди детей⁹³.

Для характеристики качества воздуха используются показатели:

1. ИЗА – комплексный индекс загрязнения атмосферы, учитывающий несколько примесей. Величина ИЗА рассчитывается по значениям среднегодовых концентраций. Показатель характеризует уровень хронического, длительного загрязнения воздуха.

2. СИ – наибольшая измеренная разовая концентрация примеси, деленная на ПДК. Она определяется по данным наблюдений одной станции за одной примесью или всех станций на рассматриваемой территории за всеми примесями в течение месяца или года. В соответствии с существующими методами оценки⁹⁴ уровень загрязнения считается повышенным при ИЗА от 5 до 6, СИ < 5; высоким – при ИЗА от 7 до 13, СИ от 5 до 10; очень высоким – при ИЗА, равном или больше 14, СИ > 10. Таким

⁹³ Прохоров Б.Б. Здоровье детей и загрязнение окружающей среды // Проблемы прогнозирования. – 1997. – № 1. – С. 109.

⁹⁴ Государственный доклад «О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации», 2007 г.

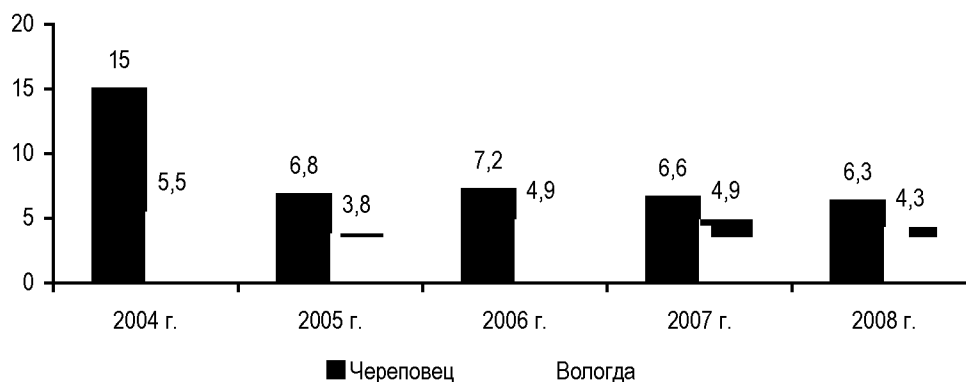


Рис. 4.14. Индекс загрязнения атмосферы в городах Вологде и Череповце

Источник: Доклад о состоянии и охране окружающей среды Вологодской области в 2008 году / Правительство Вологодской области, Департамент природных ресурсов и охраны окружающей среды Вологодской области. – Вологда, 2009. – С. 16.

образом, в г. Череповце уровень загрязнённости атмосферного воздуха в 2008 г. остаётся повышенным, в г. Вологде примеси вредных веществ находятся с 2005 г. в пределах нормы (рис. 4.14). В целом же отмечается снижение индекса загрязнения атмосферы.

Особенно чувствителен к качеству экологической среды детский организм, и здоровье детей выступает здесь своеобразным индикатором. Высокий уровень заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет (на 100 тыс. населения) болезнями органов дыхания наблюдается в Череповце (176 тыс. случаев в 2007 г.; в Вологде – 160 тыс., по области в целом – 137 тыс.). Череповец является также лидером по среднемуголетнему уровню загрязнения атмосферного воздуха (75% общего выброса загрязняющих веществ в атмосферу от стационарных источников в Вологодской области)⁹⁵. Основными загрязнителями атмосферного воздуха в регионе являются стационарные источники: предприятия чёрной металлургии (вклад отрасли в суммарный выброс загрязняющих веществ составляет 56,3%), энергетики (4,6%), химической промышленности (2%), деревообработки, лесной и

⁹⁵ 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. – С. 113.

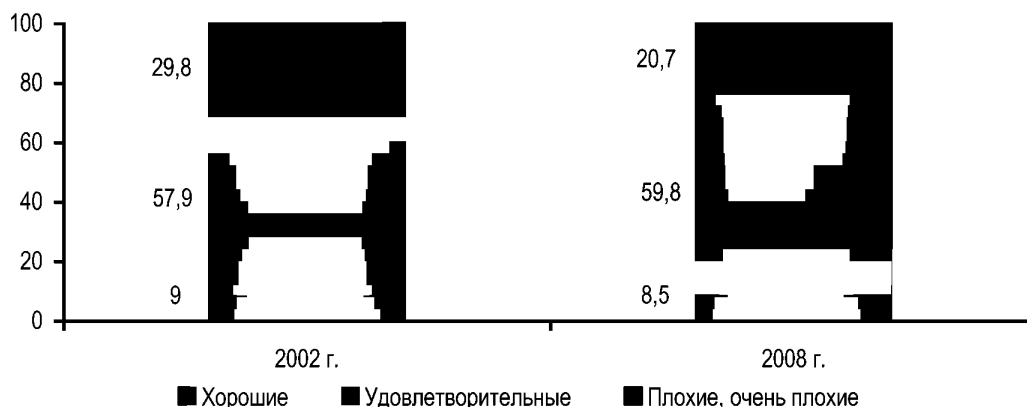


Рис. 4.15. Оценка экологических условий в районе проживания
(в % от числа опрошенных)

Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

лесохимической промышленности (1,9%), металлообработки и машиностроения (0,6%), строительной индустрии, мебельного производства. Значительный вклад в загрязнение атмосферного воздуха вносит автомобильный транспорт – 19%⁹⁶.

Как следует из результатов исследования, в среднем 21% детей (в 2008 г.; по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих экологических условиях. За период с 2002 по 2008 г. оценка экологических условий изменилась незначительно, 9% семей стали лучше оценивать экологию в месте проживания (рис. 4.15).

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. С ухудшением условий доля здоровых детей сокращается (до 17%), а удельный вес тех, кто имеет заболевания, возрастает (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. 4.43).

⁹⁶ О состоянии и охране окружающей среды Вологодской области: Государственный доклад / Мин. природных ресурсов РФ, Главное управление природных ресурсов и охраны окружающей среды МПР России по Вологодской области, 2005 г.

Таблица 4.43

Зависимость здоровья детей от экологических условий
(дети 1998 г.р.; в %)

Экологические условия	8 лет		9 лет		10 лет	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2
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

R1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.
Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

Опрошенные родители отметили неудовлетворённость экологическими условиями по показателям, представленным в *таблице 4.44*. Большинство родителей указали на загрязнённость воздуха (77%), плохое качество питьевой воды (60%), повышенный уровень шума (59%). Их также беспокоят проблемы недостаточного количества мест для организации свободного времени детей (59%), близость автомагистрали (54%), отсутствие парка (37%).

Проживающие в плохих экологических условиях семьи стараются компенсировать негативное действие этого фактора: половина из них используют фильтры для воды, 23% – покупают питьевую воду, 17% – берут воду из скважины. В среднем 5% семей пользуются воздухоувлажнителями и 3% – кондиционерами.

Таблица 4.44

Распределение ответов на вопрос: «Если условия для проживания неудовлетворительные, то в чём это выражается?»
(2008 г.; все группы детей)

Варианты ответов	В % от числа опрошенных
Загрязнённый воздух	77,1
Плохое качество питьевой воды	59,5
Повышенный уровень шума	59,4
Нет мест для игр детей	58,7
Близость автомагистрали	54,3
Загрязнённая почва (свалки, мусор)	48,3
Отсутствие зелени, парка	37,1

Источник: Данные мониторинга изучения условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН.

Таким образом, оценка факторов риска является наилучшим инструментом для определения влияния характеристик окружающей среды на состояние здоровья населения, установления надёжных и количественно обоснованных безопасных уровней воздействия и обеспечивает исследователей логичным и эффективным способом оценки и анализа часто ограниченной информации. В дальнейшем, при совершенствовании системы социально-гигиенического мониторинга, ключевой методологией для оценки взаимосвязи состояния окружающей среды и здоровья населения должна стать оценка риска.

Ж

Исследование здоровья населения, основанное на статистических данных и результатах социологических исследований, позволило заключить, что важными для сохранения здоровья населения в целом являются социально-экономические условия. Очевидно, что состояние здоровья, оцениваемое показателями смертности, заболеваемости, инвалидности, даёт лишь относительное представление о складывающейся ситуации, характеризуя скорее нездоровье. Между тем важнее знать запас здоровья, его потенциал, которым обладает общество⁹⁷.

Анализ здоровья привёл к следующим выводам. На фоне улучшения социально-экономического развития региона и страны в целом оценка собственного здоровья населением региона за период с 1999 по 2008 г. значительно повысилась. При этом можно считать доказанным, что состояние здоровья напрямую зависит от благосостояния и социального статуса населения (человека). Уровень жизни семьи играет огромную роль в формировании здоровья подрастающего поколения, высокие показатели здоровья дают возможность человеку делать карьеру,

⁹⁷ Сбережение народа / под ред. Н.М. Римашевской; Ин-т соц.-экон. проблем народонаселения РАН. – М.: Наука, 2007. – 326 с.

достойно содержать семью, соответственно, достигнув высокого благосостояния, сохранять здоровье, включая и доступ к медицинской помощи и профилактическим мероприятиям.

Наряду с этим, не менее значимо стимулирование к самосохранительному поведению, так как приоритет здоровья носит декларативный характер: значительная часть населения региона злоупотребляет спиртными напитками, курит, при этом мало знает и задумывается о своём здоровье.

Анализ статистических показателей объективно указывает на то, что здоровье населения имеет негативную тенденцию к ухудшению и меры, направленные на сбережение населения и увеличение физической активности, сохраняют свою актуальность. Установлено, что не только физические условия труда, но и психологический климат, экологическая обстановка являются важными составляющими здоровья. В общем, полученные результаты определяют механизм формирования здоровья, которое, как выяснилось, зависит не только от развития системы здравоохранения, но и от множества социально-экономических факторов.

Полученные результаты позволяют убедиться в значимости социально-экономических факторов для здоровья населения. Таким образом, следует учесть, что одна отрасль здравоохранения не может справиться с проблемами, влияющими на здоровье. Важным моментом в успешном осуществлении целей и задач его сохранения служит интегрированный подход. Ведущее место в реализации стратегии укрепления здоровья должно принадлежать региону. Необходимо обеспечение межведомственного и многоуровневого подхода в вопросах повышения качества жизни, улучшения условий труда, быта, обучения и отдыха. В целях успешной реализации проводимых мер следует руководствоваться необходимостью создания социально-экономических условий, которые в равной мере способствовали бы хорошему здоровью всего населения.

Глава 5

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

5.1. Доступность медицинской помощи для населения

Цели и задачи, которые общество ставит перед здравоохранением в тот или иной исторический период, определяются, с одной стороны, общемировым уровнем развития медицины как науки, её техническими достижениями, предоставляющими инструментарий для повседневной деятельности конкретных медицинских учреждений. С другой стороны, они диктуются 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 углублённая советским исследователем Ю.П. 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%)⁹⁸.

Данная пропорция отражает роль перечисленных факторов в сохранении здоровья населения, однако лишь в самом общем виде. Для её конкретизации на национальном, региональном и муниципальном уровнях используют факторный анализ, уточ-

⁹⁸ 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. – С. 17.

няющий влияние каждой из причин на здоровье населения данной территории. Однако идея о доминирующей роли здорового образа жизни и сравнительно несущественном 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, скажем, 20 – 30 лет назад, системы здравоохранения в большинстве стран мира, вынужденные адаптироваться к новым вызовам времени, становятся средоточием сложно разрешимых противоречий и, по утверждению экспертов, в качестве основных элементов структуры современных обществ функционируют не так эффективно, как они могли бы и должны это делать⁹⁹.

Вместе с тем по мере модернизации общества, возрастающей роли информации, повышения общего уровня образования и роста благосостояния люди предъявляют всё больше требований к системам здравоохранения в интересах самих себя и своих семей. По данным ВОЗ, опубликованным в Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2008 г., участились случаи выступлений граждан за равенство в уровне здоровья и против социальной изоляции; за медицинское обслуживание, ориентированное на удовлетворение своих потребностей и ожиданий; за безопасные для здоровья условия проживания и за участие в решении вопросов, которые затрагивают их здоровье и здоровье их общин¹⁰⁰. Однако, наряду с ростом социально-экономических показателей развития здравоохранения, усиливается дифференциация по степени доступности и качеству медицинской помощи как между социальными группами внутри стран, так и между отдельными государствами. По словам экспертов, уровень этой дифференциации никогда за всю новейшую историю не был столь велик, как сейчас¹⁰¹.

⁹⁹ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. – Женева: ВОЗ, 2008. – С. 4.

¹⁰⁰ Там же. – С. 5.

¹⁰¹ Чен М. Воздействие глобальных кризисов на здоровье: деньги, погода и микробы [Электронный ресурс] // Официальный сайт ВОЗ. – Режим доступа: http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/ru/index.html

В этом отношении Российская Федерация не является исключением. Растущие требования граждан к качеству и доступности медицинской помощи на практике зачастую не могут быть удовлетворены: механизмы управления и финансирования здравоохранения неэффективны, а система медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях нередко не отвечает самым элементарным требованиям; всё более обостряется неравенство населения в возможности получения качественных медицинских услуг. В современных условиях глубокого кризиса здоровья, роста уровня заболеваемости и по-прежнему высокого уровня смертности населения, ограничения доступности и качества медицинской помощи, повсеместной коммерциализации медицинских учреждений реализация принципа социальной ориентированности в здравоохранении представляется весьма условной и неубедительной.

Период с 1998 по 2008 г. был во многом противоречив, в том числе и в вопросах совершенствования системы здравоохранения. С одной стороны, в эти годы наметились попытки власти стабилизировать ситуацию в сфере социальной политики: в частности, были приняты закон о Программе государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи (1998), 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.¹⁰², начали внедряться приоритетные национальные проекты. С другой стороны, проводившиеся в отечественном здравоохранении реформы не привели к существенным положительным результатам как в отношении поддержания здоровья и снижения смертности населения, так и с позиций повышения экономической эффективности отрасли, состояние которой всё чаще стали называть кризисным.

¹⁰² Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.healthreform.ru/>

Сегодня важно проанализировать, как развивалась система здравоохранения в межкризисный период (1998–2008 гг.), характеризовавшийся устойчивым экономическим ростом, чтобы понять, какие меры по качественному изменению системы здравоохранения были приняты, насколько эффективными они оказались и были ли учтены уроки прошлого. Кроме того, немаловажно определить, какие возможные последствия для системы здравоохранения и здоровья граждан будут иметь нынешние рецессионные процессы российской экономики.

В межкризисный период в риторике представителей власти звучали заявления о социальной ориентированности экономики как главном условии строительства современного российского общества по типу европейских¹⁰³. Согласно данным заявлениям, человек должен восприниматься не как ресурс, расходуемый на достижение экономических задач, но как перспективный объект для инвестиций. Действительно, сегодня в мире пришли к осознанию того, что от уровня человеческого капитала в решающей мере зависит и экономический успех страны, гражданином которой является человек¹⁰⁴. Однако, наряду с реализацией социальных обязательств перед гражданами, в России принимались и заведомо непопулярные решения по повышению экономической эффективности отраслей социальной сферы, особо затронувшие сферу здравоохранения. Меры по реформированию и модернизации здравоохранения, активно принимаемые в РФ с 2004 г., были и остаются ориентированными на рационализацию медицинской помощи и сопровождаются сокращением созданных ранее коечных фондов, преодолением прежде сложившихся в структуре медицинской помощи диспропорций. Но обратной стороной этих изменений становится ограничение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой

¹⁰³ О реализации приоритетных национальных проектов: сборник материалов / ТПП Информ. – Москва, 2006. – 77 с.

¹⁰⁴ Согласно Оттавской хартии 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».

гражданам, рост социальной напряжённости. В данной главе мы постараемся выявить и оценить основные тенденции в показателях доступности и качества медицинской помощи для населения Вологодской области, сложившиеся в последние годы, опираясь на данные официальной статистики и мнения экспертов, соотнося их с собственными наблюдениями и выводами, а также результатами мониторинга общественного мнения, непрерывно проводимого в регионе с 1999 г.

Доступность медицинской помощи для граждан является ключевым показателем их социальной защищённости. Прежде всего потому, что проблемы со здоровьем могут привести к потере работы, семьи, наконец, поставить человека на грань жизни и смерти.

Ключевым фактором, определяющим доступность медицинских услуг для граждан, представляется уровень платёжеспособности последних, поэтому наименьшие возможности в получении необходимого медицинского обслуживания при прочих равных условиях будут иметь наименее доходные слои населения.

Согласно данным, полученным в ходе социологических исследований, ежегодно за медицинской помощью обращается около 70% населения области, в том числе более 20% – раз в три месяца и чаще (табл. 5.1).

Таблица 5.1

Распределение ответов на вопрос: «Как часто Вам приходится обращаться за медицинской помощью в связи с состоянием Вашего здоровья?» , в %

Частота обращения	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Ежемесячно	13,1	7,9	10,2	8,9	8,0	10,5	8,5
Один раз в три месяца	17,7	15,2	14,3	13,4	17,3	13,9	14,3
Один раз в полгода	20,8	23,8	19,4	24,3	20,9	24,3	23,1
Один раз в год	22,0	22,5	21,3	23,1	23,2	19,2	20,4
Всего в течение года	73,6	69,4	65,2	69,7	69,4	67,9	66,3
Реже одного раза в год	17,1	20,4	25,3	20,0	19,7	21,9	24,6
Никогда не обращаюсь	8,0	9,3	8,6	9,6	10,5	9,5	8,6

Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

При этом жители области отдают предпочтение государственным медицинским учреждениям в силу их большей доступности. Но, как свидетельствуют социологические данные, в значительной степени это предпочтение оказывается вынужденным.

Так, в 2008 г. доступностью медицинской помощи были удовлетворены 47% опрошенных жителей Вологодской области, 22% респондентов высказались на этот счёт отрицательно. В то же время доля жителей СЗФО, полностью удовлетворённых доступностью и качеством медицинских услуг, несколько ниже: 40 и 38% соответственно (табл. 5.2).

Последнее, однако, довольно сложно так или иначе интерпретировать, поскольку факт большей удовлетворённости населения рассматриваемыми параметрами медицинской помощи может быть следствием объективных причин, когда доступность и качество услуг действительно выше, или, наоборот, отражать неосведомленность людей, положительно оценивших процесс и результат своего лечения, об их должном уровне. В любом случае,

Таблица 5.2

Оценка удовлетворённости доступностью и качеством медицинского обслуживания, данная жителями Северо-Западного федерального округа (2008 г.; % от числа опрошенных)

Регион	Доступность медицинского обслуживания		Качество медицинского обслуживания	
	Удовлетворены	Не удовлетворены	Удовлетворены	Не удовлетворены
Республика Карелия	34,8	29,2	33,9	24,5
Республика Коми	36,4	30,2	35,8	23,8
Архангельская область	30,3	31,2	29,8	27,4
Вологодская область	47,0	21,8	46,6	20,4
Калининградская область	33,0	35,8	30,1	35,6
Ленинградская область	54,2	19,9	49,3	18,3
Мурманская область	29,5	37,7	26,4	35,6
Новгородская область	32,2	32,2	33,1	29,1
Псковская область	46,6	25,6	45,2	19,4
г. Санкт-Петербург	52,3	17,5	46,7	18,8
Среднее по СЗФО	40,0	28,0	38,0	25,0
Источник: Данные мониторинга общественного мнения населения СЗФО / ИСЭРТ РАН.				

Таблица 5.3

**Негативные явления в деятельности медицинских учреждений
Вологодской области** (% от числа граждан, обратившихся
в лечебно-профилактические учреждения
и часто сталкивавшихся с негативными явлениями в них)

Явление	2002 – 2006 гг.	2007 г.	2008 г.
Очереди	61,2	60,4	58,1
Невозможность попасть на приём 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 / ИСЭРТ РАН.			

как можно судить по представленным далее социологическим данным, подобное положение дел не может служить основанием для чрезмерного оптимизма.

Все ещё значительной остаётся доля населения, обращающего внимание на частые очереди в лечебных учреждениях, на невозможность попасть на приём к врачу в удобное время (табл. 5.3). Это, прежде всего, обусловлено недостатком врачебных кадров (укомплектованность штатных врачебных должностей физическими лицами в 2007 г. составила 50,8%, причём в г. Вологде – 49,2%, в г. Череповце – 53,0%, в областных ЛПУ – 48,1%, в районах – 52,2%)¹⁰⁵.

При недостаточном развитии современных форм превентивной медицины, стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению, происходит сокращение и стационарной

¹⁰⁵ Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2007 год. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2008. – 110 с.

помощи, которая в советский и в постсоветский периоды была единственно доступной для большинства граждан. Уже привычной становится практика размещения 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 правозащитные инстанции.

По сравнению с 2006 г. (проблема исследуется с 2006 г.), при отсутствии официальных мест для госпитализации, в 2008 г. население чаще использовало «связи» (41% респондентов), обращения в вышестоящие органы и упрощения заведующего отделением или главного врача ЛПУ (18%), а значительно реже – неформальные платежи и нетрадиционную медицину (13 и 6% соответственно; табл. 5.4).

Все перечисленные негативные моменты, распространённые в повседневной практике отечественного здравоохранения, компрометируют образ врача, медицинского учреждения и всей системы здравоохранения в глазах простых граждан – тех, кому они призваны оказывать помощь. Сложность с попаданием на

Таблица 5.4

Распределение ответов на вопрос: «Как Вы поступали при необходимости госпитализации, если в больнице не оказывалось мест?» (в % от числа подлежавших госпитализации, без затруднившихся ответить)

Поведение пациента	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Всего попадали в такую ситуацию	43,2	44,3	45,8
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	11,3
Обращались к специалисту, занимающемуся нетрадиционной медициной	8,3	6,2	5,7
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.			

приём к врачу, низкое качество услуг, предоставляемых пациентам по месту жительства, недостаток внимания к каждому конкретному случаю, грубость со стороны медицинских работников, а также коммерциализация здравоохранения в комплексе приводят к тому, что у человека формируется психологический барьер против врачей и медицинских учреждений, в силу чего даже в случае острой необходимости он, вероятнее всего, предпочтёт самолечение или прибегнет к услугам знахаря. Так, согласно данным социологического опроса, проведённого ИСЭРТ РАН, в 2008 г. 2% опрошенных (около 18000 чел.) в связи с ухудшением здоровья обращались к так называемым «целителям». Последствия подобного поведения вполне предсказуемы: снижение качества жизни, накопление хронической патологии, появление пациентов с заболеваниями в терминальной стадии и т. д. По словам Л. Бокерии, руководителя Института кардиохирургии им. Бакулева, одного из 200 ведущих кардиохирургов мира, по запущенности заболеваний российские пациенты сравнимы только с африканскими, тогда как своевременное выявление патологий является одним из базовых условий эффективной борьбы с ними, причём с привлечением несравнимо меньших расходов.

Ради справедливости стоит также упомянуть низкий уровень медицинской активности россиян, их немотивированность к сохранению и укреплению собственного здоровья и здоровья своих детей. Подобная пассивность может быть объяснена национальными, историческими и климатическими, в целом ментальными особенностями русского народа: традиционные условия жизни в патриархальной России были сопряжены либо с низкой двигательной активностью, особенно в зимний период, либо, в летнее время, с интенсивными физическими нагрузками. Однако объяснение данного феномена изначально не виделось задачей настоящей главы. Важнее то, что зачастую российский крестьянин был лишён реальной возможности заботиться о собственном

здоровье: уровень доступности медицинской помощи на селе был крайне низок во все времена, в том числе и в советский период. В Советской России функция оказания медицинской помощи в сельской местности была возложена на фельдшеров, работавших в фельдшерско-акушерских пунктах – ФАП (в народе называемых медпунктами)¹⁰⁶. 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 прививании населения от ряда инфекционных заболеваний (именно эти категории болезней были наиболее распространены) в условиях сельского быта имела решающее значение. Современное состояние ФАП и других сельских медицинских учреждений ещё более плачевное: минимум финансирования, отсутствие кадров, бедная материальная база – все эти негативные моменты в совокупности препятствуют оказанию даже минимальной медицинской помощи селянам.

Единственной возможностью для жителей села получить необходимую медицинскую помощь является лечение в стационаре. Весьма перспективным направлением преодоления данной тенденции представляется дальнейшее расширение роли врача общей практики в условиях сельской местности региона как главного фактора устранения диспропорций в медицинском обеспечении города и села. Однако, как показывают имеющиеся данные, специалистов по семейной медицине сегодня крайне мало, причём в большинстве своём они привязаны к городским поликлиникам или районным ЦРБ и почти не соприкасаются с жителями отдалённых местностей.

¹⁰⁶ Профессия фельдшера как медицинского работника среднего звена появилась ещё в XVII в., когда Петром Великим была введена должность военного хирурга. Уволенные со службы и возвратившиеся в родные деревни фельдшеры оказывали медицинскую помощь населению. Эта профессия сохранилась и в СССР, где в условиях неразвитой дорожной инфраструктуры жители отдалённых сельских местностей страдали от недостатка медицинских служб.

По данным ИСЭРТ РАН, полученным в 2008 г., 40% родителей при заболевании ребёнка не обращаются к врачу, предпочитая справляться с проблемой собственными силами, из них 6% объясняют свои действия недоверием медицинским работникам. В сельской местности проблема в большей степени обусловлена дефицитом врачей, имеет место недоукомплектованность ЛПУ педиатрическими кадрами. Самой острой эта проблема является для Никольского, Бабушкинского, Сямженского и других районов. Поэтому там и более низкое качество медицинских осмотров, а отсутствие полного состава врачей-специалистов влечёт за собой позднюю выявляемость хронических заболеваний у детей (табл. 5.5).

В районах по сравнению с городами отмечается более низкая степень доступности диагностических процедур, своевременной квалифицированной помощи педиатра и врачей-специалистов, о чём говорят и сами жители (рис. 5.1).

Таблица 5.5

Обеспеченность врачами-педиатрами ЛПУ Вологодской области
(2007 г.; на 10 тыс. населения)

Низкая обеспеченность (ниже среднеобластного показателя)	Высокая обеспеченность (выше среднеобластного показателя)
Среднеобластной показатель – 11,4	
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)
Кичменгско-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)	
Вытегорский (9,9)	
Череповецкий (10,3)	
Грязовецкий (11,2)	

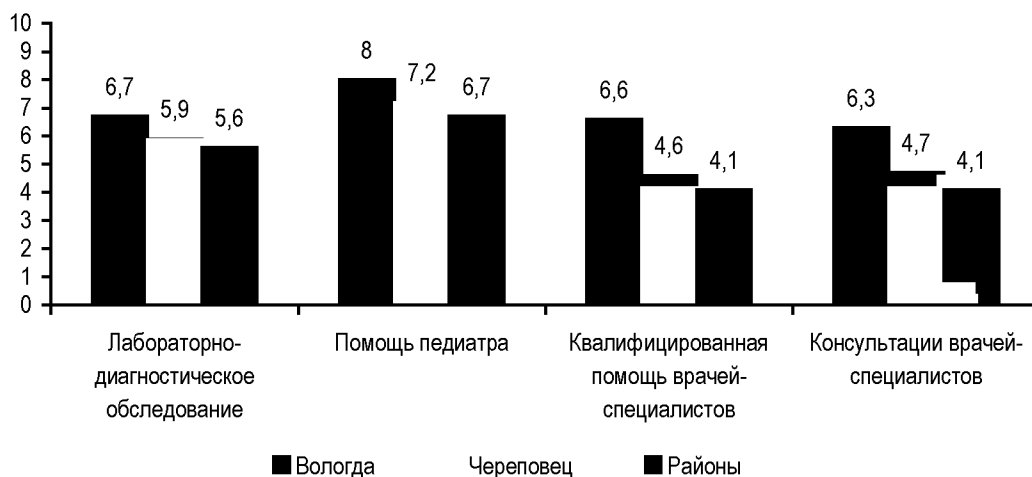


Рис. 5.1. Оценка населением доступности медицинских услуг, 2008 г.
(для детей в возрасте 14 лет; средний балл по 10-балльной шкале)

Источник: Данные мониторинга общественного мнения населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

Несущественная разница в оценках доступности медицинских услуг сельским населением и жителями крупных городов (в особенности череповчанами) свидетельствует о более высоком уровне ожиданий городского населения относительно доступности и качества медицинской помощи и, соответственно, о больших претензиях с их стороны к работе медицинских служб.

Динамика оценок доступности медицинских услуг за 2001 – 2008 гг. неровная, но в целом отмечается снижение доступности лабораторно-диагностического обследования (с 7,5 до 6,1 балла), консультаций специалистов (с 6,9 до 5,1 балла), своевременной квалифицированной помощи врачей-специалистов (с 7,3 до 5,3 балла; рис. 5.2).

Неравенство населения в возможностях получения необходимой медицинской помощи возникает вследствие неоднородности обеспечения территорий объектами социальной инфраструктуры. Вместе с тем, как свидетельствует зарубежная практика, данный факт не может рассматриваться в качестве реального препятствия для эффективного обеспечения людей, живущих в отдалённых от крупных городов населённых пунктах, медицинскими услугами: в развитых странах эта

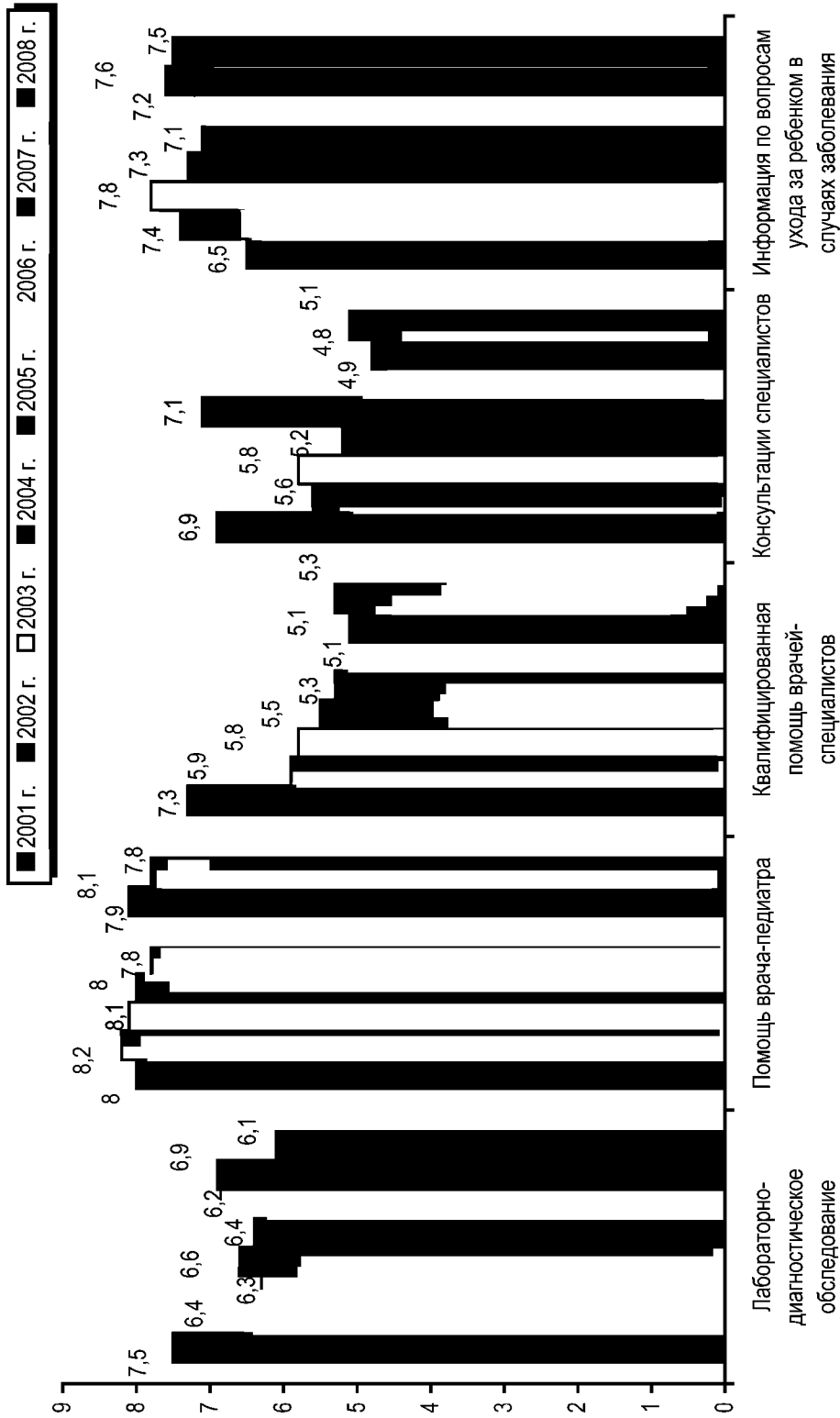


Рис. 5.2. Динамика оценок населением доступности медицинских услуг
 (все группы детей; средний балл по 10-балльной шкале)

Источник: Данные мониторинга общественного мнения населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

проблема успешно разрешается за счёт организации выездных практик медицинского обслуживания¹⁰⁷. В России она не теряет своей остроты и нуждается в разрешении. В связи с тем, что максимальный радиус обслуживания ЦРБ 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 дорожно-транспортного сообщения в сельской местности становится последним аргументом против возможности в должной мере обеспечить работу мобильных медицинских служб (рис. 5.3).

В то же время территориальная удалённость населённых пунктов наряду со всеми затрудняющими передвижение факторами и, как следствие, невозможность посещать врача обуславливает высокий уровень спроса на скорую медицинскую помощь среди жителей села. Тот факт, что 15% опрошенных в перечне ответов на вопрос относительно того, в какое учреждение они обращаются за медицинской помощью, выбрали вариант «Вызываю «скорую помощь», говорит прежде всего о 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, особенно в состоянии болезни, попасть к врачу. Более того, по данным статистики, эта ситуация не изменилась за межкризисный период, оставаясь актуальной и на сегодняшний день: если в 1998 г. число выполненных вызовов скорой помощи в среднем по области составило 340,1 в расчёте на 1000 чел. населения, то в 2007 г. – 375,2 (в 2006 г. – 387,3)¹⁰⁸. К вызову бригад СМП в рамках Вологодской

¹⁰⁷ Реформа больниц в новой Европе / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос, Р.Б. Солтман. – М.: Весь Мир, 2002. – 320 с.

¹⁰⁸ Число выездов бригад скорой помощи велико во всей России: в 2006 г. на 1000 жителей приходилось 335 выездов бригад СМП в РФ и 354 в среднем по СЗФО [источник: Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.healthreform.ru/>

области более всего прибегают жители Харовского (588 вызовов на 1000 жителей в 2007 г.), Кадуйского (528), Кирилловского (519) районов (рис. 5.4).

Очевидно, что наибольшие проблемы в работе по усилению доступности медицинской помощи для жителей будут иметь муниципальные образования с наибольшей степенью территориального рассеяния населения и удалённости населённых пунктов от районных центров и ЦРБ. Это прежде всего Бабаевский, Белозерский, Бабушкинский районы.

В целом низкая оснащённость ФАП квалифицированными кадрами, медикаментами, оборудованием, сложность их лицензирования в отсутствие систем водоснабжения и водоотведения, практика сокращения и репрофилирования участков больниц в сельские амбулатории приводят к тому, что жители отдалённых сельских поселений становятся дискриминируемой в отношении оказания медицинской помощи социальной группой.

Ориентация на профилактику и раннюю диагностику заболеваний, заявленная в качестве приоритетного направления развития здравоохранения, на практике реализуется недостаточно, причём это касается не только сельского, но и городского населения, не испытывающего транспортных проблем в посещении медицинских учреждений¹⁰⁹. К примеру, возможность посещать терапевта или врача общей практики с целью профилактики (доля посещений врачей с профилактической целью к 2012 г. должна достичь 40%)¹¹⁰ затруднена в связи с проблемами, описанными выше, в том числе трудностью попасть к специалисту из-за очередей.

¹⁰⁹ В документе «Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года», утверждённом распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1663-р, в разделе «Здоровье человека, улучшение демографической и экологической ситуации» написано следующее: «Предстоит обеспечить широкий охват населения диспансеризацией и мероприятиями по профилактике социально значимых заболеваний. Необходимо повысить доступность медицинской помощи для работающего населения, модернизировать медицинские профилактические программы».

¹¹⁰ Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года.

Диспансеризация работников бюджетных организаций и вредных производств, прошедшая в России в 2008 г., оценена рядом экспертов как неэффективная. А.Л. Линденбратен, заместитель директора НИИ общественного здоровья РАМН, утверждает, что к данным мероприятиям более уместно применять термин «медицинские осмотры», поскольку собственно диспансеризация предполагает не только «перепись» большого населения, но и высказывание врачом рекомендаций по оздоровлению, а также отслеживание изменений в состоянии здоровья человека, как это происходило в 1980-е гг. в СССР. Кроме того, по мнению экспертов, в утверждённом списке анализов отсутствуют такие важные процедуры, как мазки Папаниколау для раннего обнаружения рака шейки матки, анализ на раннее выявление рака толстой кишки, тогда как включённые в действующий перечень клинический анализ мочи и флюорография принципиально устарели и за рубежом в программах профилактической медицины не используются¹¹¹.

Одним из важнейших аспектов доступности медицинской помощи является возможность граждан получать (приобретать) необходимые лекарственные средства, которая может ограничиваться либо материальными возможностями человека, либо степенью эффективности государственной системы обеспечения населения лекарствами и её финансовым обеспечением.

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 объёмы продаж фармацевтической продукции, в 2008 г. достигшие, по имеющимся оценкам, 735 – 745 млрд. долл. США (около половины которых

¹¹¹ Медосмотры из-под палки // Аргументы и факты. – 2008. – № 22.

приходится на рынок США), а темпы их роста составили 6 – 7%¹¹². 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 борьбе¹¹³. В этих коллизиях в ущерб оказывается и сам 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 и полностью зависимым от уровня квалификации и компетенции лечащего специалиста. Однако в этих обстоятельствах чрезвычайно высок соблазн заработать на нуждах пациента. Поэтому во всем мире 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). Но, 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.

Вместе с тем некогда ставшие крылатыми слова Галена «Народ жаждет лекарств» не только не перестают быть злободневными в современной России, но и приобретают особый зловеющий смысл. Широкий ассортимент лекарств предоставляет

¹¹² Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. – Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.

¹¹³ Стеффен М. Французская система здравоохранения: история создания нетипичной институциональной организации // Управление здравоохранением. – 2004. – 3 (№13). – С. 28-47.

не только свободу выбора, но и соблазн заменить визит к врачу приёмом 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. Последнее особенно опасно, поскольку действовавший в СССР запрет на приобретение медикаментов без рецепта врача в современной России отменен.

Однако и визит к квалифицированному специалисту не может гарантировать безопасного лечения. Российские врачи достаточно часто выписывают бесполезные и даже опасные препараты, поскольку 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 фармфирмами¹¹⁴.

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. Министерство устанавливает также предельную надбавку к цене производителя на федеральном и региональном уровнях. Но данные меры контроля оказываются сегодня неэффективными, поскольку региональные власти имеют возможность расширять списки жизненно необходимых лекарственных препаратов, хотя и на основе формуляров,

¹¹⁴ 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.

составленных вышестоящим органом¹¹⁵. Кроме того, предприятия и ведомства, имеющие собственные службы здравоохранения, также имеют право составлять собственные списки лекарственных средств. Несмотря на то, что назначение пациентам патентованных препаратов поощряется, их распространению препятствуют такие факторы, как рекламные кампании, ненадёжность поставок лекарств, несовершенство системы страхования и возмещения затрат на медикаменты¹¹⁶. Основными покупателями лекарств являются федеральные, региональные и муниципальные власти, больницы и поликлиники, аптеки и частные потребители, причём система распределения лекарств в России крайне раздроблена. Амбулаторные больные приобретают медикаменты за собственный счёт, госпитализированные же имеют право на бесплатное обеспечение препаратами, которое в реальности не всегда соблюдается в большинстве случаев из-за недостатка средств. Стоит отметить, что количество зарегистрированных в РФ лекарств 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.¹¹⁷ Дело в том, что в европейских странах более основательно подходят к испытанию медикаментов и регистрируют лишь наиболее эффективные. И ещё, в последние годы во весь рост встаёт проблема контрафактных препаратов, масштабы распространения которых оцениваются величиной от 10% и, по некоторым оценкам, 40%. Причём,

¹¹⁵ 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.

¹¹⁶ Трагакес Э., Лессоф С. Системы здравоохранения: время перемен. Россия [Электронный ресурс] / Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2003. – Режим доступа: <http://www.publichealth.ru/docs.php?view=220>.

¹¹⁷ Данишевский К. Лекарства, которые не лечат // Аргументы и факты. – 2007. – № 12. – С. 24.

как заявила 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 населения¹¹⁸. Ситуация также усугубляется неудовлетворительным состоянием отечественной фармацевтической промышленности, которая выпускает немало устаревших препаратов, разработанных десятки лет назад, не соответствующих международному стандарту качества (GMP), изготовленных из дешёвых 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 медикаментах на уровне субъектов РФ. Региональные органы управления здравоохранением, уполномоченные организовывать систему мониторинга потребностей населения в лекарствах на основе заявок и сложившейся в регионе структуре заболеваемости, недостаточно пристально отслеживают ситуацию со спросом граждан на медикаменты, а в ряде случаев эта работа попросту не ведётся. Так, в ряде регионов России на 1 января 2009 г. зафиксированы неиспользованные объёмы дорогостоящих препаратов на сумму 11 млрд. рублей, в то время как во многих субъектах РФ ощущается их острый дефицит¹¹⁹.

Проблемы с получением лекарств наиболее актуальны для социально уязвимых групп населения, поэтому на фоне обилия лекарственных препаратов, наблюдаемого на аптечных витринах, для жителей Вологодской области важной остаётся тема

¹¹⁸ Подделка лекарств угрожает здоровью россиян [Электронный ресурс] // Информационный ресурс РБК Daily. – Режим доступа: <http://www.rbcdaily.ru/2008/06/09/focus/351123>.

¹¹⁹ Девальвация жизни. Как «прописка» может лишить лекарств // Аргументы и факты. – 2009. – №10. – 4 марта.

доступности необходимых для лечения медикаментов. Как можно судить по данным анкетного опроса, более трети населения региона продолжает испытывать подобные трудности, причём в городах Вологде и Череповце удельный вес этой категории увеличивается, но для населения области данная тенденция не выявлена (табл. 5.6).

Таблица 5.6

Распределение положительных ответов на вопрос: «Возникали ли у Вас трудности с приобретением лекарств, назначенных врачом?»
(в территориальном разрезе; 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
В среднем по опросу	33,1	32,4	36,9	35,6
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.				

С возрастом потребность в медицинских услугах и соответственно в получении медикаментов возрастает. Вместе с тем возникают и трудности с приобретением важных для здоровья препаратов. Так, в 2008 г. о трудностях в приобретении лекарств высказывались около 30% молодёжи и 45% лиц пенсионного возраста, причём с 2004 г., по данным опроса, положительных изменений в этой ситуации не произошло (табл. 5.7).

Таблица 5.7

Распределение положительных ответов на вопрос: «Возникали ли у Вас трудности с приобретением лекарств, назначенных врачом?»
по возрастным группам (в % от числа ответивших, без учёта затруднившихся ответить)

Возраст	2004 – 2005 гг.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
До 30 лет	25,0	24,8	20,6	20,4
30 – 55 (60) лет	29,1	30,7	27,0	34,2
Старше 55 (60) лет	45,9	44,5	52,5	45,4
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.				

Анализ ответов на тот же самый вопрос, но в разрезе групп, выделенных по уровню доходов, обнаруживает значительно бóльшие затруднения в приобретении лекарств наименее обеспеченными гражданами, что логично, но и около 30% лиц, имеющих высокие доходы, также заявляют о подобных проблемах (табл. 5.8).

Таблица 5.8

Распределение положительных ответов на вопрос: «Возникали ли у Вас трудности с приобретением лекарств, назначенных врачом?» (по уровню среднедушевого дохода) (в % от числа ответивших, без учёта затруднившихся ответить)

Группы по уровню среднедушевого дохода	2004 – 2005 гг.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
20% наименее обеспеченных	43,7	42,8	49,9	44,2
60% среднеобеспеченных	37,6	35,1	30,1	31,8
20% наиболее обеспеченных	16,4	22,1	20,0	22,5
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.				

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; табл. 5.9). Около 15% жителей области признались в том, что у них возникают трудности в приобретении бесплатных лекарств (11% получали отказ от продавцов аптек и около 4% – от врача при выписке рецепта). Это вынуждает лиц, имеющих льготу на бесплатные лекарства, отказываться от соцпакета, предпочитая получение денег, приобретать препараты за полную стоимость или вовсе отказываться от их приобретения. В тех случаях, когда льготные лекарства имеют доступную цену, последние механизмы срабатывают, однако значительная часть населения фактически находится в двойной зависимости – с одной стороны, от болезни, при которой любые отступления от медицинских показаний могут обернуться необратимыми последствиями, и, с другой стороны, от бесплатно

Таблица 5.9

Распределение ответов на вопрос: «В чем причина возникновения трудностей в приобретении 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 / ИСЭРТ РАН.

полагающихся им лекарств и процедур, оплатить которые из собственных средств не представляется возможным.

В связи с финансово-экономическим кризисом ситуация с лекарственным обеспечением населения может стать ещё более напряжённой как из-за ограниченности бюджетных средств, так и по причине обесценивания рубля. В Российской Федерации средний показатель номинальной девальвации в 2009 г. составил 38% от максимального уровня, зарегистрированного в 2007 – 2008 гг.¹²⁰ Поскольку большинство лекарственных

¹²⁰ The financial crisis and global health [Electronic resource] // Report of a high-level consultation. – Access mode: http://www.who.int/topics/financial_crisis/financialcrisis_report_200902.pdf

препаратов, включённых в льготный перечень, являются импортируемыми (доля отечественных фармпроизводителей на российском рынке составляет чуть более 20%), произошедшее падение курса национальной валюты привело к соответствующему удорожанию всех жизненно необходимых препаратов. В связи с тем, что годовой бюджет на закупку лекарств жёстко фиксирован, увеличение их стоимости может привести к дефициту.

Платность медицинской помощи – одна из самых сложных и неоднозначно трактуемых категорий здравоохранения, поскольку объединяет различные по характеру явления. В настоящей работе платность медицинских услуг рассматривается как фактор, ограничивающий доступность медицинской помощи для населения, причём он рассматривается 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. Среди пяти общих недостатков медицинской помощи, сформулированных экспертами ВОЗ, названа её разорительность: «Ежегодно более 100 млн. человек в мире впадают в нищету из-за необходимости платить за медицинскую помощь»¹²¹.

Причины распространённости всех видов платежей в сфере отечественного здравоохранения следует искать в самой модели её 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 оказанные им медицинские услуги.

¹²¹ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. – Женева: ВОЗ, 2008. – С. 16.

Вопрос о масштабах коммерциализации здравоохранения (и социальной сферы в целом) в конечном счёте определяется тем, какую долю в софинансировании социальных нужд принимает на себя государство. Размеры частных расходов здравоохранения в мире интересно проанализировать в сравнении стран в контексте их благосостояния. Доля частных расходов на получение медицинской помощи, рассчитанная в процентах от общих расходов на здравоохранение, наиболее высока в странах с низкими доходами – 63,8%, тогда как в экономически развитых странах она в среднем составляет 39,3%¹²². По оценкам экспертов, ситуация повышенного предложения услуг частного сектора здравоохранения в экономически неблагополучных регионах объясняется не столько проявлением недостаточной социальной ориентированности правительств этих стран, сколько объективными экономическими причинами, неразвитостью реального сектора экономики и, как следствие, ограниченностью налогооблагаемой базы, при том что организация механизмов социального медицинского страхования в этих условиях также невозможна – в силу тех же причин¹²³. Таким образом, в наиболее бедных странах проблема финансирования здравоохранения состоит не только в его низких показателях, но и в существовании более значительного бремени частных расходов населения на получение медицинской помощи.

Однако 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

¹²² Мировая статистика здравоохранения. 2009 год. – Женева: ВОЗ, 2009. – С. 116.

¹²³ Роберт Дж. Ибенс в книге «Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы» отмечает: «В странах, не способных мобилизовать налоговые поступления, неофициальные платежи происходят независимо от политики. Этот факт может служить доводом в пользу легализации открытых частных платежей: там, где финансирование из налоговых поступлений невозможно, одни формы сборов с пользователей более предпочтительны, чем другие [под «другими» здесь подразумеваются нелегальные платежи. – *Прим. авт.*]».

социальных услуг¹²⁴. В России же, как показывают статистические данные, 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 в оплате медицинской помощи.

В России и ряде стран постсоветского пространства сложилась практика широкого участия населения в оплате медицинской помощи. Но сравнение ситуации с государственным финансированием здравоохранения в странах, наиболее близких России и друг 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, 76% соответственно), но больше, 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. В Украине и Казахстане государственное участие в софинансировании здравоохранения возросло, в Эстонии, Беларуси, Латвии – несколько снизилось, а в Грузии – существенно сократилось (рис. 5.5).

¹²⁴ Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под. ред. Э. Моссиалоса, Д. Кутцина [и др.]. – М.: Весь мир, 2003. – 352 с.

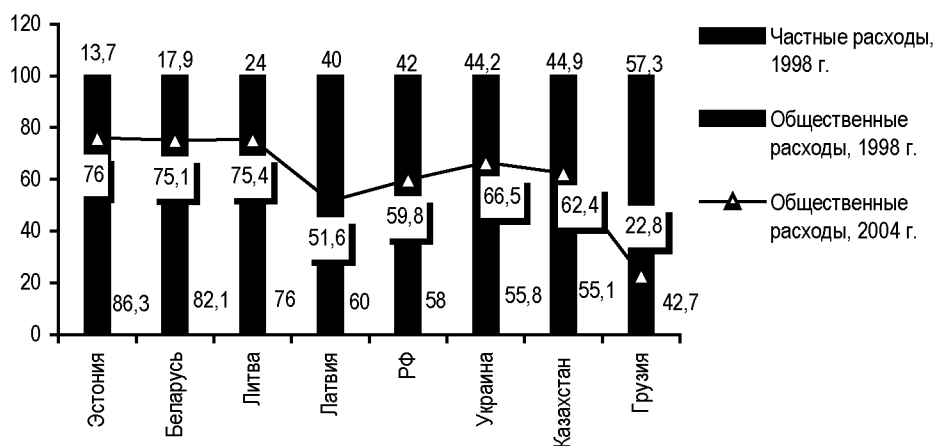


Рис. 5.5. Соотношение общественных и частных расходов на здравоохранение в ряде стран в 1998 и 2004 гг.

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (БД ЗДВ) [Электронный ресурс] // ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген, январь 2009. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadb>

Несмотря на то, что в период с 1998 по 2004 г. существенных изменений в данной сфере не выявлено, есть основания полагать, что коммерциализация российского здравоохранения ещё более закрепились в последние годы (2006, 2007, 2008). На итоговой коллегии Департамента здравоохранения, прошедшей в г. Вологде в марте 2009 г., начальником ТФОМС Вологодской области И.Б. Симкиной было отмечено, что если в 2005 и 2006 гг. доля жалоб населения по поводу взимания с них платежей за оказание медицинской помощи не превышала 5% в общем объёме обоснованных претензий, то в 2007 г. она приблизилась к 10%, а в 2008 г. – к 30%.

Хотя в последние годы вопрос о платности медицинских услуг для населения был во многом дискуссионным: одни говорили о принципиальной недопустимости феномена платности лечения граждан, другие, наоборот, утверждали, что данная практика является неизбежной в современных условиях, – компромисс в масштабах и границах роста коммерциализации здравоохранения не был достигнут даже в высших властных кругах.

Вместе с тем не стоит говорить о феномене платности как о чём-то совершенно новом и идущем вразрез с законными принципами: существуют объективные, законодательно подкреплённые предпосылки для распространения личных платежей населения в оплате медицинских услуг. Одна из наиболее очевидных – использование неполного тарифа на оплату медицинской помощи в системе ОМС, что предполагает возмещение недостающих расходов за счёт личных средств населения. Как отмечают эксперты, «часть таких «доплат» (например, восполнение плохого питания в стационарах продуктами питания, приносимыми из дома, или поступление в стационар со своим бельём, «добровольные взносы» на покупку мелкого хозяйственного инвентаря, электролампочек и пр.) даже не воспринимается населением как нечто необычное»¹²⁵.

На практике регламентация платных услуг происходит следующим образом. Ежегодно постановлением Законодательного Собрания Вологодской области утверждается «Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области» (ПГГ), в рамках которой приводится подробный перечень видов медицинской помощи, предоставляемой населению за счёт бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования, то есть на бесплатной основе. В Приложении к ПГГ приводится также набор услуг, предоставляемых учреждениями здравоохранения на платной основе, причём, следует признать, он не содержит моментов, противоречащих конституционному тезису о всеобщей бесплатности медицинской помощи (это анонимное лечение или оказание услуг во внерабочее время, косметологическая хирургия и пр.)¹²⁶. Более того, как отмечено в тексте

¹²⁵ Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. – М.: ИЭПП, 2007. – С. 25. (Научные труды / Ин-т экономики переходного периода. № 105Р).

¹²⁶ См.: Приложение 6 к Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2008 год от 07.12.2007 № 1116.

документа, платные медицинские услуги предоставляются населению *дополнительно* к бесплатным видам медицинской помощи, финансируемым из средств бюджетов всех уровней и средств 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 ключевой предпосылкой для повсеместного распространения платных медицинских услуг.

Вместе с тем не следует абсолютно исключать и факт растущего спроса на медицинские услуги, оказываемые за личный счёт 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 составлял в 2008 г. около 1000 руб., в то время как средний уровень заработной платы по области равнялся в докризисный 2007 г. 17 000 руб. Действительно, по данным социологического опроса, к частнопрактикующим врачам в 2008 г. обратились лишь 5% респондентов, в коммерческие учреждения – 9%. Но на необходимость введения оплаты медицинских услуг указало 74% населения, обращавшегося за медицинской помощью, при этом ежемесячно расходовали средства на лечение 20% жителей области (*табл. 5.10*).

В 2008 г. по сравнению с 2007 г. с 68 до 73% возросла доля населения, оплачивающего лечение, внося деньги в кассу лечебного учреждения. Напротив, с 16 до 12% снизился удельный вес

Таблица 5.10

**Доля населения Вологодской области, расходующего средства
на лечение, в %**

Варианты ответа	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Всего	70,8	77,3	72,9	65,8	74,0
В том числе					
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	16,5
Реже одного раза в год*	8,2	8,3	1,1	–	–
Не расходовали, потому что не болели	29,2	22,7	27,1	33,3	24,9
* Вопрос исключен из анкеты. Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.					

жителей области, производящих неофициальную плату за медицинские услуги (лечащему врачу, среднему медперсоналу, руководителю лечебного учреждения, санитарке). Самыми распространёнными расходами являются приобретение лекарств для амбулаторного лечения и оплата лечебных процедур (табл. 5.11).

В связи с платностью медицинских услуг люди нередко вовсе отказываются от их получения (табл. 5.12). Как справедливо отмечает Н.С. Григорьева в статье «Гражданин и общество в контексте реформ здравоохранения», трагедия современного больного состоит в том,

Таблица 5.11

**Распространённость расходов на медицинские услуги
(% от числа опрошенных)**

Вид затрат	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Приобретение лекарств для амбулаторного лечения	61,1	60,8	63,1
Оплата лечебных процедур	10,3	11,2	13,9
Разовая оплата всего лечения	12,0	11,3	8,0
Приобретение лекарств для лечения в стационаре	11,2	10,4	9,9
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
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.			

Таблица 5.12

**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 / ИСЭРТ РАН.							

что он не может себе позволить быть здоровым¹²⁷. Об истинности этих слов свидетельствуют и данные социологических исследований: в отказах от медицинской помощи из-за её платности признается существенная часть респондентов – около 40%.

Наиболее частыми являются отказы от стоматологической помощи, протезирования зубов, диагностических обследований, амбулаторного лечения. Снижение данного показателя за 7 лет (2002 – 2008) в 1,4 раза, вероятно, связано с ростом денежных доходов населения. Однако темп их роста ниже темпа роста стоимости медицинских услуг (в период с 2002 по 2007 г. среднедушевые денежные доходы населения Вологодской области увеличились в сопоставимой оценке лишь в 1,8 раза, а средняя стоимость медицинских услуг на душу населения – в 2,8 раза¹²⁸), поэтому в связи с отсутствием бесплатной альтернативы население вынуждено либо откладывать лечение заболеваний, либо обращаться в частные клиники.

¹²⁷ Григорьева Н.С. Гражданин и общество в контексте реформ здравоохранения // Управление здравоохранением. – 2004. – № 4. – С. 12.

¹²⁸ Статистический ежегодник Вологодской области: ст. сб. 2007 / Вологда-стат. – Вологда, 2008.

Обозначая направления развития здравоохранения в ближайшем будущем, лица, ответственные за принятие решений в здравоохранении (здесь и далее – ЛОПР), называют теоретически верные ориентиры: приоритет профилактики, диспансеризацию, развитие первичного звена медицинской помощи, в то время как на практике данные принципы реализуются не на должном уровне. Диспансеризация, на проведение которой выделяются значительные финансовые средства, на практике превращается в простую формальность и фикцию, эффективность диагностических процедур, проводимых в ее рамках, не выдерживает никакой критики. Сокращение стационарной помощи происходит в шоковом режиме, но компенсаторные механизмы и замещающие формы оказания медицинской помощи остаются неразвитыми.

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 странах мира обнаруживает явный крен в сторону материально обеспеченных людей¹²⁹. В России низкие доходы населения и непредсказуемость экономической и политической жизни, вероятнее всего, приведут к тому, что услуги ДМС окажутся востребованными среди незначительной части населения, причём преимущественно среди представителей отдельных профессиональных групп. Об этом свидетельствуют и результаты социологических опросов: получение платного страхового свидетельства

¹²⁹ Реформа больниц в новой Европе / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос, Р.Б. Солтман. – М: Весь Мир, 2002. – 320 с.

в последние годы не рассматривалось населением Вологодской области как желаемая форма страхования (даже при допущении, что их доходы возрастут в несколько раз). В 2008 г. доля жителей области, желающих приобрести полис ДМС в случае двух-трёхкратного увеличения доходов, несколько превысила 50% (в 2005 г. она составляла около 55%). Наибольшую заинтересованность в ДМС выражают лица с высоким уровнем дохода, тогда как представители наименее обеспеченных и среднедоходных групп населения выражают потребность в добровольном страховании здоровья в значительно меньшей степени (в 2008 г. – 70% против 45 и 50%; табл. 5.13).

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 усугубилась в связи с низким уровнем платёже-

Таблица 5.13

Распределение ответов на вопрос: «Вы бы приобрели полис добровольного медицинского страхования при двух-трёхкратном увеличении доходов?» (в % от числа опрошенных)

Ответы	Группы по уровню среднедушевого дохода	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Да	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
Нет	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 / ИСЭРТ РАН.					

способного спроса населения на медицинские услуги и отсутствием эффективных механизмов защиты прав пациента. Есть все основания полагать, что в обстановке негативных последствий финансового кризиса коммерциализация здравоохранения станет одним из существенных препятствий для граждан в получении необходимых медицинских услуг. В выступлении на 23 Форуме по глобальным проблемам (Берлин, Германия, 18 марта 2009 г.) М. Чен отметила: «Во время экономического кризиса люди обычно воздерживаются от обращения в частный сектор и шире используют службы, финансируемые государством. Это происходит в то время, когда система общественного здравоохранения во многих странах уже испытывает огромные нагрузки и нехватку финансовых средств»¹³⁰. Принимая во внимание негативные процессы в экономике Вологодской области, обусловленные финансовым кризисом, а также вызванные им социальные проблемы, в ближайшие годы можно ожидать осложнения ситуации с обеспечением жителей региона необходимой медицинской помощью.

5.2. Финансирование здравоохранения

Большинство проблем в организации медицинской помощи, в снижении её доступности и качества берет своё начало в неэффективности механизмов управления здравоохранением, сложившихся в России.

С принятием закона о местном самоуправлении в России в 1990-е гг. произошла децентрализация системы управления здравоохранением, приведшая к разрушению вертикали административного подчинения, в результате чего государственная система здравоохранения оказалась разделённой на федеральную,

¹³⁰ Чен М. Воздействие глобальных кризисов на здоровье: деньги, погода и микробы [Электронный ресурс] // Официальный сайт ВОЗ. – Режим доступа: http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/ru/index.html

региональные и муниципальные системы¹³¹. Однако вследствие того, что меры по реализации других принципов новой управленческой политики здравоохранения, таких как ориентация на результат и повышение мотивации врачей, не были в должной мере продуманы и воплощены в медицинскую практику, децентрализация фактически явилась единственным – и в целом негативным – результатом реформ. Эффективное решение задач здравоохранения на уровне муниципалитетов оказалось невозможным в силу недостатка средств, отсутствия правовой базы и практического опыта.

Игнорирование того, что эффективная система управления может базироваться лишь на балансе полномочий между местными властями и федеральным правительством («разделением полномочий в рамках здравого смысла»), привело к ограничению возможностей эффективного управления деятельностью системы. Формально зона ответственности Министерства здравоохранения и социального развития РФ в современных условиях ограничивается медицинскими учреждениями, финансируемыми из федерального бюджета. На практике это выражается в недостатке полномочий центральных властей для разрешения вопросов доступности и качества медицинской помощи, различных злоупотреблений со стороны медицинских работников, возникающих в учреждениях здравоохранения муниципального уровня. При этом аналогичные полномочия регионального органа управления здравоохранением тоже значительно ограничены. Таким образом, функция обеспечения базового уровня доступности и качества медицинской помощи относится к компетенции муниципального уровня управления здравоохранением.

¹³¹ Закон РФ от 6 июля 1991 г. № 1550-1 «О местном самоуправлении в Российской Федерации» (на сегодняшний день утратил силу). 6 октября 2003 года принят Федеральный закон № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации». Последняя редакция – 10 июня 2008 г.: Федеральный закон РФ от 10 июня 2008 г. № 77-ФЗ «О внесении изменения в статью 42 Федерального закона «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Несмотря на то, что задача приближения медицинской помощи к её реальному потребителю теоретически верна, недостаточное финансирование, низкие качественные характеристики и структурные перекосы системы здравоохранения, а зачастую и недостаток ответственности, непрофессионализм субъектов медицинской деятельности не позволяют обеспечить должный уровень медицинского обслуживания населения на фоне высокой управленческой свободы.

В России проблема организационно-финансового обеспечения принятых государством гарантий на оказание медицинской помощи гражданам осложняется не только самим фактом их безосновательной декларативности, но и чрезвычайной широтой действующих материальных фондов, содержание которых представляет значительные трудности. Изъянами системы управления во многом обусловлена чрезвычайная распространённость всего спектра негативных явлений в российском здравоохранении, начиная со сложностей в рациональном освоении средств на региональном и муниципальном уровнях и заканчивая проблемами доступности и качества медицинской помощи для отдельного пациента в конкретном медицинском учреждении.

Известно, что универсальной модели финансовой политики в сфере здравоохранения не существует. Поэтому каждая страна вынуждена строить свою собственную систему сбора и распределения ресурсов, направляемых на нужды здравоохранения, исходя из принятых приоритетов и возможностей, но с учётом имеющихся в мировом опыте прецедентов и экспертных рекомендаций. В этом отношении важно получить ответы на два вопроса: во-первых, каковы масштабы финансирования (достаточно ли они) и, во-вторых, эффективны ли механизмы их распределения между территориями, поставщиками и, в конечном итоге, между потребителями медицинской помощи.

Масштабы финансирования здравоохранения зависят от ряда факторов, в том числе *структурных* (экономическая основа государства, демографические тенденции), *культурных* (доверие к правительству и к законодательной власти, статус врачей, структура идеологических предпочтений, традиционно сложившееся отношение к неофициальным платежам и восприятие неформальных сообществ и неформальных процессов принятия решений), *ситуационных* (крупные политические события, экономические кризисы)¹³². В более общем виде можно выделить два ключевых фактора – *политический контекст*, поскольку ориентиры развития здравоохранения и доля государственного дохода, отчисляемая на его нужды, определяются именно в рамках политических приоритетов страны, и *экономическое благополучие*, которое обуславливает объективные возможности для финансирования общественного здравоохранения.

Зависимость между степенью экономического развития и долей расходов на здравоохранение обнаруживается в сравнении стран, сгруппированных по уровню доходов. Согласно данным ВОЗ, страны с низким уровнем доходов тратят на нужды здравоохранения в среднем 4,3% от ВВП, с низшим средним уровнем – 4,5%, с высшим средним – 6,3%, с высоким – 11,2%¹³³. Кроме того, Д. Керником (D. Kernick) была установлена прямая статистически значимая корреляционная связь между богатством страны, выраженным в подушевом ВВП, и размерами финансирования здравоохранения в расчёте на душу населения¹³⁴. В то же время большие затраты общества на здравоохранение обуславливают лучшую организацию медицинских служб и более высокое качество их работы. В тех странах, где расходы

¹³² Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под. ред. Э. Моссиалоса, Д. Кутцина [и др.]. – М.: Весь мир. 2003. – С. 12.

¹³³ Мировая статистика здравоохранения. 2009 год. – Женева: ВОЗ, 2009. – С. 116.

¹³⁴ Kernick D. Getting health economics into practice. UK. TJ International Ltd, Padstow, Cornwall, 2002. – Pp. 44.

на поддержание и развитие здравоохранения высоки, отмечаются соответственно более низкие показатели детской смертности, признанной в мире интегральным индикатором качества работы медицинских служб и социального благополучия в регионе (рис. 5.6).

В этой связи возникает вопрос: насколько адекватны масштабы обеспеченности ресурсами достигаемым результатам и реальным потребностям населения в получении медицинской помощи? В этом отношении весьма уместно отметить принципиальный момент, который традиционно описывается как *противоречие между принципами экономической эффективности и социальной справедливости*. Суть его сводится к тому, что в современных условиях лозунг «каждому по потребности в неограниченном количестве» для здравоохранения является либо утопичным, либо, если провозглашается представителем власти, демагогичным. Колоссальный уровень развития современных методов лечения и диагностики, а также нарастающие потребности населения в медицинских услугах, в том числе и в связи с тенденцией его общего старения, делают реализацию таких широких гарантий непосильной для государственного бюджета. Именно в балансировке действий по обеспечению населения медицинской помощью и соблюдению принципов экономической целесообразности и состоит первоочередная задача лиц, ответственных за принятие решений в политике по охране здоровья.

Один из базовых показателей обеспеченности здравоохранения ресурсами – доля расходов отрасли в общем объеме ВВП, произведённого 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% и др.), при этом она существенно уступает странам-членам ЕС, в которых квота на нужды здравоохранения составляет 8 – 10% от ВВП (рис. 5.7).

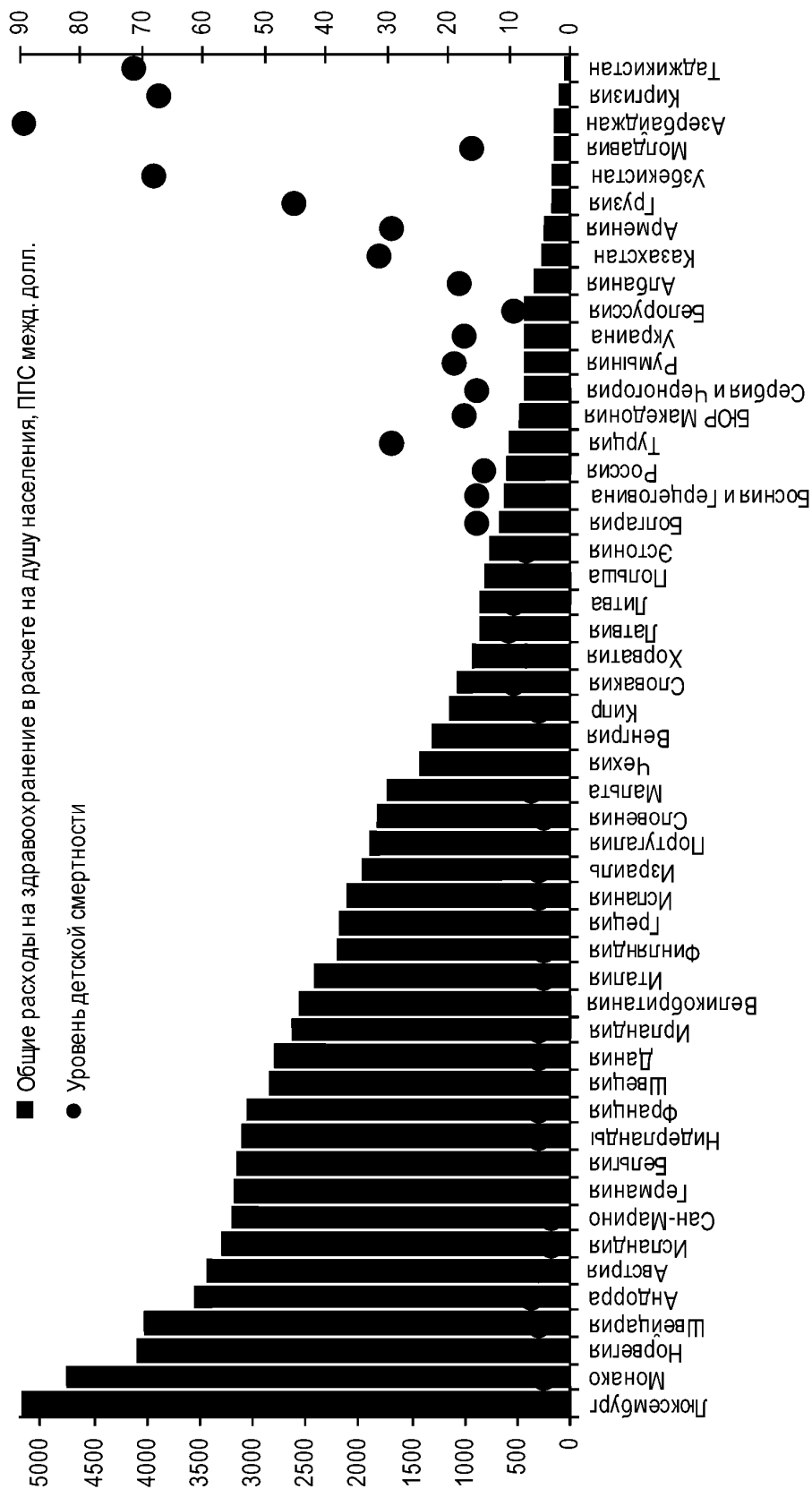


Рис. 5.6. Общие расходы на здравоохранение и коэффициент смертности среди детей до 5 лет в странах Европейского региона в 2006 году (на 1000 чел. населения)

Источник: Официальный сайт ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS09_Full.pdf

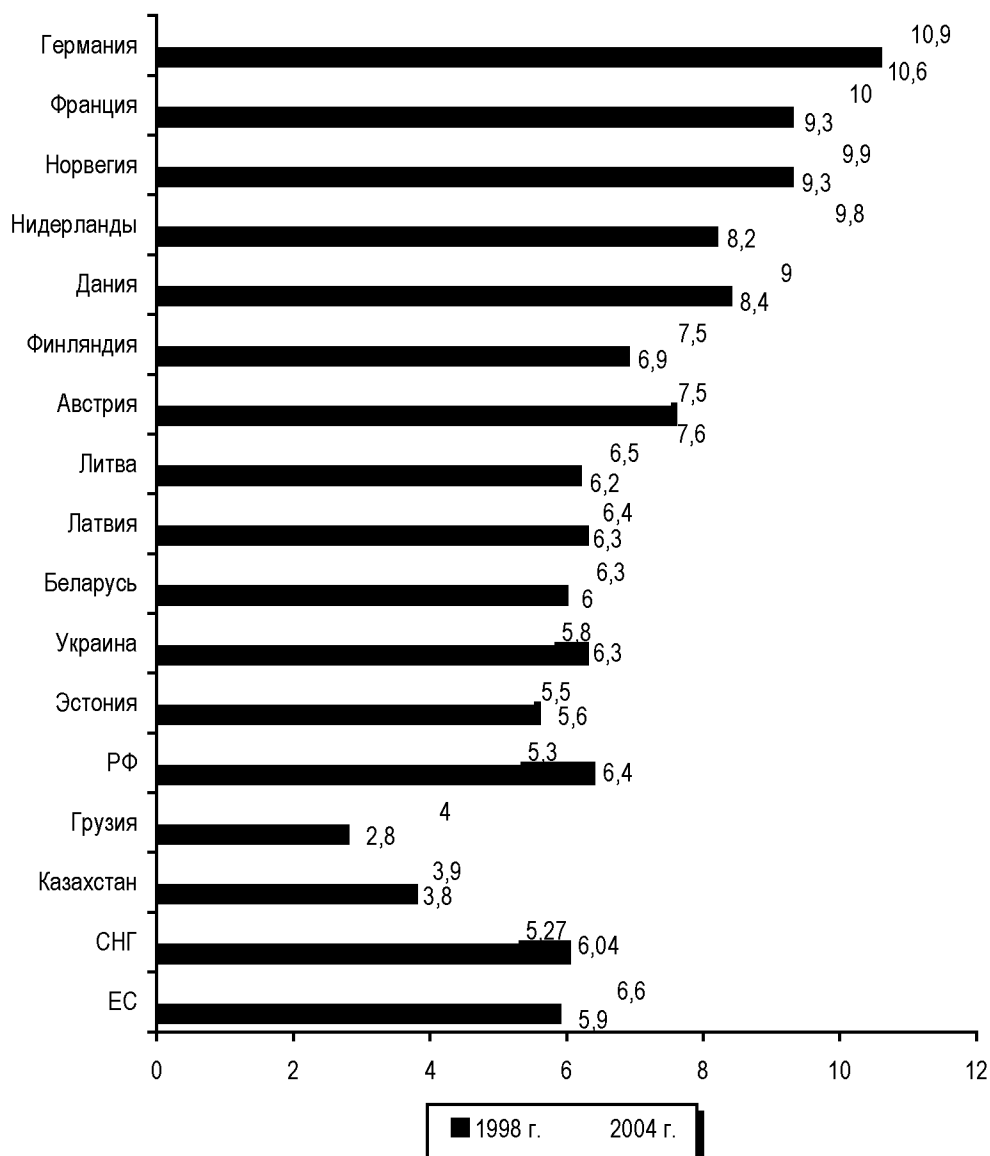


Рис. 5.7. Общие затраты на здравоохранение в ряде стран мира в 1998 и 2004 гг., в % от ВВП (оценка ВОЗ)

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (БД ЗДВ) [Электронный ресурс]. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2007, январь. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadb>

В то же время можно с достаточной долей сомнения рассматривать достигнутую индустриально развитыми странами планку в обеспечении здравоохранения ресурсами в качестве стратегического ориентира, причём не только по причине ограниченности объективных возможностей российской экономики

на пути к этой цели, но и в силу того, что указанный показатель был достигнут странами региона как некий компромисс между властью и обществом в ходе естественного исторического развития, то есть объективных причин, которые не имеют отношения к процессам, происходящим в России.

Реальный норматив общественных расходов на здравоохранение, сравнение с которым стоит признать методически корректным, – это рекомендованный ВОЗ показатель – 5% ВВП страны (он объединяет все расходы на здравоохранение, включая и частные платежи населения). Согласно результатам оценок, проведённых экспертами ВОЗ и представленных в базе данных «Здоровье для всех» Европейского бюро, затраты на здравоохранение в Российской Федерации составили в среднем за 1998 – 2004 гг. 5,8% ВВП, то есть их сумма превышала установленный базовый норматив¹³⁵. Однако в этом плане не существует единогласия среди экспертов, в том числе и по причине разнообразия подходов к проводимым оценкам. Одни уверенно заявляют, что существующих средств совершенно недостаточно даже для обеспечения минимального государственного стандарта, другие утверждают, что 5%-я доля средств ВВП, отчисляемая государством на нужды здравоохранения, уже реализована, в том числе за счёт распространения практик частной медицины, и эти средства необходимо более эффективно осваивать¹³⁶.

Тем не менее, принимая во внимание установленные приоритеты развития здравоохранения на ближайшую перспективу, можно сказать, что существующие ныне масштабы финансирования отрасли будут недостаточными для их успешной реализации. В то же время принципиальных изменений в финансовом обеспечении нужд здравоохранения в России в последние годы не произошло. Судя по бюджетным показателям, доля

¹³⁵ Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.healthreform.ru/>

¹³⁶ Чубарова Т.В. Проблемы реформы здравоохранения в России: бюджетная и страховая медицина? // Управление здравоохранением. – 2004. – №3. – С. 10.

Таблица 5.14

**Общие расходы бюджета РФ на здравоохранение
и физическую культуру**

Показатель	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
% от ВВП	2,5	2,3	2,2	2,0	2,3	2,2	2,8	2,7	3,5	3,8

Источники: Чубарова Т.В. Проблемы реформы здравоохранения в России: бюджетная и страховая медицина? // Управление здравоохранением. – 2004. – №3. – С. 10; Университетская информационная система России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.budgetrf.ru/>

социальных расходов, направленных на повышение уровня и качества жизни, после 2004 г. сокращалась: с 39,7% общей суммы расходов в 2004 г. до 38,6% в 2005 г. Доля бюджетных расходов на здравоохранение и спорт снизилась с 2,8% от всего объёма государственных расходов в 2004 г. до 2,7% в 2005 г. (табл. 5.14).

Именно для компенсации ограниченности бюджетных обязательств осенью 2005 г. Президентом РФ были предложены **приоритетные национальные проекты**, ориентированные на усиление социальной направленности бюджетной политики. В итоге государственный бюджет 2006 г. был назван бюджетом развития, а вложения в сферу образования и здравоохранения определены во всех бюджетных документах как одно из важнейших направлений госрасходов – в данном году бюджетные расходы на здравоохранение и физическую культуру выросли до 3,5%. В 2006 г. на территории РФ была начата реализация принятых обязательств. Несмотря на критику представителями экспертного сообщества содержания и режима проведения мероприятий в рамках нацпроекта «Здоровье», он, по сути, стал одним из политических шагов в сторону признания прав человека на достойную жизнь как первоочередной ценности. Вместе с тем нельзя не согласиться с академиком А.Г. Аганбегяном, который выражая в целом положительное отношение к реализации национального проекта «Здоровье» отметил, что это лишь 5% от всего массива финансового обеспечения отрасли, остальные

примерно 95% расходуются преимущественно нецелевым образом¹³⁷ (более того, даже при освоении средств национального проекта на уровне субъектов РФ допускаются серьёзные нарушения: так, в 2008 г. в Вологодской области, по данным ТФОМС, в общей структуре нецелевых затрат на долю нацпроекта пришлось более 60%¹³⁸).

Однако более значимым представляется оценить ситуацию с масштабами финансирования здравоохранения на уровне субъектов РФ, поскольку на фоне децентрализации системы управления сложилась их широкая дифференциация. 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, уровень финансовой обеспеченности территориальной программы государственных гарантий в Вологодской области достиг в 2006 г. 77% (соответственно дефицит составил 23%), что несколько меньше, чем в большинстве регионов СЗФО (*рис. 5.8.*) и в среднем по всем субъектам РФ (81%)¹³⁹.

Структура общественных расходов на здравоохранение в Вологодской области представлена следующими составляющими (*табл. 5.15*). Большая часть расходов (67%) обеспечивается страховыми средствами в рамках территориальной программы ОМС, 33% затрат покрывается за счёт консолидированного бюджета. При этом бюджетные расходы на 42% представлены бюджетами муниципального уровня. В рамках территориальной программы ОМС 79% расходов в качестве источника имеют страховые фонды

¹³⁷ Аганбегян А.Г. России нужно 6% экономического роста [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.megansk.ru/partanalitics/1182749951>

¹³⁸ По данным ТФОМС Вологодской области.

¹³⁹ Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.healthreform.ru/>

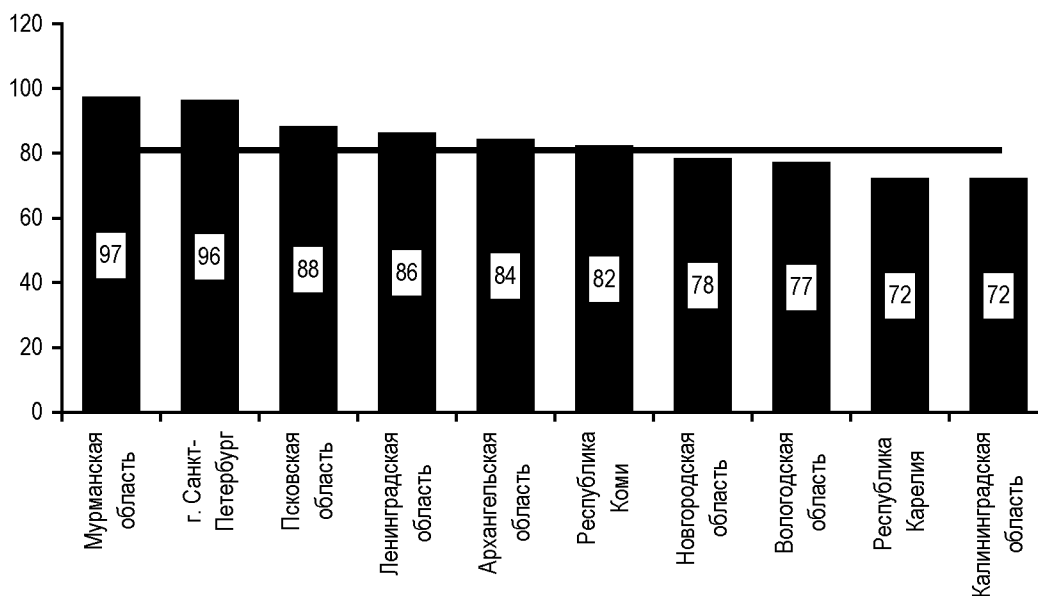


Рис. 5.8. Уровень финансовой обеспеченности территориальной программы государственных гарантий в регионах СЗФО на фоне общефедерального уровня (данные 2006 г.), в %

Источник: Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.healthreform.ru/>

ОМС, остальная часть (21%) – это средства консолидированного бюджета на расходы медицинских организаций, работающих в системе ОМС, но не включённых в тариф ОМС.

Таким образом, доля страховых средств в общем объёме общественных расходов здравоохранения в Вологодской области велика (так, в 2006 году она составила 49% и превысила среднероссийский уровень – 37,6%, что позволило региону занять 12 место в Российской Федерации по данному показателю¹⁴⁰). Подобная позиция является ярким свидетельством того, что в качестве одной из перспективных целей развития регионального здравоохранения принят переход на одноканальное финансирование, при котором основная часть финансовых средств здравоохранения будет формироваться из страховых фондов. Действительно, ситуация последних лет показывает, что увеличение

¹⁴⁰ Первое место принадлежит Чукотскому автономному округу (доля ОМС в финансовом обеспечении здравоохранения составляет 85%).

Таблица 5.15

**Сводный баланс расчётной и утверждённой стоимости
Программы госгарантий в Вологодской области, 2008 г.**

Источники финансирования Программы	Расчётная стоимость Программы		Утверждённая стоимость Программы		Дефицит утверждённой стоимости Программы к расчётной стоимости	
	всего, млн. рублей	на 1-го жителя, рублей	всего, млн. рублей	на 1-го жителя, рублей	млн. рублей	в %
1. Расходы консолидированного бюджета	2583,4	2120,9	2195,4	1802,4	387,95	15,02
В том числе:						
– областной бюджет	1510,0	1239,6	1281,1	1051,8	228,86	15,16
– муниципальные бюджеты	1073,4	881,3	914,3	750,6	159,09	14,82
2. Расходы на территориальную программу ОМС, всего *	4941,7	4057,0	4472,9	3672,2	468,80	9,49
В том числе за счёт:						
2.1. Средств ОМС, всего	3936,2	3231,5	3536,7	2903,5	399,54	10,15
из них						
– ЕСН и другие налоговые поступления	1459,5	1198,2	1459,5	1198,2	-	-
– страховые взносы на ОМС неработающего населения	2307,8	1894,6	1908,3	1894,6	399,54	17,31
– субсидии ФОМС	135,2	111,0	135,2	111,0	-	-
– прочие поступления	33,7	27,7	33,7	27,7	-	-
2.2. Средств консолидированного бюджета на расходы медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которые не включены в тариф ОМС	1005,5	825,5	936,3	825,5	69,26	6,89
3. ВСЕГО (п.1+п.2+п.3)	7525,1	6177,9	6668,4	5531,4	856,75	11,39
* Расчётная стоимость территориальной программы ОМС по пяти статьям расходов. Источник: Приложение 7 к Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2008 год от 07.12.2007 № 1116.						

доли средств ОМС в структуре финансирования Программы госгарантий здравоохранения приняло устойчивый характер (табл. 5.16).

Анализ финансовых показателей в разрезе территорий Вологодской области свидетельствует о сложившейся заметной дифференциации муниципальных образований по уровню расходов

Таблица 5.16

**Структура финансирования Программы госгарантий
здравоохранения, %**

Источник финансирования	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Бюджет	65,5	58,3	53,4	52,4	51,7	50,8	51	55,3
ОМС	34,5	41,7	46,6	47,6	48,3	49,2	49	44,7

Источник: Данные Департамента здравоохранения Вологодской области за указанные годы.

на здравоохранение. Если в 2003 г. разница между муниципалитетами, занимавшими по уровню расходов на здравоохранение первую и последнюю позиции в ранговом списке, составила 1,5 раза, то в 2007 г. этот разброс достиг 2,6 раза (табл. 5.17).

И хотя в сравнении с 1999 г., когда данный показатель составил 4,4, острота дифференциации в финансировании медицинской помощи снизилась, говорить о преодолении сложившихся перекосов сегодня неправомерно. Тем более что уровень финансирования здравоохранения муниципальных образований не связан с реальными потребностями населения в медицинской помощи, а существенная разница в затратах обусловлена совокупным влиянием таких факторов, как неравномерность возможностей доходной базы местных бюджетов; различная степень развитости сети учреждений здравоохранения на уровне районов; значительная дифференциация в направлении средств целевых программ в районы и в использовании областных стационаров для лечения больных из районов и городов; существенные различия в численности населения муниципальных образований.

Объём бюджетного финансирования регионального здравоохранения выводится нормативно, исходя из фактически произведённых затрат. В результате реализации подобного подхода величины поправочных коэффициентов, применяемых для оценки затрат по муниципальным образованиям Вологодской области, различаются более чем в два раза – от 0,7 в Вологодском и Грязовецком районах до 1,5 в Устюженском.

Таблица 5.17

Уровень затрат на здравоохранение в разрезе муниципальных образований Вологодской области в 2003 и 2007 гг.

(1 – соответствует наименьшему показателю затрат)

Территории	Затраты, руб. на 1 жит. / 2003 г.	Рейтинг 2003 г.	Затраты, руб. на 1 жит. / 2007 г.	Рейтинг 2007 г.	Изменение ранга с 2003 по 2007 г.
Вологодский	1677,27	5	1 356,53	1	+
Череповецкий	3253,61	28	2 021,55	2	+
Грязовецкий	2097,52	17	2 037,30	3	+
Кадуйский	1957,28	13	2 117,84	4	+
Устюженский	2202,43	20	2 320,63	5	+
Шекснинский	1929,92	12	2 404,10	6	+
Белозерский	1765,61	7	2 416,54	7	0
Вытегорский	2308,91	21	2 417,78	8	+
г. Вологда	2123,37	19	2 466,71	9	+
Кирилловский	2098,61	18	2 479,81	10	+
Вожегодский	2558,68	24	2 551,25	11	+
Никольский	1865,74	9	2 559,13	12	-
Харовский	1890,21	10	2 679,23	13	+
Тотемский	1002,83	1	2 685,29	14	-
Бабушкинский	1640,92	3	2 768,79	15	-
Бабаевский	2559,8	25	2 805,58	16	+
Тарногский	1976,51	15	2 849,29	17	-
Усть-Кубинский	2648,01	26	2 865,73	18	+
Чагодощенский	1908,37	11	2 894,66	19	-
Нюксенский	2071,05	16	2 974,44	20	-
г. Череповец	2491,21	22	3 139,31	21	+
Междуреченский	3061,29	27	3 233,32	22	+
Верховажский	1752,45	6	3 252,59	23	-
Вашкинский	1801,85	8	3 291,74	24	-
Кичм.-Городецкий	1430,86	2	3 315,84	25	-
Великоустюгский	1964,83	14	3 423,05	26	-
Сокольский	1649,29	4	3 431,62	27	-
Сямженский	2491,58	23	3 514,46	28	-
В среднем по области	2077,86		2724,08		

«+» – повышение рангового места за рассматриваемый период; «0» – без изменения ранга; «-» – снижение ранговой позиции.
 Источник: Данные ГУЗ МИАЦ Департамента здравоохранения Вологодской области.

Описанная схема является экономически неоправданной и нецелесообразной, поскольку при бюджетном финансировании, осуществляемом в её рамках, поддерживаются ранее

сформированные в пределах муниципальных образований области, но не всегда эффективные принципы финансирования сети ЛПУ (а не конкретных медицинских услуг).

В рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи средства ОМС направляются в страховые медицинские организации (СМО) исходя из территориального подушевого норматива финансирования с учётом половозрастных коэффициентов. В то же время исследования, проведённые ИСЭРТ РАН совместно с Департаментом здравоохранения Вологодской области, показали, что половозрастные коэффициенты не являются объективными и искажают реальную ситуацию с уровнем потребностей населения в медицинской помощи¹⁴¹. Между тем переход к принципам подушевого финансирования¹⁴², намеченный на будущее, требует достоверных данных о реальных потребностях населения территорий в получении бесплатной медицинской помощи. В этой связи в 2007 г. Департаментом здравоохранения Вологодской области совместно с ИСЭРТ РАН были проведены исследования, цель которых состояла в расчёте коэффициентов стоимости потребления медицинской помощи (a_j) по каждой половозрастной группе на основе территориальных данных о расходах здравоохранения. Эти коэффициенты (табл. 5.18) показывают, насколько отличаются затраты на члена данной половозрастной категории от затрат на «среднего» жителя области, и характеризуют ожидаемые затраты на оказание медицинской помощи каждому члену половозрастного контингента.

Коэффициенты планируется использовать для расчёта поправочных коэффициентов (коэффициентов половозрастных

¹⁴¹ Подушевое финансирование здравоохранения по методу «затраты – результаты» / А.А. Колянко, М.Д. Дуганов, С.В. Ковригина, А.А. Шабунова, К.Н. Калашников // Финансы. – 2008. – №7. – С. 9-12.

¹⁴² Подушевое финансирование (капитация) – механизм оплаты, при котором поставщики медицинских услуг получают фиксированную сумму в месяц на застрахованного для возмещения затрат на оказание оговорённого перечня медуслуг в течение определённого времени.

Таблица 5.18

**Коэффициенты стоимости потребления медицинской помощи
половозрастными группами***

Возрастной интервал	a_j			
	Применяемые ТФ ОМС		Расчётные	
	для мужчин	для женщин	для мужчин	для женщин
0 – 2	1,0	0,5	1,573	1,395
2 – 4	0,7	0,35	3,067	2,715
5 – 9	0,37	0,3	1,359	1,232
10 – 14	0,3	0,25	1,045	1,051
15 – 19	0,22	0,30	1,198	0,905
20 – 24	0,26	0,35	0,533	1,275
25 – 29	0,20	0,40	0,443	1,208
30 – 34	0,20	0,40	0,445	0,961
35 – 39	0,25	0,45	0,460	0,437
40 – 44	0,35	0,50	0,520	0,675
45 – 49	0,45	0,55	0,689	0,860
50 – 54	0,50	0,65	0,905	1,032
55 – 59	0,65	0,70	1,242	1,117
60 – 64	0,75	0,85	1,218	1,014
65 – 69	0,80	0,95	1,414	1,245
70 и старше	1,07	1,163	1,720	1,256

* Рассчитано авторами по данным ГУЗ ДЗ Вологодской области «МИАЦ».

затрат) для отдельных муниципальных образований региона, в дальнейшем – для корректировки финансовых потоков средств ОМС и средств бюджетов для муниципальных образований региона, что обеспечит распределение средств на основе принципов большей эффективности и социальной справедливости.

Одним из показателей приоритетности здравоохранения в государственной политике можно считать уровень заработной платы медицинских работников. Так, оплата труда врачей и медицинских сестёр в развитых странах мира незначительно уступает доходам населения в целом по всем видам экономической деятельности, а в Канаде и США несколько превышает данный показатель¹⁴³ (рис. 5.9.). Ситуация в России характери-

¹⁴³ Следует отметить, что высокий уровень заработной платы американских медиков определяется существенным развитием в США частного сектора здравоохранения.

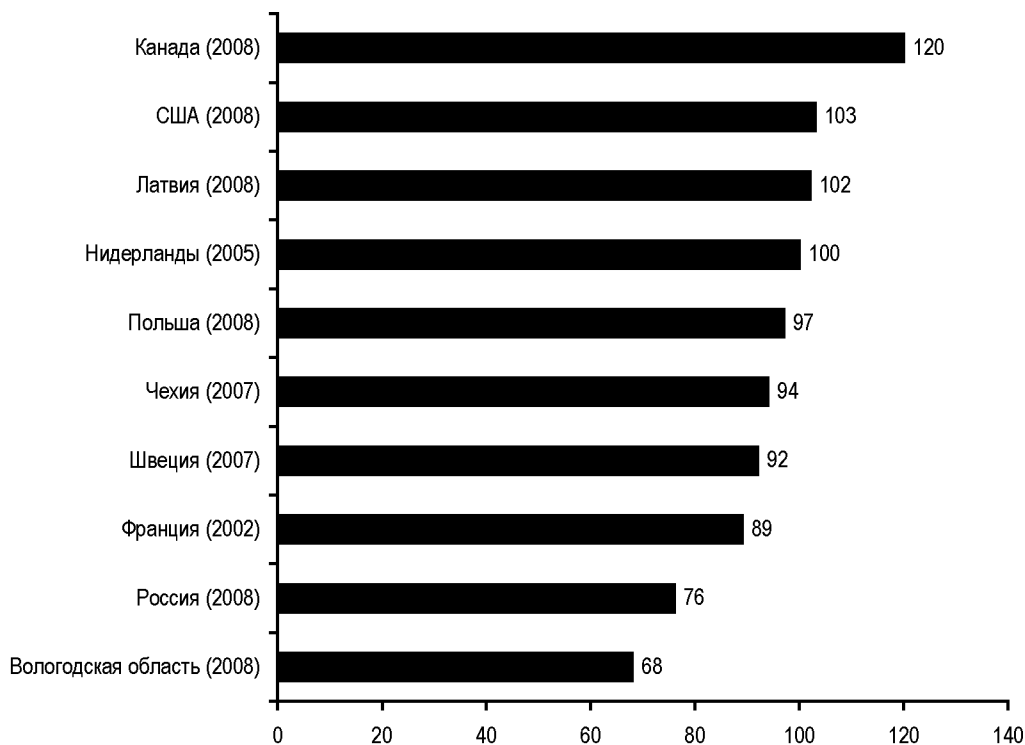


Рис. 5.9. Отношение средней заработной платы в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг к уровню средней по экономике в целом в некоторых странах мира, РФ и Вологодской области *, в %

* Рассчитано по: LABORSTA Internet [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://laborsta.ilo.org/STP/guest>.

зудется существенно бóльшим, чем в развитых странах и ряде постсоциалистических экономик мира, отставанием здравоохранения от прочих отраслей по уровню оплаты труда их работников. Хотя в течение десяти лет устойчивого экономического роста и произошло увеличение денежных доходов работников, занятых в сфере здравоохранения, размер их заработка до сих пор остаётся значительно ниже показателя оплаты труда по другим отраслям российской экономики (в 1998 г. этот показатель составил 68%, а в 2008 г. – 76%).

Одним из ключевых нововведений в рамках перехода российской социальной сферы к отраслевой системе оплаты труда было заявлено внедрение материальных стимулов к повышению

результативности медицинского обслуживания и снижению заболеваемости (размеры премий и надбавок решено устанавливать на региональном уровне), что имеет рациональную основу. Однако ориентация на результат и внедрение в практику медицинских учреждений системы материального поощрения врачей за более эффективную работу может быть оправданной только при установлении базового уровня заработной платы, близкого к среднему по всем видам экономической деятельности.

5.3. Особенности системы здравоохранения в России в контексте реструктуризации медицинской помощи

Низкая эффективность действующей в российском здравоохранении системы расходования общественных средств обусловлена глубокими структурными перекосами, сформировавшимися ещё во второй половине XX в. и обострившимися при рыночном реформировании.

Согласно статистическим данным ВОЗ, базовые показатели здравоохранения РФ (количество больниц, коек круглосуточного пребывания, койко-дней в относительном выражении, длительность госпитализации) значительно выше, чем в развитых странах. Если по уровню общей госпитализации Россия близка к некоторым развитым европейским странам (таким, как Германия и Норвегия), то продолжительность лечения в стационарных условиях, превышающая таковую как в развитых странах, так и в трансформационных экономиках, свидетельствует скорее о низкой эффективности медицинской помощи, нежели о более широком предоставлении её гражданам (*табл. 5.19*).

Сети ЛПУ на территории Вологодской области расположены некомпактно. Крупные узлы ЦРБ с избыточными коечными фондами сосредоточены в крупных районных центрах (Великий Устюг, Череповец, Тотьма), что приводит к увеличению коммунальных, капитальных и хозяйственных расходов, обуславливая неэффективность бюджетных затрат. Обеспеченность койками круглосуточного пребывания в Вологодской области

Таблица 5.19

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.	2005 г.	1996 г.	2000 г.	2005 г.
Швеция	18,02	15,87	15,6	7,5	6,8	6,3
Норвегия	15,55	16,77	19,46	8	7,8	7,6
Германия	22,06	23,5	22,6	12,9	11,4	10,2
Беларусь	24,87	29,26	28,1	15,4	13,9	11,8
Украина	20,26	19,41	21,61	16,8	14,9	13,5
Российская Федерация	20,66	21,95	22,2	16,9	15,5	13,8
ЕС (члены с 2004 или 2007 г.)	17,92	18,93	20,81	11,15	9,57	8,03
СНГ	18,95	19,01	19,82	16,42	14,77	12,98

Источник: Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>

Таблица 5.20

Обеспеченность койками круглосуточного пребывания населения РФ, СЗФО и Вологодской области (на 10 тыс. населения)

Год	1998 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Российская Федерация	137,5	115	114	113	112	113	111	109,2	94,9
Северо-Западный федеральный округ	134,2	112	112	111	110	108	109	107,1	92,6
Вологодская область	137,5	119	120	120	118	119	117	117,3	109,7

Источник: Российский статистический ежегодник. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 795 с.;
Здравоохранение в России. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 365 с.

превышает соответствующий показатель по СЗФО и России в целом (табл. 5.20).

Однако за период с 1998 по 2007 г. наблюдалось снижение показателя обеспеченности койками круглосуточного пребывания населения в РФ, СЗФО и Вологодской области, составившее соответственно 31, 31 и 20%, а в 2000 – 2007 гг. – 17,5, 17,3 и 7,8%¹⁴⁴.

¹⁴⁴ В то же время статистические данные по муниципальным образованиям Вологодской области свидетельствуют, что за период с 2000 по 2006 г. в 19 из 26 муниципальных образований имел место рост показателя обеспеченности населения койками (в расчёте на 10 тыс. человек), а в Череповецком районе коечный фонд увеличился почти в 2 раза.

Таблица 5.21

Количество коек по специализации в больницах Вологодской области

Специализация койки	1998 г.	2007 г.	Динамика, в %
Терапевтические	1588	1204	– 24
Психоневрологические	1790	1403	– 22
Хирургические	1278	936	– 27
Гинекологические	836	652	– 22
Общие	577	274	– 53
Туберкулёзные	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 2007 год. – Вологда: ДЗО, 2008.

Тот же процесс сокращения ёмкости больниц Вологодской области гораздо более показательно отражён в изменениях структуры коечных фондов по основным направлениям госпитализации и специализации коек. В течение межкризисного периода в больницах региона произошло сокращение коек по большинству направлений специализации, в т. ч. и по основным (общие, терапевтические, хирургические койки), однако началось оно в 1990-е гг. (табл. 5.21)¹⁴⁵.

Исключение из общего контекста составляют лишь онкологические койки, количество которых в больницах Вологодской области за рассматриваемое десятилетие несколько увеличилось (45%), что объясняется строительством новых современных специализированных медицинских учреждений.

¹⁴⁵ В постсоветский период в России и других республиках бывшего СССР также произошло закрытие множества больниц, преимущественно малых, и сокращение числа больничных коек. Однако причиной тому послужили не принятые решения правительств этих стран, а, условно выражаясь, обстоятельства непреодолимой силы: сокращение количества больничных учреждений (и параллельно – больничных коек) стало естественным результатом трансформационных процессов.

В то время как в региональном здравоохранении происходит общее сокращение коечных ёмкостей больниц, некоторые направления специализации коек остаются нетронутыми. Так, количество кардиологических коек сократилось за указанный период незначительно (около 4%), поскольку данное направление госпитализации было и остаётся одним из наиболее востребованных. Тот факт, что офтальмологические и туберкулезные койки также сохранились, объясняется спецификой созданной сети медицинских учреждений. Подобная ситуация характерна и для многих стран Восточной Европы и постсоветского пространства: системы здравоохранения здесь обладают обширной сетью специализированных (психиатрических, туберкулёзных, онкологических, дерматологических, венерологических, глазных и др.) больниц государственного, регионального и окружного уровней, построенных, как правило, в советский период¹⁴⁶. Кроме того, важным отличием российской системы здравоохранения от систем в других странах мира является организационное выделение медицинской помощи детям, предоставляемой в специальных детских больницах¹⁴⁷. Структура ныне действующего стационарного фонда складывается с доминированием таких направлений госпитализации, как терапевтическое, хирургическое, психиатрическое, неврологическое, несмотря на существенное снижение их количества в абсолютных показателях, произошедшее в конце 1990-х – начале 2000 гг.

Изменения, происходящие в региональном здравоохранении в рамках процесса его реформирования, затрагивают помимо коечных фондов и объёмы стационарной помощи (по случаям госпитализации и её срокам): сокращение уровня госпитализации и приведение его к общефедеральному нормативу в регионах

¹⁴⁶ Реформа больниц в новой Европе / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос, Р.Б. Солтман: пер. с англ. – М: Весь Мир, 2002. – 320 с.

¹⁴⁷ Шишкин С.В. Экономика социальной сферы. – М.: ГУ-ВШЭ, 2003. – С. 80.

Таблица 5.22

Оценка эффективности расходов здравоохранения на стационарную помощь населению Вологодской области в 2006 – 2009 гг. *

Показатели	Ед. изм.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.*
Фактическая средняя госпитализация на 100 чел.	Дней	25,3	25,1	22,5	22,0
Нормативное значение средней госпитализации	Дней	22,3	22,3	22,3	22,3
Стоимость лечения стационарного больного в день	Руб.	669,59	762,27	909,25	1030
Население области	Чел.	1231600	1222900	1213800	1205300
Неэффективные расходы	Тыс. руб.	24740,0	26101,0	2207,3	–
* Данные приводятся с 2006 года, когда соответствующее постановление вступило в силу; 2009 г. – плановые показатели.					

России, участвующих в реализации пилотного проекта, на сегодняшний день носит обязательный характер, будучи законодательно установленным¹⁴⁸.

Так, для более эффективного использования коечного фонда в Вологодской области планируется снизить уровень госпитализации до 22 случаев на 100 человек населения к 2009 г. Согласно проведённым расчётам¹⁴⁹ размер дополнительных (экономически нецелесообразных) расходов отрасли, понесённых по причине повышенного уровня госпитализации (в сравнении с принятым нормативом), в 2006 г. в масштабах области составил 24740 тыс. руб., в 2007 и 2008 гг. – 26101 и 2207,3 тыс. руб. соответственно (табл. 5.22).

Общее сокращение объёмов госпитализации с параллельным увеличением расходов на оказание медицинской помощи в стационаре приводит к повышению эффективности стационарной помощи, поскольку средства в этом случае не делокализуются, а концентрируются и используются целевым образом.

¹⁴⁸ См.: Методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Протокол № 1 от 18 июля 2007 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.primorsky.ru/files/5584.doc>.

¹⁴⁹ Там же.

Сокращение числа больничных коек должно происходить с открытием новых медицинских фондов, но уже по направлению меньшей интенсивности лечения и, следовательно, меньших затрат. Это организация хосписов, стационаров на дому, коек сестринского ухода. Их создание должно быть пропорционально мерам по ограничению стационарных фондов. В этом контексте чрезвычайно возрастает роль стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи, и в частности дневных стационаров, которые осуществляют компенсаторную функцию и тем самым снимают проблему перегруженности стационарных мощностей – переориентируют больных, не требующих стационарного лечения, на амбулаторно-поликлинический этап лечения.

В Положении об организации деятельности дневного стационара в лечебно-профилактических учреждениях сказано, что целью его работы является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышение экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации¹⁵⁰. Перспективным направлением развития практики стационарозамещающего лечения представляется и использование дневных стационаров в качестве звена, функционально замещающего второй этап стационарного лечения, когда потребность пациента в постоянном пребывании в стенах больничного учреждения существенно снижается или исключается совсем. Важнейшим позитивным эффектом подобного нововведения станет сокращение продолжительности лечения больного в условиях круглосуточного стационара до минимальной (в зависимости от клинического случая)

¹⁵⁰ Приказ Минздрава РФ от 09. 12. 1999 № 438 «Об организации деятельности дневного стационара в лечебно-профилактических учреждениях» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://zdrav.org/fordowns/PR-ORU-99-MZ438_DnevnStaz-01.txt

с переводом в амбулаторно-поликлиническое учреждение или дневное отделение стационара для восстановительной терапии.

Однако, как показывает анализ статистических данных, в России складывается заметная дифференциация регионов по показателям внедрения в практику здравоохранения мало-затратных форм медицинской помощи (*табл. 5.23*).

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 в регионе определяется также степенью распространённости услуг, оказываемых в стационарах на дому, и количеством высокотехнологичных операций, осуществляемых в специализированных центрах амбулаторной хирургии. По количеству оперативных вмешательств (116 в 2006 г.), проведённых в рамках двух действующих центров амбулаторной хирургии, Вологодская область уступает ряду других субъектов РФ, где количество подобных операций существенно выше (*табл. 5.24*). 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.

Из стационарозамещающих технологий на территории РФ и Вологодской области наиболее распространены дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях, которые в 2007 г. функционировали практически во всех муниципальных образованиях Вологодской области. Это является положительным моментом, поскольку, по свидетельствам экспертов, традиционная прерогатива стационара – интенсивный уход со сложными процедурами лечения, соблюдением круглосуточного вра-

Таблица 5.23

Показатели развития и функционирования дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях в регионах РФ в 2006 г.

Обеспеченность населения койко-местами в ДС при амбулаторно-поликлинических учреждениях, на 10 тыс. чел. населения			
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-Черкессия	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>			
Число больных, пролеченных в ДС при амбулаторно-поликлинических учреждениях, на 10 тыс. чел. населения			
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 РФ. – 2008. – №6. – С. 5.			

чебного наблюдения и других мероприятий, а сочетание коек дневного и круглосуточного пребывания в одном отделении может привести к нарушению санитарно-эпидемиологического режима¹⁵¹. В свете данной рекомендации следует выделить муниципальные районы, составившие исключение из общего

¹⁵¹ Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 г. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2005. – №6. – С. 23.

Таблица 5.24

Развитие стационарозамещающих технологий в регионах СЗФО
(данные 2006 г.)

Субъект РФ	Развитие стационарозамещающих технологий в амбулаторно-поликлинической службе и общей врачебной практике			Число действующих центров	Число оперативных вмешательств, выполненных во всех центрах амбулаторной хирургии
	дневного стационара	городского реабилитационного центра	стационара на дому		
Республики					
Карелия	+	+	+	1	51
Коми	+	+	+	-	Н. д.
Области					
Архангельская	+	-	+	8	3928
Вологодская	+	+	-	2	116
Калининградская	+	+	+	1	1332
Ленинградская	+	-	+	-	Н.д.
Мурманская	+	+	+	1	1076
Новгородская	+	+	-	-	Н.д.
Псковская	+	+	+	-	Н.д.
Источник: Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.healthreform.ru/					

правила: по данным 2007 г., в Бабушкинском, Верховажском, Вытегорском, Кичменгско-Городецком районах койки дневных стационаров были организованы при больничных учреждениях, что является нецелесообразным.

Однако политика реструктуризации не может быть эффективной без соответствующих изменений как в материальном оснащении ЛПУ, так и подготовке медицинских кадров. Очевидно, что применение новых технологий амбулаторной хирургии требует наличия самого современного оборудования и особой квалификации врачей. Тем более что в сложившихся условиях порядок направления и госпитализации в дневной стационар и режим его работы утверждаются руководителем лечебно-профилактического учреждения. Это требует высокого уровня профессиональной квалификации управленцев, что представляется крайне затруднительным в условиях объективного недостатка медицинской информации. Более того, отсутствие утверждённой

системы стандартов, которая содержала бы конкретные показания (и противопоказания) к направлению пациентов в ДС, является, на наш взгляд, 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. Набор исследований, посвящённых оценке экономической и медицинской эффективности альтернативных медицинских технологий и лекарственных препаратов (фармакоэкономический анализ), в отечественном здравоохранении крайне скуден, в то время как подобные разработки носят сугубо локальный характер, исключая возможности для заимствования научных результатов из зарубежных источников и перенесения их на российскую почву.

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 существующих масштабах развитие стационаро-замещающих технологий в ЛПУ области стало важным фактором повышения рациональности и эффективности отрасли и перспективным направлением развития здравоохранения.

Можно также с уверенностью утверждать, что сокращение стационарного сектора медицинской помощи откроет ранее латентную потребность населения в новых модификациях медицинской помощи, удовлетворяющих требованиям гибкости, доступности и близости к пациентам. Обращаясь к опыту западноевропейских стран, приведём пример Франции, где поиск механизмов пропорционального замещения сокращаемой стационарной помощи обнаружил потребность населения во внешних консультациях, получивших позднее широкое распространение¹⁵².

¹⁵² Моссэ Ф. Экономика больничной системы (сложная проблема привлечения к участию) // Управление здравоохранением. – 2004. – № 13. – С. 61.

Следует подчеркнуть, что сокращение ёмкости больниц не является самоцелью – речь в данном случае идёт о *реструктуризации* коечного фонда с сокращением тех направлений госпитализации, для которых оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара оказывается нецелесообразным не только с экономической, но и с медицинской точки зрения, причём этот процесс сопровождается пропорциональным развитием амбулаторных служб, включая и стационарозамещающие. Кроме того, представляется нецелесообразным ограничение объёмов госпитализации больных, поскольку повышение эффективности медицинской помощи должно проявляться не столько в ограничении доступа к лечению, сколько в сокращении сроков пребывания пациентов в стационаре, в том числе и за счёт распространения однодневных госпитализаций. Опыт стран Западной Европы и Северной Америки свидетельствует: проблема избыточного коечного фонда не может быть решена ни посредством простого сокращения ёмкостей больниц без их закрытия или перепрофилирования (поскольку значительная доля больничных расходов связана с эксплуатацией зданий и оборудования), ни путём простой ликвидации ряда учреждений, поскольку проблема качества для оставшихся ЛПУ (материальная обеспеченность, квалификация персонала и т. д.) в этом случае не будет решена¹⁵³. Не стоит также забывать о том, что 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.

Ж Ситуацию, сложившуюся в российском здравоохранении, сложно охарактеризовать однозначно. С одной стороны, властями активно предпринимаются попытки изменить положение дел в финансовом обеспечении, структуре здравоохранения,

¹⁵³ Реформа больниц в новой Европе / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос, Р.Б. Солтман. – М: Весь Мир, 2002. – С. 34.

повысить доступность и качество медицинских услуг, оказываемых гражданам (по крайней мере, об этом заявлено в официальных постановлениях). Впервые за долгие годы власти поставили вопрос об экономической эффективности здравоохранения и заговорили об острой необходимости применения методов экономической оценки на всех уровнях государственного управления. С другой стороны, всё чаще слышится критика проводимых преобразований как со стороны представителей экспертного сообщества, так и рядовых граждан. Последнее свидетельствует о противоречивом характере реформ, поскольку реструктуризация оборачивается ростом социальной напряжённости, а также об отсутствии налаженного диалога между властью и народом в разрешении важнейших проблем социальной сферы.

В настоящей главе затронуты вопросы управления, финансирования, структурной организации здравоохранения Вологодской области в контексте социально-экономического развития области и России в целом в период 1998 – 2008 гг.

В эти годы 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. был сделан существенный позитивный шаг в сторону признания приоритетности социальных целей политики государства – принятие бюджета развития, включая средства на реализацию приоритетных национальных проектов. Однако, стоит признать, принципиальных изменений в показателях доступности и качества медицинской помощи для населения, в особенности для наиболее социально уязвимых его слоев, в межкризисный период не произошло. Поэтому особое внимание здесь было уделено рассмотрению проблем, с которыми сталкивается простой житель области, обращаясь в медицинское учреждение по месту жительства, а также того вопроса, в какой степени влияют на доступность медицинской помощи для граждан изменения, происходящие в системе здравоохранения в ходе реализации заявленных реформ.

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. Среднестатистический пациент, не имея возможности расплатиться за медицинские услуги, по-прежнему вынужден мириться с негативным отношением персонала ЛПУ, терпеть многочасовые ожидания приёма в очередях, получать отказы в получении бесплатных лекарств и т.д. Реструктуризация медицинской помощи в Вологодской области, подкрепляемая теоретически верной идеей оптимизировать неэффективные сети ЛПУ, также оборачивается рядом негативных явлений, поскольку зачастую принимает односторонний характер: организация и внедрение компенсаторных механизмов отстаёт от проводимых в больницах сокращений коечного фонда. К примеру, одним из показателей эффективности здравоохранения в ходе преобразований в структурной организации отрасли был заявлен уровень госпитализации пациентов. Однако, апеллируя к опыту реструктуризации зарубежных стран, следует подчеркнуть, что он не является первоочередным, т. к. повышение эффективности медицинской помощи состоит не столько в ограничениях её доступности для граждан, сколько в сокращении сроков госпитализации (благодаря применению современных технологий) и использованию стационарозамещающих технологий для постгоспитальной реабилитации пациентов.

Нынешний кризис, имея финансовую природу и являясь беспрецедентным по своему охвату, затрагивает все категории населения, включая и тех, чьи доходы превышают средний уровень. Но в наибольшей степени его негативному влиянию подвержены менее обеспеченные граждане, имевшие невысокий достаток и в период экономического роста. Не вызывает сомнений то, что экономическая рецессия и вытекающие из неё социально-экономические проблемы (рост безработицы, общее падение уровня жизни и доходов населения) в конечном итоге повлияют на платёжеспособность людей, что в значительной степени

затруднит их возможность оплачивать медицинские услуги и, очевидно, приведёт 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, вызовет риск распространения хронических патологий, последствия которых будут ощущаться долгие годы и самими гражданами, и службами медицинской помощи.

В этих условиях встаёт вопрос о том, какие меры по стабилизации ситуации следует принять в условиях кризиса. Необходимо также определить, нуждается ли в корректировке курс на реструктуризацию здравоохранения хотя бы на период экономических невзгод. Организация стационарозамещающих технологий требует существенных расходов на приобретение дорогостоящего оборудования, переквалификацию кадров и т.д., что в условиях ограниченности бюджетных возможностей представляет затруднения. Однако верно и то, что оптимизация медицинской помощи, проводимая в настоящий момент, позволит повысить эффективность расходов на здравоохранение и избежать дополнительных затрат в перспективе.

То, в какой степени финансово-экономический кризис повлияет на функционирование системы здравоохранения и на здоровье населения, во многом зависит и от глубины докризисных ошибок. В этом смысле финансово-экономический кризис 2008 г. стал симптоматичным для РФ: он показал, что за годы благоприятной экономической конъюнктуры система эффективного управления здравоохранением не была создана – она оставалась непродуктивно децентрализованной. И хотя представители власти высшего уровня неоднократно заявляли о том, что социальные обязательства государства в кризисных условиях будут обеспечены в полном объёме, действительное положение дел позволяет оценивать данные гарантии как оторванные от реальной ситуации. Сложности с лекарственным обеспечением граждан, имевшие место и в благоприятные годы, особенно обострились в условиях девальвации национальной валюты, обнажив неэффективность системы планирования и распределения медикаментов в рамках общефедеральной системы и несостоятельность

рынка медицинских препаратов, ориентированного на импорт (не случайно о развитии отечественной фармацевтической промышленности сегодня говорят в контексте реализации антикризисных мер). Проведённые исследования свидетельствуют также о том, что по-прежнему не решённым остаётся вопрос о платности медицинской помощи. Отсутствие чёткой регламентации условий оказания медицинских услуг на коммерческой основе и неразвитость механизмов защиты прав пациента на получение бесплатной медицинской помощи в единстве составляют ключевой фактор ограничения доступности возможностей здравоохранения для жителей страны и региона.

В то же время следует подчеркнуть, что история современного российского здравоохранения слишком непродолжительна, чтобы ждать от него заметных результатов. Для создания систем здравоохранения развитым странам Европы потребовались многие десятилетия эволюционного развития, многие их организационные особенности и регулируемые связи являются результатом длительной адаптации к меняющимся условиям. Отечественное здравоохранение, в котором лишь в 1990-е гг. начали формироваться экономические отношения, при том что процесс перемен принял радикальный и поспешный характер, сегодня находится на раннем этапе своего становления. Но это не оправдывает просчётов на пути преобразований, а также нарушения прав граждан на получение необходимой медицинской помощи. 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 напряжённости. От продуманности современной государственной политики в сфере охраны общественного здоровья и от того, в какой мере при реализации социальных реформ будут учитываться интересы и мнения пациентов, зависит тот социально-экономический результат, который получит общество от системы здравоохранения через 10, 20, 100 и более лет.

Заключение

Современный этап радикальных экономических реформ сопровождается кардинальными преобразованиями социальной структуры российского общества, темпы социально-экономических преобразований сильно отличаются в различных регионах Российской Федерации. В обобщённом виде результаты нашего анализа социальных и экономических детерминант здоровья населения в регионе сводятся к следующему.

Наметившиеся с 2000 г. положительные изменения в трендах рождаемости и смертности являются отчасти следствием стабилизации социально-экономической ситуации в стране, активизации социальной политики государства, старта национального проекта «Здоровье». Главный фактор смертности – это уровень жизни и образ поведения населения. Основным источником её увеличения стало разрастание маргинальных слоев населения и повышение преимущественно в них рисков смертности от экзогенных и внешних причин (ДТП, убийства, самоубийства, отравления алкоголем, наркотиками и т.д.). Учитывая инерционность демографических процессов, можно заключить, что для стабилизации демографической ситуации необходима продолжительная целенаправленная работа, учитывающая особенности страны в целом и отдельных регионов, направленная на повышение уровня жизни населения и снижение его дифференциации.

Анализ показал, что во всех регионах России отмечается рост заболеваемости и инвалидизации населения, увеличивается заболеваемость социально обусловленными болезнями. Чтобы

остановить вымирание нации, нужна не только комплексная государственная программа, встроена в основное ядро политики долгосрочного развития страны, но и индивидуальные меры регулирования социальной сферы каждого конкретного региона. А численность, качество, показатели здоровья населения должны стать критерием оценки работы власти.

В межкризисный период (с 1998 по 2008 год) государство взяло курс на инвестиции в человека, определявший конкретные первоочередные шаги в сфере здравоохранения, образования, жилищной политики. С этой целью были разработаны стратегическое планирование в сфере здравоохранения, национальные проекты, областные целевые программы. Так, в Вологодской области реализация областных целевых программ по отрасли «здравоохранение» началась в 2001 г., когда финансировалось 9 программ, а в 2007 г. их было уже 15. Однако основные показатели, характеризующие здоровье населения, принципиально в лучшую сторону не изменились: снизилась младенческая смертность, но в целом увеличилась смертность среди всего населения, особенно в трудоспособном возрасте. Отмечен рост заболеваемости детского и взрослого населения. Ожидаемая продолжительность жизни значительно ниже показателей развитых стран. Как показывают результаты мониторинга, на территории Вологодской области широко распространены пограничные состояния психопатологий. Репродуктивное здоровье населения ухудшается, что требует серьезных финансовых затрат на лечение. Кроме того, как правило, дети нездоровых родителей рождаются ослабленными и нуждаются в дополнительном медицинском уходе. Это свидетельствует о недостаточности прилагаемых усилий. Выделяемые средства не позволяют изменить ситуацию в положительную сторону, что говорит либо о недостаточном количестве этих средств, либо о нецелевом их использовании. Несомненно, большую пользу в плане повышения репродуктивного здоровья и стабилизации демографической ситуации

приносит профилактическая работа, направленная на формирование ответственного отношения к своему здоровью и здоровью будущих детей.

Проведённые исследования показали, что весьма значительны масштабы экономического урона от заболеваемости, инвалидности и смертности, т.е. необходимы специальные медико-профилактические программы, направленные на снижение потерь здоровья, увеличение экономической отдачи от сохранения здоровья населения. Это становится особенно актуальным в условиях мирового финансово-экономического кризиса 2008 – 2009 гг., который поставил под угрозу достигнутые результаты по стабилизации общественного здоровья.

Обобщая результаты исследований, приведённые в данной книге, выделим ряд основных проблем, остро стоящих в современной России, от эффективности и своевременности решения которых будет зависеть в ближайшие годы и в долгосрочной перспективе состояние здоровья населения страны, её регионов и Вологодской области как одного из отдельных субъектов Федерации. Конкретизируя обозначенные проблемы в их частных проявлениях, сформулируем также основные практические ориентиры, задачи, комплексное решение которых позволит достичь стратегической цели – построения такой модели социально-экономической политики, которая соответствовала бы принципам экономической эффективности и социальной справедливости.

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 беспрецедентным для мирного времени уровнем смертности, в 1,5 – 2 раза превышающем аналогичный показатель в экономически развитых странах.

Естественная убыль населения, начавшаяся в Вологодской области в 1992 г. в русле общероссийских негативных демографических тенденций, привела к устойчивой депопуляции. Так, за период 1998 – 2007 гг. население региона сократилось на 9%. На территории Вологодской области и в целом по России сокращение численности населения произошло как из-за снижения рождаемости, так и за счёт увеличения смертности, причём её уровень в области на сегодняшний день превышает показатели по России и СЗФО. Общее число жителей области, ушедших из жизни в 2008 г., по сравнению с уровнем 1998 г. возросло на 13%, а среди населения в трудоспособном возрасте – на 15%. Каждый четвёртый из числа умерших в 2008 г. находился в трудоспособном возрасте. Важнейшее значение имеет уровень младенческой смертности, будучи одним из интегральных показателей развития общества в целом. В Вологодской области младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми) снизилась с 17 случаев в 1998 г. до 7,7 случая в 2008 г., но до сих пор её уровень в среднем в 2 раза превышает показатели развитых стран Европы.

– Низкий уровень ОПЖ при рождении

Обобщающим показателем, характеризующим уровень здоровья 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 ниже, чем в экономически развитых странах. Разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин в регионе равен 14 годам.

– Высокий уровень аборт

Высокий уровень абортов оказывает влияние на снижение репродуктивного здоровья женщин. В 2008 г. на каждые 100 родов в Вологодской области приходилось 113 абортов. Несмотря на снижение числа абортов с 68 на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста в 2000 г. до 50 в 2008 г., данный уровень в соответствии с классификацией ООН определяется как высокий.

– Уровень суицидов значительно превосходит предельно-критический уровень, определённый ВОЗ

Оценивая здоровье населения региона, нельзя не остановиться на показателе уровня самоубийств. Репрезентативность данного индикатора обуславливается тем, что суициды определяются целым комплексом факторов: социально-экономических, психологических, медицинских и т.д.

Уровень смертности среди жителей региона от самоубийств оставался значительно выше аналогичного показателя по России на протяжении всего последнего десятилетия. Значительное повышение суицидальной активности отмечалось в 1992-м 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 почти в 2,5 раза превышает предельно-критическое значение, установленное специалистами Всемирной организации здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения).

Выявленные проблемы актуализируют необходимость решения следующих задач:

- снижение детской смертности, особенно в сельских территориях;
- снижение смертности населения в трудоспособном возрасте;
- снижение инвалидизации населения;
- повышение социально-гигиенической грамотности населения.

2. Прогрессирующее социальное и материальное расслоение населения России.

– Существенная часть населения находится на грани бедности или за её чертой

Поскольку здоровье как отдельного человека, так и населения региона в целом невозможно рассматривать в отрыве от более

обширного и подробного анализа социально-экономических, политических и культурных обстоятельств, которые являются факторами, его определяющими, решение вопросов, связанных со здоровьем, не может пониматься иначе, чем в контексте политики общего социально-экономического развития территории. В связи с этим первоочередное внимание следует уделить проблемам 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 темпы изменения показателя за эти годы были ниже общероссийских. Кроме того, несмотря на позитивные тенденции, заметная доля населения Вологодской области и Российской Федерации до сих пор находится в состоянии бедности и нищеты, автоматически попадая в «группу риска» по состоянию здоровья. Социологические исследования ИСЭРТ РАН за 2009 г. показывают, что малообеспеченными (доходов хватает только для удовлетворения самых простых бытовых нужд) считают себя около половины жителей области, бедными (чьи доходы достаточны лишь для покупки еды) – 30% граждан, проживающих в районных центрах, 40% сельских жителей и 17% жителей городов. Наибольший уровень нищеты (существования 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, объединяющим характер питания, санитарно-гигиеническое благополучие, условия труда и отдыха и пр.

Например, по данным мониторинга психического здоровья населения Вологодской области, симптомы тревоги, депрессии

и невроза чаще встречаются среди малоимущих слоёв населения. Среди людей, характеризующих свой материальный достаток как высокий («богатые»), удельный вес тех, кто испытывает психологические проблемы, требующие, по их мнению, врачебного вмешательства, в два раза меньше, чем в когорте «бедных» и «нищих».

– Неравенство в условиях формирования здоровья, в том числе в качестве жилищных условий, 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, что зачастую препятствует получению хорошего образования и дохода, а также ограничивает возможности для социальной мобильности, не смогут обеспечить достойные условия жизни для собственных потомков.

Как было отмечено в главе 4 данной работы, комфортность жилищных условий оказывает существенное влияние на состояние здоровья, особенно в детском возрасте, определяя качество жизни. В частности, за рассматриваемый период показатели здоровья населения, проживающего в хороших условиях, улучшились, а в показателях здоровья тех, кто проживает в неблагоприятной коммунальной среде, отмечена тенденция к ухудшению. Между тем значительная доля граждан, проживающих на территории Вологодской области (около 44%), и сегодня недовольны условиями своего жилья; 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 применения межсекторального подхода в региональной политике.

– Неравенство в получении медицинских услуг, особенно в разрезе «город – село» и полярных доходных групп населения

Ситуация с доступностью медицинской помощью для населения, сложившаяся ныне в Вологодской области, характеризуется двумя основными негативными тенденциями:

- распространением и ростом неформальных платежей в муниципальных учреждениях здравоохранения;
- углубляющимся неравенством населения в возможностях получить качественную бесплатную медицинскую помощь в территориальном и имущественном аспектах.

Анализ деятельности учреждений здравоохранения позволил сделать вывод о том, что сельское население является дискриминируемым в отношении доступности медицинской помощи. Практика оптимизации сети медицинских учреждений в условиях села усугубляется сложностью попасть на приём к врачу, работающему в районном центре, из-за неразвитости транспортных связей и дорожной инфраструктуры. Кроме того, в муниципальных учреждениях здравоохранения широко распространены поборы с пациентов и коррупционные явления, что вступает в противоречие с государственными гарантиями оказания гражданам страны медицинских услуг на бесплатной основе.

Обращаясь к социологическим данным, отметим, что в 2008 г. при отсутствии официальных мест для госпитализации 40% респондентов, проживающих в районах и городах области, использовало «личные связи», около 20% обращались в вышестоящие органы и к руководству больниц и поликлиник, более 10% платили деньги за лечение минуя кассу медицинских учреждений. От медицинской помощи в силу её платности по-прежнему вынуждено отказываться около 40% населения.

Из поставленных проблем вытекает необходимость реализации следующих практических задач, многие из которых могут быть решены только на федеральном уровне:

- увеличение уровня прожиточного минимума;
- увеличение уровня оплаты труда;
- изменение перераспределительных отношений, в том числе налоговой политики;
- развитие транспортной инфраструктуры;
- развитие новых форм оказания качественной медицинской помощи жителям в сельской местности;
- улучшение благоустроенности и доступности жилья.

3. 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 всё 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 россиян находится на низком уровне, а многие государственные и муниципальные учреждения здравоохранения используют морально и физические устаревшее оборудование. В тех же случаях, когда медицинская техника поступает в поликлиники и больницы, она нередко 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 фельдшерско-акушерскими пунктами. Последние характеризуются чрезвычайно низким уровнем материально-технической оснащённости, обеспечения лекарствами и квалифицированными кадрами. Функции ФАП сводятся к оказанию неотложной помощи, прививанию населения от инфекционных заболеваний и пр., однако в последние годы и эти компетенции не реализуются должным образом, кроме того, продолжается процесс упразднения сельских медицинских учреждений. Так, за период с 2000 по 2008 г. в Вологодской области было закрыто 12% ФАП. 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.

В связи с актуальностью и остротой обозначенных проблем правомерно определить следующие направления их практического решения:

- развитие превентивной медицины;
- мотивация населения на здоровый образ жизни;
- развитие общеврачебной практики;
- развитие практик выездных амбулаторий;
- широкое внедрение высокотехнологичных методов оказания медицинской помощи;
- развитие физкультуры и спорта.

4. Низкий уровень медицинской активности и мотивации на здоровый образ жизни у большинства населения.

– Декларативный характер ответственности за своё здоровье

Несмотря на осознание личной ответственности за сохранение своего здоровья (77% жителей Вологодской области), она часто носит декларативный характер, о чём свидетельствуют характеристики образа жизни большинства жителей. Например, результаты исследования показали, что большинство населения знакомо с рекомендациями здорового питания, но не всегда соблюдает их. В то же время следует учитывать, что важной причиной неполноценности пищевого рациона в семьях являются низкие доходы.

– 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, чья профессиональная деятельность не связана с высокой физической активностью, не задаются вопросом о её компенсации при проведении свободного времени. Среди тех, кто занимается в основном сидячей работой, большая доля (60%) предпочитает пассивный отдых дома, спортом занимается лишь 7%.

– 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. Кроме того, медицинская активность родителей по мере взросления ребёнка падает. Многие родители неадекватно оценивают своё здоровье и здоровье детей, не видят необходимости в организации питания, консультациях у врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие у детей хронических заболеваний. Часто при возникших недомоганиях люди не обращаются к врачу, предпочитая самолечение.

– Широкая распространённость 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 ребёнка.

Продажа алкоголя увеличивается ежегодно; среди лиц, потребляющих алкоголь, все больше молодёжи. Для современной России характерно также потребление некачественных алкогольсодержащих напитков, самогона, даже технических жидкостей. Неразборчивость в потреблении алкоголя ведёт к высокой смертности от алкогольных отравлений, значительный всплеск которой произошёл в Вологодской области в 2005 г. (в связи с потреблением технических спиртов типа «Крепыш», находившихся в продаже в сети уличных киосков).

Представляется, что для привития здорового образа жизни гражданам важны:

- активная просветительная работа, направленная на повышение социально-гигиенической грамотности населения;
- расширение доступности и вовлечённости населения в занятия физкультурой и спортом;

– ужесточение контрольно-ограничительных мер в отношении потребления алкоголя и табака, особенно несовершеннолетними гражданами;

– создание зон отдыха, офисов и т.д. «свободных» от табака;

– распространение социальной рекламы здорового образа жизни, воспитание оптимистического, ответственного и созидательного отношения к жизни;

– активная позиция общественных институтов в отношении ориентации населения на здоровый образ жизни.

Но меры не должны быть односторонними – только просветительскими или запретительными. Необходимы взвешенные комплексные действия.

5. 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 объёме ВВП, произведённого 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. Недостаточная в сравнении с постиндустриальными обществами доля участия государства в оказании гражданам России медицинской помощи обусловила большую остроту, чем в развитых странах, проблемы участия населения в оплате медицинской помощи. 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 значения этого показателя варьируются 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, вносивших платежи в кассу медицинских учреждений, в 2008 г. составила 73%. Удельный вес граждан, осуществлявших неофициальную плату за медицинские услуги (лечащему врачу, среднему медперсоналу, руководителю лечебного учреждения, санитарке), в этом же году был менее заметным – 12%. Самыми распространёнными расходами являются приобретение лекарств для амбулаторного лечения и оплата лечебных процедур.

– Отсутствие утверждённых 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 имеющихся ресурсов здравоохранения;

– наличием противоречий в мнениях врачей по вопросу эффективности отдельных методов диагностики, лечения и профилактики.

Реформы управления здравоохранением и его финансирования, протекающие 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, поскольку, во-первых, получаемые таким образом 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 полученные в результате этих инвестиций позитивные сдвиги сложно также и потому, что демографическим процессам свойственны инертность и зависимость от целого ряда факторов, многие из которых лежат за пределами управленческой компетенции органов управления здравоохранением.

Меры по разрешению данных проблем, как нам представляется, могут сводиться к самым традиционным:

- увеличение государственных расходов на здравоохранение;
- разработка критериев эффективности использования средств, в том числе и тех, которые отражают социальную составляющую эффективности;
- повсеместное утверждение стандартов оказания медицинской помощи.

6. Отсутствие обоснованной и долговременной стратегии сохранения населения и его здоровья.

Все сформулированные проблемы и предлагаемые меры по устранению трудностей, связанных с деятельностью по улучшению

общественного здоровья населения и сложившимися в здравоохранении структурными диспропорциями, не могут рассматриваться и решаться отдельно друг от друга как в практике органов управления здравоохранением, так и других ведомств. Сегодня в России нет единой стратегии улучшения общественного здоровья и развития здравоохранения. Это порождает много проблем, в том числе:

- отсутствие чётких критериев эффективности национальных проектов;
- отсутствие ориентиров улучшения общественного здоровья;
- 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 её реализации. Обязательным должен быть мониторинг реализации стратегии. Участие населения и представителей экспертного сообщества в разработке стратегии сохранения здоровья населения и в оценке результатов её реализации представляется также очень важным.

В заключение отметим, что задачи по выходу из демографического кризиса и укреплению здоровья находятся в ведении многих служб и ведомств, которые будучи не в состоянии непосредственно предотвратить смертность и ухудшение здоровья населения 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 улучшение социально-экономических условий должно обеспечить достижение хорошего здоровья в равной степени для всего населения.

Приложение

Таблица 1

Смертность среди населения Вологодской области по основным классам причин смерти (на 1000 населения)

Показатели	Год										2007 г. к 1998 г., в %
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Всего умерших	14,4	15,8	15,7	17,1	18,0	19,8	19,1	18,8	17,1	15,9	110,4
В том числе по таким причинам, как:											
Болезни системы кровообращения	8,7	9,2	8,9	9,7	10,3	10,9	10,5	10,4	9,6	9,2	105,7
Новообразования	2,0	2,2	2,0	2,1	2,6	2,2	2,1	2,0	2,1	2,0	100,0
Несчастные случаи, отравления и травмы	1,8	2,2	2,3	2,7	2,0	3,0	3,0	3,0	2,3	2,0	111,1
Болезни органов пищеварения	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	1,0	1,2	1,3	1,0	0,9	300,0
Болезни органов дыхания	0,5	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	0,7	0,7	0,5	0,5	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	100,0
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ, иммунитета	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	100,0
Болезни нервной системы и органов чувств	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	100,0
Болезни мочеполовой системы	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	100,0
Врождённые аномалии	0,04	0,06	0,05	0,05	0,06	0,06	0,05	0,04	0,05	0,04	100,0
Психические расстройства	0,02	0,04	0,04	0,05	0,05	0,07	0,05	0,06	0,06	0,03	150,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,01	0,01	0,01	0,03	0,02	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02	200,0
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	0,002	0,005	0,003	0,005	0,006	0,003	0,005	0,001	0,002	0,002	100,0
Источник: Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2000; Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.											

Таблица 2

**Социальный портрет населения,
оценивающего собственное здоровье**

Параметры	Самооценка здоровья		
	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое
Пол			
Мужской	42,4	48,9	8,7
Женский	33,4	53,7	12,9
Возраст			
До 30 лет	63,0	34,3	2,7
30–55 (ж.), 30–60 (м.)	35,4	55,9	8,6
После 55 (ж.), 60 (м.)	16,1	59,9	24,0
Образование			
Начальное, нет образования	31,0	37,9	31,0
Среднее	34,7	54,3	10,9
Среднее специальное	35,8	52,4	11,8
Высшее	36,7	56,0	7,2
Семейное положение			
Состою в зарегистрированном либо гражданском браке	35,7	53,6	10,7
Не состою в браке	40,2	47,8	12,0
Где Вы работаете?			
На государственном предприятии (учреждении)	33,1	57,7	9,2
На частном предприятии по найму	53,4	42,2	4,4
Занимаюсь предпринимательской деятельностью	53,6	41,1	5,4
Не работаю	28,6	52,4	19,0
Другое	32,7	54,5	12,7
Где Вы живёте?			
В городе	38,9	51,2	10,0
В сельской местности	33,2	52,7	14,2
Ваше социальное положение			
Рабочий	41,9	50,3	7,8
Крестьянин	36,4	54,5	9,1
Инженерно-технический работник	60,7	37,7	1,6
Служащий (работник аппарата предприятия, учреждения)	36,1	55,2	8,7
Руководитель государственного предприятия	20,0	80,0	0,0
Интеллигент, не занятый на производстве (учитель, врач, научный работник, журналист и т.д.)	31,9	57,5	10,6
Предприниматель, имеющий своё дело	51,9	44,2	3,8
Студент	68,1	31,9	0,0
Пенсионер	14,8	57,8	27,4
Военнослужащий	33,3	44,4	22,2
Сотрудник органов охраны общественного порядка	40,7	59,3	0,0
Руководитель коммерческой структуры	50,0	50,0	0,0
Ответственный работник органов управления	60,0	40,0	0,0
Учащийся	60,0	40,0	0,0
Инвалид	0,0	53,8	46,2
Безработный	21,4	64,3	14,3
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.			

Таблица 3

**Заболеваемость населения Вологодской области
по основным группам болезней (на 1000 населения)**

Показатели	Год									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Общая заболеваемость	741,9	795,2	850,0	836,5	826,8	810,0	808,2	803,1	864,6	836,3
В том числе по группам болезней:										
Болезни органов дыхания	347,1	384,5	405,7	394,7	390,1	391,8	371,0	362,0	387,3	361,3
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	86,7	87,1	84,4	81,5	85,9	85,2	84,3	85,8	82,4	85,8
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	31,0	38,3	43,4	47,5	51,7	49,3	48,0	55,2	56,2	56,9
Болезни кожи и подкожной клетчатки	46,9	45,5	49,4	53,7	54,1	51,4	54,2	54,5	56,2	54,3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	44,3	50,0	54,6	49,0	47,7	42,1	41,3	40,7	43,2	41,2
Болезни мочеполовой системы	26,4	27,4	30,4	33,7	31,4	32,7	37,8	38,6	45,5	39,9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	33,0	31,7	33,0	33,9	33,7	33,5	34,3	33,1	36,9	39,8
Болезни системы кровообращения	15,2	17,3	18,4	19,3	20,9	18,7	20,0	20,6	25,6	29,3
Болезни органов пищеварения	22,9	23,7	24,8	24,5	23,7	23,9	24,5	23,4	25,5	25,5
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	8,4	10,4	9,9	8,6	8,8	8,7	10,2	9,8	13,8	12,5
Новообразования	6,9	6,8	7,6	7,7	7,3	7,4	7,9	7,6	9,1	8,7
Психические расстройства и расстройства поведения	8,1	7,7	8,3	6,2	6,5	7,3	7,1	7,1	8,3	6,9
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	5,2	5,3	5,6	5,3	5,3	4,9	5,0	5,2	6,2	6,5
Врождённые аномалии	2,4	2,8	2,2	1,9	1,8	1,5	1,7	2,3	1,7	1,7
Источник: Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.										

Таблица 4

**Проблемно-управленческая матрица по направлению
«Здоровье и демографическое развитие Вологодской области»**

Наименование показателя	Идея (концепт) решения	Организационно-управленческое решение
<p>I. Согласно результатам анализа состояния и развития демографической ситуации в регионе (рождаемости, смертности, половозрастной структуры населения, ожидаемой продолжительности жизни) в сопоставлении с динамикой аналогичных процессов на мировом, общероссийском и макрорегиональном (СЗФО) уровнях в 1998 – 2008 гг.</p>		
<p>1. Высокий уровень смертности мужского населения в трудоспособном возрасте</p>	<p>Комплексное воздействие на все основные причины избыточной смертности (тяжёлые и вредные условия труда, курение, пьянство, наркомания, преступность, нарушения ПДД) Восстановление системы всеобщей диспансеризации работающего населения Улучшение качества дорожных покрытий</p>	<p>Реализация ведомственной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии среди населения Вологодской области на 2009 – 2011 годы» Реализация долгосрочной целевой программы «Развитие и совершенствование сети автомобильных дорог общего пользования регионального значения Вологодской области на период 2009 – 2011 годов» Предусмотреть организацию системы всеобщей диспансеризации работающего населения в рамках действующих региональных программ Законодательное ограничение курения в общественных местах, создание рабочих зон (офисов, зданий и т.д.), где запрещено курение Запрещение рекламы (в том числе и косвенной) табачных изделий, пива и винно-водочных изделий. Увеличение акцизных сборов на табак и винно-водочные товары Приравнивание пива к алкогольным напиткам Ужесточение ответственности за нарушения трудовых прав, в том числе в сфере безопасности труда Ужесточение ответственности за нарушения правил дорожного движения</p>
<p>2. Уровень рождаемости в Вологодской области остаётся недостаточным даже для простого воспроизводства поколений</p>	<p>Формирование ориентации населения на многодетность Продолжение материального стимулирования рождаемости при рождении детей 2-ой и более очередности Создание благоприятных условий для воспитания детей</p>	<p>Реализация целевой программы «Демографическое развитие Вологодской области на 2009, 2010 гг.» Расширение опыта родовспоможения, ориентированного на участие семьи, и перинатальной помощи Создание региональной программы развития дошкольного образования</p>

<p>3. Ожидаемая продолжительность жизни населения Вологодской области ниже среднероссийского уровня и значительно ниже уровня развитых стран</p>	<p>Снижение уровня младенческой смертности, особенно в сельской местности Снижение уровня смертности трудоспособного населения Увеличение доступности и качества медицинской помощи (в плане ведения беременности и родовспоможения) для жителей сельской местности Развитие транспортной инфраструктуры</p>	<p>Реализация целевой программы «Демографическое развитие Вологодской области на 2009, 2010 гг.» Реализация «Плана Губернатора области на 2007 – 2012 годы» Реализация долгосрочной целевой программы «Развитие и совершенствование сети автомобильных дорог общего пользования регионального значения Вологодской области на период 2009-2011 годов» Формирование целевой региональной программы «сельский доктор» Мероприятия, приведённые в п. 1 данного раздела</p>
<p>II. Согласно результатам оценки динамики общественного здоровья населения Вологодской области в сопоставлении с динамикой аналогичных процессов на мировом, общероссийском и макрорегиональном (СЗФО) уровнях в 1998 – 2008 гг.</p>		
<p>1. Уровень здоровья сельского населения значительно ниже среднеобластного уровня</p>	<p>Улучшение качества предоставления первичной медико-санитарной помощи, занятий физической культурой и спортом Повышение уровня жизни населения в сельской местности Снижение алкоголизации сельского населения Снижение удельного веса населения, занятого тяжёлым физическим трудом (особенно женщин)</p>	<p>Реализация целевой программы «Социальное развитие села на 2009 – 2012 годы» (постановление Правительства области от 9 сентября 2008 г. № 1734 «О долгосрочной целевой программе «Социальное развитие села на 2009 – 2012 годы») Создание рабочих мест в сельской местности, в том числе развитие частного предпринимательства Формирование целевой региональной программы «Сельский доктор» Модернизация сельскохозяйственного производства</p>
<p>2. В Вологодской области сохраняется высокий уровень аборт, что снижает репродуктивное здоровье женщин детородного возраста</p>	<p>Повышение социально-гигиенической грамотности и сексуальной культуры населения</p>	<p>Расширение консультационных услуг по контрацепции как за счёт вовлечения медицинских работников, так и с помощью социальных служб Усиление контроля и учёта производства абортов в частном секторе медицины</p>
<p>3. В Вологодской области не сформирована андрологическая служба, что ведёт к снижению репродуктивного здоровья мужчин и развитию мужского бесплодия</p>	<p>Создание сети андрологических кабинетов в ЛПУ Вологодской области</p>	<p>Реализация целевой программы «Демографическое развитие Вологодской области на 2009, 2010 гг.» Разработка целевой региональной программы «Развитие андрологической службы в Вологодской области»</p>

<p>4. В Вологодской области отмечается высокий уровень заболеваемости беременных женщин анемией, что ведёт к рождению детей с низким потенциалом здоровья</p>	<p>Улучшение материального положения населения Вологодской области Содействие формированию оптимального рациона беременных женщин и кормящих матерей</p>	<p>Реализация целевой программы «Демографическое развитие Вологодской области на 2009, 2010 гг.» Реализация ведомственной целевой программы «Здоровое поколение на 2009 – 2011 годы» Выполнение постановления Правительства Вологодской области «О порядке обеспечения беременных женщин и кормящих матерей питанием и лекарственными средствами» от 3 апреля 2006 г. № 320 Реализация ведомственной целевой программы «Здоровое поколение на 2009 – 2011 годы»</p>
<p>5. Уровень суицидов в регионе выше среднероссийского и значительно превосходит предельно-критический уровень, определённый ВОЗ</p>	<p>Обобщение информации о социальном портрете суицидентов с целью более полного выявления факторов риска суицидального поведения населения Профилактика факторов суицидального риска (алкоголизм, наркомания, низкий уровень жизни, безработица и т.д.)</p>	<p>Реализация целевой программы «Демографическое развитие Вологодской области на 2009, 2010 гг.» Разработка целевой региональной программы «Профилактика суицидального поведения населения» Создание сети суицидологических кабинетов в ЛПУ области Создание единой информационной службы, систематизирующей качественные характеристики суицидентов</p>
<p>III. Согласно результатам анализа функционирования здравоохранения в Вологодской области в сопоставлении с динамикой аналогичных процессов на мировом, общероссийском уровнях в период с 1998 по 2008 г.</p>		
<p>1. Низкий уровень государственного финансирования отрасли здравоохранения</p>	<p>Доведение финансирования отрасли до уровня развитых стран мира</p>	<p>Расширение регионального финансирования отрасли здравоохранения Привлечение бизнес-сообщества к софинансированию отрасли</p>
<p>2. Для Вологодской области актуальна проблема неравенства населения в получении медицинских услуг, особенно в разрезе село/город, и полярных доходных групп населения</p>	<p>Повышение доступности и качества мед. услуг в равной степени для всего населения Развитие офисов врачей общей практики в сельской местности, с предусмотрением наличия лабораторий, а также возможностей регулярных выездов к пациентам Проведение активной политики привлечения молодых, грамотных специалистов для работы в сельской местности Развитие транспортной инфраструктуры</p>	<p>Реализация целевой программы «Социальное развитие села на 2009 – 2012 годы» (постановление Правительства Вологодской области от 9 сентября 2008 г. № 1734 «О долгосрочной целевой программе «Социальное развитие села на 2009 – 2012 годы») Формирование целевой региональной программы «Сельский доктор» Реализации программ по обеспечению молодых семей доступным жильём Расширение перечня медицинских услуг, входящих в Программу государственных гарантий оказания населению медицинской помощи, и полное её финансирование</p>

<p>3. Для здравоохранения в Вологодской области характерны низкая эффективность использования финансовых средств и структурный дисбаланс</p>	<p>Расширение профилактической направленности в оказании медицинских услуг Сокращение сроков госпитализации (благодаря применению современных технологий) Использование стационарозамещающих технологий для постгоспитальной реабилитации пациентов Поиск новых форм стационарозамещения в сельской местности Поиск путей оптимизации использования финансовых ресурсов в отрасли здравоохранения</p>	<p>Организация системы всеобщей диспансеризации работающего населения в рамках действующих региональных программ Реализация действующих и разработка новых ведомственных целевых программ по профилактике наиболее распространённых заболеваний Развитие стационарозамещающих технологий в городской и сельской местности Модернизация здравоохранения в рамках выполнения национального проекта «Здоровье» Проведение дополнительных научных исследований по оптимизации использования бюджетных средств в отрасли здравоохранения</p>
--	---	---

Литература

1. Амосов, Н.М. Раздумья о здоровье [Текст] / Н.М. Амосов. – М., 1979. – 112 с.
2. Андреев, Е.М. Вызов высокой смертности в России [Текст] / Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский // Народонаселение. – 2004. – №3. – С. 75.
3. Андрияшина, Е.В. Современные мониторинговые оценки динамики здоровья населения [Текст] / Е.В. Андрияшина // Реформы российского здравоохранения в условиях глобального экономического кризиса: бремя решений: сб. материалов круглого стола, 19 февраля 2009 г. / под ред. проф., д.э.н. А.Ю. Шевякова. – М.: ИСЭПН РАН, 2009. – С. 81.
4. Базелюк, Н.Н. Социально-философские аспекты валеологии и формирования здорового образа жизни [Текст] / Н.Н. Базелюк // Вестник МГТУ. – 2008. – Т. 11. – № 4. – 571 с.
5. Баранов, А.А. Здоровье детей России (состояние и проблемы) [Текст] / А.А. Баранов; под ред. акад. РАМН проф. А.А. Баранова. – М., 1999. – 273 с.
6. Брехман, И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека [Текст] / И.И. Брехман // Вопросы философии. – 1982. – №2. – С. 48.
7. Васильева, О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки [Текст] / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – М.: Академия, 2001. – 352 с.
8. Веселкова, И.Н. Особенности смертности населения в современной России [Текст] / И.Н. Веселкова, Е.В. Землянова // Народонаселение. – 2000. – №3. – С. 88-94.
9. Веселкова, И.Н. Экономические аспекты здоровья населения [Текст] / И.Н. Веселкова // Демография общества. – 1991. – № 4. – С. 145-153.
10. Голиков, Н.А. Валеологическое сопровождение детей в начальной школе [Текст] / Н.А. Голиков // Образование в Сибири. – Томск, 1998. – №1. – С. 9.
11. Государственная политика вывода России из демографического кризиса [Текст]: монография / В.И. Якунин, С.С. Сулакшин, В.Э. Багдасарян [и др.]; под общей ред. С.С. Сулакшина. – М.: Экономика, Научный эксперт, 2007. – 896 с.
12. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Вологодской области в 2007 году [Текст]. – Вологда: ДЗО, 2008. – 198 с.
13. Григорьева, Н.С. Гражданин и общество в контексте реформ здравоохранения [Текст] / Н.С. Григорьева // Управление здравоохранением. – 2004. – № 4. – С. 12.

14. Григорьев, Ф.Г. Актуальные вопросы функционирования здравоохранения в условиях рынка [Текст] / Ф.Г. Григорьев // Здравоохранение РФ. – 1993. – №6. – С. 2.
15. Гришина, Л.П. Тенденции первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации за 2001 – 2005 гг. [Текст] / Л.П. Гришина, В.П. Лунев, В.И. Байраков // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – №6. – С. 30.
16. Группа восьми в цифрах. 2009 [Текст]: стат. сборник / Росстат. – М., 2009. – 131 с.
17. Делоне, Н.Л. Адаптивные фенотипы человека в физиологии и медицине [Текст] / Н.Л. Делоне, В.Г. Солониченко // Успехи физиологических наук. – 1999. – Т. 30. – № 2. – С. 12.
18. Демографический понятийный словарь [Текст] / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – 342 с.
19. Демографический ежегодник России [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 557 с.
20. Дмитриева, Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы [Текст] / Е.В. Дмитриева. – М., 2002. – 224 с.
21. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года) / Министерство здравоохранения РФ. – М., 2003. – 96 с.
22. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе [Текст] / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2002. – 157 с.
23. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо [Текст] / Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.
24. Доклад о состоянии и охране окружающей среды Вологодской области в 2007 году [Текст] / Правительство Вологодской области, Департамент природных ресурсов и охраны окружающей среды Вологодской области. – Вологда, 2008. – 113 с.
25. Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях [Текст] / М.Д. Дуганов. – М.: ИЭПП, 2007. – 192 с.
26. Ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007 [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – 363 с.
27. Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 64 с.
28. Жолковская, Л.А. К проблеме изучения психологических аспектов тревожности студентов [Текст] / Л.А. Жолковская // Социально-психологические проблемы студенчества России на рубеже XXI века. – Сыктывкар, 1998. – С. 58.
29. Журавлева, И.В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения [Текст] / И.В. Журавлева // Россия: трансформирующееся общество. – М.: Канон-Пресс-Ц, 2001. – 509 с.

30. Заволотный, В.Г. Философские проблемы здоровья человека. Аристотелевские мотивы [Текст] / В.Г. Заволотный // Филос. исслед. – 1999. – №4. – 33 с.
31. Зверева, Н.В. Демография: современное состояние и перспективы развития [Текст] / Н.В. Зверева, А.Я. Кваша, В.И. Козлов. – М.: Высш. шк., 1997. – 271 с.
32. Здоровоохранение в России [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 1998. – 200 с.
33. Казначеев, В.П. Некоторые аспекты управления развитием здоровья [Текст] / В.П. Казначеев, Л.Г. Матрос // Методологические и философские проблемы биологии. – Новосибирск, 1981. – С. 115.
34. Калинина, Т.В. Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья [Текст] / Т.В. Калинина // Медицина. – 2008. – №4. – С. 3.
35. Калининская, А.А. Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности [Текст] / А.А. Калининская, А.Ф. Стукалов, Т.Т. Аликова // Здоровоохранение РФ. – 2008. – № 6. – С. 5.
36. Конституция Российской Федерации [Текст]. – М.: Юрайт, 2009. – 48 с.
37. Илларионов, Н.С. Новое качество социализма: оздоровление, гуманизация, демократизация [Текст] / Н.С. Илларионов // Социально-философские вопросы утверждения здорового образа жизни. – Кишенёв, 1990. – 120 с.
38. Лекарства, которые не лечат [Текст] // Аргументы и факты. – 2007. – №12. – 21 марта.
39. Лисицын, Ю.П. Тенденции общественного здоровья и задачи его изучения [Текст] / Ю.П. Лисицын, В.К. Овчаров // Вестник АМН СССР. – 1981. – №11. – С. 7.
40. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Ю.П. Лисицын. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.
41. Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2006 [Текст]: стат. мат. – М., 2007.
42. Мировая статистика здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2009. – 152 с.
43. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы [Текст] / Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин. – М.: Весь мир, 2002. – С. 57.
44. Моссэ, Ф. Экономика больничной системы (сложная проблема привлечения к участию) / Ф. Моссэ // Управление здравоохранением. – 2004. – №13. – С. 50.
45. Назарова, И.Б. О здоровье населения в современной России [Текст] / И.Б. Назарова // Социологические исследования. – 1998. – № 11. – С. 117.
46. Нарский, И.С. Артур Шопенгауэр [Текст]: избранные произведения / И.С. Нарский. – М., 1997. – 544 с.
47. Население и общество [Текст]: информ. бюллетень / Центр демографии и экологии человека; Ин-т народнохозяйственного прогнозирования РАН. – 1999. – № 38.

48. Насилие и его влияние на здоровье: доклад о ситуации в мире [Текст] / Женева: ВОЗ. – М.: Весь мир, 2003. – 349 с.
49. Новая парадигма развития России. Комплексные исследования проблем устойчивого развития [Текст] / под ред. В.А. Коптюга, В.М. Матросова, В.К. Левашова. – М.: Академия, 1999. – С. 121.
50. О реализации приоритетных национальных проектов [Текст]: сб. мат. / ТПП Информ. – М., 2006. – 81 с.
51. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2004, 2006, 2008 гг. [Текст]. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2003, 2005, 2007, 2008.
52. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2006, 2007, 2008 гг. [Текст] / Департамент здравоохранения Вологодской области. – Вологда, 2000; 2002; 2004; 2006; 2007; 2008; 2009.
53. Петленко, В.П. Этюды по валеологии. Здоровье как человеческая ценность [Текст] / В.П. Петленко, Д.Н. Давиденко. – СПб., 1999. – 120 с.
54. Практическая демография [Текст] / под ред. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2005. – 280 с.
55. Проблемы охраны здоровья детского населения России [Текст] / И.А. Потапов, В.Н. Ракитский, Н.И. Новичкова, Е.А. Романова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 3. – С. 3.
56. Прохоров, Б.Б. Здоровье россиян за 100 лет [Текст] / Б.Б. Прохоров // Человек. – 2002. – № 2, 3.
57. Прохоров, Б.Б. Кризисы общественного здоровья в России и СССР [Текст] / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова // Население России в XX веке. – М., 1998.
58. Прохоров, Б.Б. Оценка стоимости статистической жизни и экономического ущерба от потерь здоровья [Текст] / Б.Б. Прохоров, Д.И. Шмаков // Проблемы прогнозирования. – 2002. – №3. – С. 130.
59. Прохоров, Б.Б. Здоровье детей и загрязнение окружающей среды [Текст] / Б.Б. Прохоров // Проблемы прогнозирования. – 1997. – № 1. – С. 109.
60. Прохоров, Б.Б. Общественное здоровье и экономика [Текст] / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 288 с.
61. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 991 с.
62. Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2004 – 2007. – 215 с.
63. Реформа больниц в новой Европе [Текст]: пер. с англ. / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос, Р.Б. Солтман. – М.: Весь мир, 2002. – 320 с.
64. Римашевская, Н.М. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» [Текст] / Н.М. Римашевская; под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Изд-во ИСЭПН, 2001. – 320 с.

65. Римашевская, Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России [Текст] / Н.М. Римашевская // Вестник Российской академии наук. – 2004. – Т. 74. – № 3. – С. 209.
66. Римашевская, Н.М. Человеческий потенциал России и проблемы «сбережения населения» [Текст] / Н.М. Римашевская // Российский экономический журнал. – 2004. – №9 – 10. – С. 22.
67. Российский статистический ежегодник. 1995 – 2007 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 819 с.
68. Российский статистический ежегодник. 2005: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 819 с.
69. Сабилов, З.Ф. Роль загрязнений атмосферного воздуха в формировании аллергической патологии у детей [Текст] / З.Ф. Сабилов // Гигиена и санитария. – 1999. – №6. – С. 2.
70. Сбережение народа [Текст] / под ред. Н.М. Римашевской; Ин-т соц.-экон. проблем народонаселения РАН. – М.: Наука, 2007. – 326 с.
71. Семенова, В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России [Текст] / В.Г. Семенова. – М.: ЦСП, 2005. – 235 с.
72. Социальная гигиена и организация здравоохранения [Текст] / под ред. А.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. – М.: Медицина, 1984. – 630 с.
73. Социально-демографическая безопасность России [Текст] / под ред. В.А. Черешнева, А.И. Татаркина. – Екатеринбург: Ин-т экономики УрО РАН, 2008. – 864 с.
74. Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 году [Текст]. – М., 2008.
75. Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребёнка в 2007 году. – М., 2008.
76. Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия [Текст] / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2005. – С. 273.
77. Статистический ежегодник Вологодской области [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 399 с.
78. Степанов, А.Д. О значении и принципах подхода к определению понятий «здоровье» и «болезнь» [Текст] / А.Д. Степанов // Здравоохранение Российской Федерации. – 1985. – № 10. – С. 16.
79. Степанова, С.М. Заболеваемость детей в зависимости от массы тела при рождении [Текст] / С.М. Степанова // Советское здравоохранение. – 1985. – №7. – С. 23.
80. Стеффен, М. Французская система здравоохранения: история создания нетипичной институциональной организации [Текст] / М. Стеффен // Управление здравоохранением. – 2004. – №13. – С. 28.
81. Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы» [Текст]. – Вологда, 2002. – 100 с.

82. Тарлло, В.Л. Геноеографические параметры здоровья населения [Текст] / В.Л. Тарлло // Вестник научных исследований. – 1997. – № 2-3.
83. Реформа больниц в новой Европе [Текст]: пер. с англ. / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос, Р.Б. Солтман. – М: Весь мир, 2002. – 320 с.
84. Чубарова, Т.В. Проблемы реформы здравоохранения в России: бюджетная и страховая медицина? [Текст] / Т.В. Чубарова // Управление здравоохранением. – 2004. – №13. – С. 100.
85. Шматова, Ю.Е. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы [Текст] / Ю.Е. Шматова, О.И. Фалалеева, К.А. Гулин. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 186 с.
86. Щепин, О.П. Медицина и общество [Текст] / О.П. Щепин, Г.И. Царегородцев, В.Г. Ерохин. – М., 1983. – 221 с.
87. Экономическое управление здравоохранением [Текст]: учебник / Л.Ю. Трушкина, Р.А. Тлепцеришев [и др.]. – 5-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д.: Феникс, 2007. – 501 с.
88. Юдин, Б.Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания [Текст] / Б.Г. Юдин // Философия здоровья. – М.: ИФ РАН, 2001. – 242 с.
89. Юрьев, В.К. Здоровье населения и методы его изучения [Текст]: учеб. пособие / В.К. Юрьев. – СПб., 1993. – 144 с.
90. Health in Europe. Data 1998 – 2003 [Text] / Luxembourg: Offise for Official Publications of the European Communities, 2005.
91. Kernick, D. Getting health economics into practice [Text] / D. Kernick. – UK. TJ International Ltd, Padstow, Cornwall, 2002. – Pp. 44.
92. Liamputtong, P. Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women in northern Thailand [Text] / P. Liamputtong // Health Care for Women International. – 2004. – № 25. – С. 454-480.
93. Omran, A.R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change [Text] / A.R. Omran // Milbank Memorial Fund Quarterly. – 1971. – №49. – Pp. 509-538.
94. Starfield, B. Primary care. Balancing health needs, services and technology [Text] / B. Starfield. – New York, Oxford University Press, 1998.
95. The World Health Report, 2008. Primary Health care. Now more than ever. [Text]. – Geneva: WHO, 2008. – С. 15.
96. Аганбегян, А.Г. России нужно 6% экономического роста [Электронный ресурс] / А.Г. Аганбегян. – Режим доступа: <http://www.megansk.ru/partanalitics/1182749951>
97. Баксанский, О.Е. Философия здоровья [Электронный ресурс] / О.Е. Баксанский, И.К. Лисеев // Библиотека «Полка букиниста». – Режим доступа: http://society.polbu.ru/baksansky_healthphilo/ch06_i.html
98. Медведев, Д. Россия, вперёд! [Электронный ресурс] / Д. Медведев. – 10 сентября 2009 года, 12:00 – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/news/5413>

99. Демографический кризис: механизмы преодоления [Электронный ресурс]: материалы круглого стола. – Режим доступа: http://www.chelt.ru/2001/4/dem_4.html
100. Джадан, И. Страна неоправданного пессимизма [Электронный ресурс] / И. Джадан. – Режим доступа: <http://www.apn.ru/publications/print1739.htm>
101. Здоровье для всех: Европейская база данных [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who/int/hfadb>
102. Информационно-аналитический бюллетень [Электронный ресурс] / Ин-т социологии РАН. – 2008. – № 1. – Режим доступа: www.isras.ru
103. Информационные бюллетени Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом за 1994 – 2008 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.hivrussia.ru/stat/2008.shtml>
104. Манушарова, Р.А. Бесплодный брак – когда «виноват» мужчина [Электронный ресурс] / Р.А. Манушарова // Диабет – образ жизни: электронный журнал кафедры эндокринологии и диабетологии ГОУ ДПО РМАПО Росздрава. – Режим доступа: <http://www.endocrin.ru/art.php?id=254&m=2&y=5>
105. Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med74.ru>
106. Наши дети [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.nashi-deti.ru/>
107. Орлова, И.Б. Смертность в современной России: характер и особенности [Электронный ресурс] / И.Б. Орлова. – Режим доступа: <http://www.ispr.ru/BIBLIO/JURNAL/Science/jurnal109.html>
108. Охрана психического здоровья [Электронный ресурс]: материалы Европейской конф. ВОЗ на уровне министров, г. Копенгаген, 8 октября 2004 г. // Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/04. – Режим доступа: <http://www.med.by/who/2004/pr15.htm>
109. Приоритетные национальные проекты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rost.ru/main/what/02/02.shtml>
110. Приоритетные национальные проекты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rost.ru/main/what/02/02.shtml>
111. Прохоров, Б. Кризисы общественного здоровья в России в XX веке [Электронный ресурс] / Б. Прохоров, И. Горшкова. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/popul/popul18.html>
112. Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья [Электронный ресурс] / Российская академия медицинских наук; ГУ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья, ВОЗ, Европейское региональное бюро. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/Document/WA9502003EU_R.pdf
113. РБКDaily. Информационный ресурс. Подделка лекарств угрожает здоровью россиян [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rbcdaily.ru/2008/06/09/focus/351123>

114. Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ [Электронный ресурс]: база данных. – Режим доступа: <http://www.healthreform.ru/>
115. Римашевская, Н.М. Детство в России. Проблем все больше, а ребят все меньше [Электронный ресурс] / Н.М. Римашевская. – Режим доступа: www.ug.ru/issue/?action=topic&t
116. Российский статистический ежегодник, 2008 г. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru
117. Русский архипелаг [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.archipelag.ru/glossary/epidemperehod/>
118. Семья в России – 2008 г. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru
119. Трагакес, Э. Системы здравоохранения: время перемен [Электронный ресурс] / Э. Трагакес, С. Лессов. – Режим доступа: <http://www.publichealth.ru/docs.php?view=220>
120. Университетская информационная система России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.budgetrf.ru/>
121. Уход за здоровым и больным ребёнком. Детские болезни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://health.rin.ru/uni/text/pages/1663.html>
122. Чен, М. Воздействие глобальных кризисов на здоровье: деньги, погода и микробы [Электронный ресурс] / М. Чен // Официальный сайт ВОЗ. – Режим доступа: http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/ru/index.html
123. Чуприков, А.П. Все темней и темней в бесконечном тоннеле [Электронный ресурс] / А.П. Чуприков // Зеркало недели. – 1996. – № 47 (112). – 23-29 ноября. – Режим доступа: <http://www.zn.ua/3000/3450/8904/>
124. Швецова, В.Н. Питание обучающихся как необходимое условие формирования здоровья [Электронный ресурс] / В.Н. Швецова. – Режим доступа: <http://kavp2006.khb.ru/download.php?id=99>
125. LABORSTA Internet [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://laborsta.ilo.org/STP/guest>
126. The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation [Электронный ресурс]. – С. 17. – Режим доступа: http://www.who.int/topics/financial_crisis/financialcrisis_report_200902.pdf
127. World Development Indicators database [Электронный ресурс]. – World Bank. – October, 7, 2009. – Режим доступа: <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>

Оглавление

<i>К читателям</i>	3
<i>Предисловие</i>	5
Глава 1. Концептуальные основы общественного здоровья	10
1.1. Общественное здоровье и его измерение	10
1.2. Исторические аспекты развития общественного здоровья	25
Глава 2. Анализ общественного здоровья на макроуровне	41
2.1. Мировые тенденции в общественном здоровье и организации здравоохранения	41
2.2. Общественное здоровье населения России: основные проблемы	53
Глава 3. Здоровье населения региона (на примере Вологодской области)	71
3.1. Физическое здоровье населения	72
3.2. Психическое здоровье населения	90
3.3. Репродуктивное здоровье населения	102
3.4. Здоровье детского населения	112
3.5. Экономический ущерб от потерь здоровья населения	125
Глава 4. Факторы, влияющие на общественное здоровье	132
4.1. Экономические факторы	132
4.2. Социально-психологические факторы	158
4.3. Социально-гигиенические факторы	173
Глава 5. Состояние и проблемы развития регионального здравоохранения	184
5.1. Доступность медицинской помощи для населения	184
5.2. Финансирование здравоохранения	219
5.3. Особенности системы здравоохранения в России в контексте реструктуризации медицинской помощи	236
<i>Заключение</i>	251
<i>Приложение</i>	267
<i>Литература</i>	275

Научное издание

Шабунова Александра Анатольевна
Калашников Константин Николаевич
Калачикова Ольга Николаевна

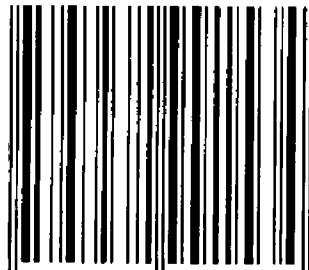
Общественное здоровье и здравоохранение территорий

Редакционная подготовка	Л.Н. Воронина
Технический редактор	А.А. Воробьева
Вёрстка	А.А. Воробьева Е.С. Нефедова
Корректор	Л.В. Зарубалова

Подписано в печать 15.01.2010.
Формат бумаги 70×108/16. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 19,35. Печ. л. 17,75. Тираж 200 экз. Заказ № 139.

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 978-5-93299-153-4



9 785932 991534