

*На правах рукописи*



ШАБУНОВА АЛЕКСАНДРА АНАТОЛЬЕВНА

**ОБЩЕСТВЕННОЕ И ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ  
В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА**

Специальность 08.00.05 – «Экономика и управление народным хозяйством»

Специализация: «Экономика народонаселения и демография»

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора экономических наук

Москва  
2011

Работа выполнена в Учреждении Российской академии наук  
Институте социально-экономических проблем  
народонаселения РАН

**Научный консультант:** доктор экономических наук, профессор, член-корреспондент Российской академии наук  
Римашевская Наталья Михайловна

**Официальные оппоненты:**

доктор экономических наук,  
профессор, ведущий научный  
сотрудник Института  
социально-экономических проблем  
народонаселения Российской  
академии наук

– Доброхлеб Валентина Григорьевна

доктор экономических наук,  
профессор кафедры народонаселения  
экономического факультета  
МГУ им. М.В. Ломоносова

– Зверева Наталия Викторовна

доктор экономических наук,  
профессор, главный научный сотрудник  
Института социально-  
политических исследований  
Российской академии наук

– Рогачев Сергей Владимирович

**Ведущая организация:** Российская медицинская академия последипломного образования

Защита состоится «12» апреля 2011 года в 13 часов на заседании Диссертационного совета Д 002.091.01 в Институте социально-экономических проблем народонаселения РАН по адресу: 117218, Москва, Нахимовский пр., д. 32, ИСЭПН РАН, ауд. 906.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института социально-экономических проблем народонаселения РАН.

Автореферат разослан « 7 » МАРТА 2011 г.

Ученый секретарь  
Диссертационного совета Д 002.091.01,  
кандидат экономических наук



Е.В. Жилинский

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертационного исследования** обусловлена возрастающей ролью здоровья в экономико-демографическом развитии страны, отсутствием комплексных взаимосвязанных исследований индивидуального и общественного здоровья. Для России в конце XX – начале XXI века характерна убыль населения и ухудшение показателей здоровья. За период 1992 – 2009 гг. естественная убыль составила 13 млн. человек. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни снизилась с 69,19 в 1990 г. до 64,9 года в 2003 г., с увеличением в последующий период (2009 г. – 68,7 года). Разрыв в показателях продолжительности предстоящей жизни женщин и мужчин составляет 13 лет. В трудоспособном возрасте умирает каждый десятый мужчина. Большинство смертей обусловлено низким состоянием здоровья, поэтому улучшение демографической динамики невозможно без всемерного повышения качества населения. Без знания динамики факторов и механизмов формирования здоровья, лежащих в основе управления медико-демографическими процессами в обществе, невозможно принятие эффективных решений.

Значимость здоровья не ограничивается лишь его демографической ролью – снижением числа умерших и неродившихся<sup>1</sup>. Здоровье – это важнейшая характеристика человеческого и трудового потенциала, человеческого капитала и качества жизни, что определяет его экономическую суть. Экспертами ВОЗ доказано, что «улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведет к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта»<sup>2</sup>.

По мере развития человеческой цивилизации усиливается взаимозависимость общества и индивида, что, разумеется, относится и к здоровью. Реализация населением общественных интересов, выполнение социальных задач во многом определяется состоянием индивидуального здоровья. В свою очередь, здоровье индивидов зависит от состояния самого общества. Подобная взаимосвязь обуславливает понимание здоровья как социального, а не только биологического феномена и определяет важность заботы государства и общества об его улучшении.

Особенности здоровья как социально-экономической категории состоит в том, что оно, прежде всего, относится к индивиду, к личности. Его исходной характеристикой является личностная сущность, измеряемая на микроуровне, а обществен-

<sup>1</sup> Римапшевская Н.М. Радикальное изменение негативного тренда здоровья в России // *Народонаселение*. – 2010. – №1 (январь-март). – С. 4-10.

<sup>2</sup> Alsan M., Bloom D.E., Canning D. The effect of population health on foreign direct investment. – Cambridge: national bureau of economic research – NBER, 2004. – 25 p.

ное (популяционное) здоровье оказывается интегрированной оценкой индивидуальных индикаторов. Изучение общественного и индивидуального здоровья в их органической взаимосвязи с использованием специального инструментария должно базироваться на локальных исследованиях, относящихся к некоторой территории, хорошо представляющей страну. При этом следует учитывать, что по своему характеру макропоказатели здоровья, как некоторые обобщения региональных – часто обладают низкой репрезентативностью.

Приоритетность здоровья предполагает всестороннее изучение, понимание причин и факторов его изменения. Многогранность и объемный характер самого феномена здоровья, необходимость его рассмотрения, по крайней мере, на двух уровнях – популяционное (страновое и пространственное) и индивидуальное – требует системного подхода и интерпретации. Комплексное рассмотрение проблем здоровья достигается в исследованиях, охватывающих совокупность изменений индивидуального здоровья конкретных людей и общественного здоровья в их взаимосвязи. Поскольку формирование здоровья представляет собой замкнутый цикл «здоровые родители – здоровый ребенок – здоровый подросток – здоровый родитель», в рамках которого здоровье детей становится важнейшей составляющей, особую актуальность приобретают исследования, включающие наряду с основными компонентами репродуктивную составляющую и репродуктивный потенциал, индикатором которого является здоровье детей. Его изучение наиболее эффективно на основе системных мониторинговых наблюдений.

Здоровье населения – показатель изменений, происходящих в обществе, определяющем среду его формирования. В связи с этим правомерна гипотеза о том, что общественное и индивидуальное здоровье в благоприятный период развития государства также будут иметь положительные тренды. Это актуализирует исследование тенденций, происходящих прежде всего, в период экономического оживления, которые помогут понять и улучшить ситуацию.

**Степень научной разработанности проблемы.** Теоретико-методологические основы заложены в трудах зарубежных ученых: G. Becker, J. Coleman. Здоровье как философскую, социально-психологическую и гуманитарную проблему самоорганизации человека исследовали В. Димов, Д. Дубровский, В. Жирнов, Р. Карпинская, С. Никольский, В. Розин, Б. Юдин.

Вопросы изменения основных демографических характеристик населения России – рождаемости, смертности, продолжительности жизни – отражены в работах А. Антонова, В. Архангельского, А. Боярского, Д. Валентея, И. Веселковой, Н. Зверевой, А. Ивановой, А. Кваши, В. Медкова, Л. Рыбаковского, С. Семеновой.

Проблемы социально-демографического содержания, социологии семьи, социальной политики освещены в трудах Е. Андриюшиной, А. Антонова, В. Бочаровой, Е. Бреевой, В. Жукова, Н. Зверевой, И. Ильинского, В. Лукова, Н. Римапшевской, Л. Храпылиной.

Здоровье детей и методы его изучения исследовали Е. Андриюшина, А. Баранов, Г. Вельтищев, И. Веселкова, Е. Бреева, С. Громбарх, И. Журавлева, О. Кислицина, Ю. Лисицин, В. Родионов, Г. Онищенко. Важные данные о здоровье и развитии детей получены учеными Центра лонгитюдных исследований Института образования Лондонского университета на основе мульти-дисциплинарного мониторинга людей, родившихся в Англии, Шотландии и Уэльсе в течении одной недели марта 1958 года (НИРД, 1958 г.). По предложению профессора Н. Римапшевской и под ее руководством в середине 90-х годов были начаты аналогичные исследования в Вологодской области.

Н. Римапшевская и другие, отмечая неблагоприятные тенденции в состоянии новорожденных, подчеркивают, что «здоровье детей жестко коррелирует со здоровьем матерей»<sup>3</sup>. Значимость поведения матери для формирования здоровья детей доказали в своих работах R. Mark, T. Rosenzweig, Paul Schultz.

Изменения репродуктивного здоровья и репродуктивного потенциала освещены в работах Е. Андриюшиной, С. Баранова, Г. Бурдули, И. Катковой, Н. Русановой, В. Шапкайца, О. Фроловой. О влиянии экономических факторов на демографическое поведение населения писали J. Dorbritz, Ch. Hohn, Naderi R. M. Sonmezer, K. Oktay.

Изучению психического здоровья населения посвящены труды А. Амбрумовой, Ю. Бойко, А. Ивановой, Б. Положего, Г. Старшенбаума, Т. Дмитриевой. Вопросы, связанные с социально-экономическими аспектами здоровья населения, рассмотрены в исследованиях Е. Андриюшиной, Е. Бреевой, И. Катковой, Л. Кольбе, И. Корховой, О. Кислициной, И. Назаровой, Ж. Пиаже, Б. Прохорова, Н. Римапшевской, Е. Рыбинского, С. Семеновой, Г. Царегородцева. На наличие взаимосвязи социально-экономического положения индивида и здоровья указывали M. Calnan; Freund P. E. S., M. McGuire, P. Bourdieu.

На значимость социальной и материальной дифференциации населения в вопросах получения своевременной и качественной медицинской помощи указывали М. Можина, Л. Овчарова, О. Кислицина, Н. Римапшевская, М. Токсанбаева, А. Шевяков.

<sup>3</sup> Римапшевская Н.М., Андриюшина Е.В. Комплексная оценка здоровья детей первых лет жизни // Народонаселение. – 1999. – №3. – С. 49-58.

Е. Балласва, В. Доброхлеб, Н. Римашевская, Т. Чубарова, анализируя гендерные аспекты здоровья и здравоохранения, отмечают снижение доступности медицинских услуг для женщин в связи с низкими доходами. Концептуальные основы влияния образа жизни индивидов на здоровье изложены в трудах Е. Кудрявцевой, Ю. Лисицина, И. Назаровой, С. Томилина.

Роли здравоохранения в сохранении общественного здоровья посвящены работы О. Беклемишевой, Л. Бокерии, Н. Григорьевой, Ю. Лисицина, Б. Райзберга, Т. Чубаровой, С. Шишкина. Вопросы трансформации российского общества, социальной политики и социально-экономической адаптации населения, проблемы «качества населения» исследованы в трудах Е. Авраамовой, Е. Бреевой, И. Веселковой, Т. Заславской, В. Ильина, И. Катковой, Д. Львова, М. Можинной, Н. Марковой, И. Назаровой, Н. Римашевской, С. Рогачева, Н. Русановой, Т. Федоровой, Л. Храпылиной.

Проблемы эффективности инвестиций в здоровье рассматривались экспертами Всемирной организации здравоохранения: М. Suhrcke, М. McKee, L. Rocco, M. Alsan, D.E. Bloom, D. Canning.

Эти работы послужили основой для комплексного изучения общественного и индивидуального здоровья населения, позволив выявить основные аспекты в рамках каждого из обозначенных научных направлений. Однако работ социально-экономической направленности обобщающего, комплексного характера по исследованию общественного и индивидуального здоровья, охватывающих подробное изучение его отдельных компонент, фактически отсутствуют, что и предопределило выбор темы исследования.

**Цель исследования** – оценить ресурс и тенденции изменения общественного и индивидуального здоровья в качестве важного компонента человеческого потенциала и капитала, выявив широкий спектр влияющих на него факторов объективного и субъективного свойства.

В соответствии с указанной целью сформулированы следующие **задачи**:

- показать социально-экономическую природу общественного здоровья и его взаимосвязь с экономическим развитием;
- исследовать тенденции изменения общественного здоровья населения в период экономического оживления;
- выявить влияние социально-экономических факторов на общественное и индивидуальное здоровье населения, определив направления минимизации разрушительного воздействия;
- охарактеризовать репродуктивный потенциал населения, изучить его компоненты и тенденции изменения;

- изучив существующие методы анализа здоровья детей, определить наиболее перспективный методологический и методический аппарат исследования их здоровья и апробировать его;
- на основе мониторинга, здоровья детей в режиме реального времени, осуществленного в Вологодской области, выявить тенденции изменения и факторы, оказывающие влияние на его формирование;
- проанализировать деятельность здравоохранения с точки зрения сохранения и восстановления здоровья населения;
- изучить доступность медицинской помощи для населения в условиях реформирования здравоохранения;
- рассмотреть особенности образа жизни населения в контексте улучшения здоровья.

**Объект исследования** – население России с выделением Вологодской области, которая во многом является типичным регионом для Российской Федерации, со сходной в целом структурой населения и тенденциями социально-экономических и демографических процессов, динамикой заболеваемости и инвалидизации, а также характеристиками деятельности служб здравоохранения, что позволяет, опираясь на данные анализа, делать обобщенные выводы и рекомендации на уровне страны.

**Предмет исследования** – состояние и динамика общественного и индивидуального здоровья, определяющие его факторы.

**Область исследования** соответствует специальности 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством (экономика и демография народонаселения), в частности п. 6.9., п. 6.15.

**Теоретико-методологическую основу исследования** составили фундаментальные концепции и положения, представленные в трудах отечественных и зарубежных ученых по демографии, экономической теории, социологии, медицине, экономико-математическому моделированию в области здоровья, человеческого развития, здравоохранения. Исследование базировалось на системном, диалектическом, абстрактно-логическом, экономико-статистическом, синергетическом и других подходах и методах.

**Информационно-эмпирической базой** исследования общественного здоровья послужили данные Федеральной службы государственной статистики РФ и Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области, комитета медицинской статистики по Вологодской области, ведомственной статистики.

В исследовании использованы отечественные и зарубежные документы по вопросам укрепления здоровья, охраны прав материнства и детства, развития здраво-

охранения, статистические и информационные материалы Международной организации труда, Всемирной организации здравоохранения, Всемирного банка, интернет-ресурсов.

Эмпирическую основу исследования индивидуального здоровья составили:

1. «Мониторинг здоровья населения Вологодской области и условий его охраны и укрепления». Проводился ежегодно в период с 1999 по 2008 г. с участием автора в форме стандартизованного интервью в городах Вологде и Череповце, а также в 8 районах Вологодской области. Объем ежегодной выборки – 1500 респондентов.

2. «Мониторинг психического здоровья и социального самочувствия населения Вологодской области». Социологические опросы осуществлялись ежегодно в период с 1999 по 2008 г. под руководством и при участии автора. Объем ежегодной выборки – 1500 респондентов.

3. Мониторинговое панельное обследование четырех когорт детей, проводимое в режиме реального времени, в Вологодской области с 1995 по 2009 г.

4. «Мониторинг репродуктивного здоровья населения Вологодской области», осуществленный под руководством и с участием автора в период с 2005 по 2008 г. Объем ежегодной выборки – 1500 респондентов.

5. Обследование 2004 г., которое осуществлялось в роддомах и гинекологических отделениях г. Вологды, г. Череповца и шести районов области. Опрошено две группы женщин: 288 – закончивших беременность родами и 222 – прервавших беременность абортom.

**Научная новизна** основных результатов представлена в следующих наиболее существенных положениях:

– *На основе анализа и системного подхода к трактовке понятия «общественное здоровье» предложено авторское определение этой категории* в качестве свойства населения определенной территории, обеспечивающего демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность, формирующегося при комплексном воздействии биологических, социально-экономических, социокультурных и экологических факторов.

– *Для оценки индивидуального здоровья, основанной на социо-экономических измерениях, автором предложен индекс самооценки здоровья (ИСЗ)*, что позволяет перейти от вербальных характеристик на микроуровне к количественной оценке состояния населения на макроуровне. Шкала значений индекса определяет уровень здоровья: до 0,6 соответствует низкому уровню; 0,61 – 0,8 – среднему; 0,81 – 1,0 – высокому значению. При проведении мониторинга предлагаемый индекс используется во взаимосвязи с показателями официальной статистики (заболеваемость,



инвалидность, продолжительность предстоящей жизни), характеризующими здоровьем населения.

– *Эмпирически установлены и теоретически обосновано влияние факторов, снижающих индивидуальное здоровье населения.* Для подавляющего большинства населения (93%) характерны факторы риска, связанные с образом жизни (курение, употребление алкогольных напитков, низкая физическая активность, отсутствие профилактики основных болезней). На наличие социально-экономических факторов (уровень образования ниже среднего специального, некомфортность жилья, неудовлетворительное питание) указали 67% жителей. Медико-демографические факторы (возраст старше 50 лет, наличие хронических заболеваний) присущи 52% населения. Выявленные в результате корреляционно-регрессионного анализа факторы риска в формировании здоровья населения учитываются при разработке направлений развития государственной политики охраны и укрепления здоровья населения.

– *Доказано, что имеет место значительный гендерный диспаритет в возможностях диагностики и лечения заболеваний репродуктивной сферы.* Незрелость андрологической помощи в стране (отсутствие врачей андрологов в поликлиническом звене и коек соответствующего профиля в стационарах; программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи не предусматривает помощь детского андролога), несформированная культура обращения населения к услугам андролога снижают потенциал здоровья мужчин. Недостаток статистической информации не позволяет прогнозировать демографический ресурс (региона, страны) по заболеваниям мужской половой сферы и репродуктивный потенциал.

– *Впервые в России предложен и апробирован теоретико-методологический подход и методический инструментарий для анализа и прогнозирования здоровья детской популяции* посредством проспективного мониторинга семейных когорт, начиная с момента рождения детей, основанный на учете антропометрических и функциональных показателей их состояния и позволяющий выявить определяющие факторы здоровья на отдельных этапах жизнедеятельности детей и взрослого населения – медико-демографические, социально-экономические, а также экологические, исследовать влияние которых на здоровье взрослого населения затруднительно: мониторинг устанавливает взаимосвязи между здоровьем детей и характеристикой экологических условий в месте их постоянного проживания.

– На основе выявленных взаимосвязей здоровья и определяющих его факторов предложены методические подходы к формированию направлений сохранения и укрепления здоровья детской популяции. Показано, что при разработке здоровьесберегающих мероприятий следует учитывать различное влияние факторов среды в отдельных возрастных интервалах жизни детей. В младенчестве и раннем детстве

наибольшее значение имеют медико-биологические факторы, и образ жизни матери (плохое здоровье родителей; низкий уровень гемоглобина у женщин в период беременности; курение женщины во время беременности; условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам; характер вскармливания младенца). В дошкольном и школьном возрасте увеличивается воздействие среды обитания, образа и уровня жизни семьи. Наибольшее влияние оказывают – ослабленное здоровье детей в первый год жизни; низкий уровень доходов семьи; дискомфорт микроклимата в жилище (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность); плохие экологические условия в районе проживания (загрязненный воздух, плохое качество питьевой воды, близость автомагистралей); низкий уровень социально-гигиенической грамотности родителей. Выявленные в процессе исследований факторы здоровья были положены в основу региональной программы «Здоровый ребенок», принятой правительством области и оказавшей позитивное воздействие на состояние населения. Статистика показала, что с 2005 г. в Вологодской области стала существенно снижаться заболеваемость новорожденных детей в отличие от тенденций, характерных для Российской Федерации в целом.

– Осуществлен *расчет экономических потерь для Вологодской области вследствие утрат здоровья*. От заболеваемости, инвалидности и смертности населения в 2007 г. экономика региона «потеряла» около 3 млрд. руб. или 0,6% ВРП, а с учетом преждевременной смерти трудоспособного населения – почти 32,5 млрд. руб. или 6% ВРП. Это демонстрирует неиспользованные возможности, которые при улучшении здоровья населения могли бы увеличить экономический потенциал региона.

**Теоретическая и практическая значимость результатов исследования** заключается в формировании научных подходов к изучению здоровья населения.

Теоретико-методологические подходы, представленные в диссертации, могут быть использованы при проведении исследований здоровья населения, в том числе для оценки реализации национального проекта «Здоровье». Положения и выводы диссертации применимы для формирования федерального и регионального законодательства в сфере охраны здоровья населения и социальной защиты.

Важнейшее народнохозяйственное значение, представленных в диссертационной работе результатов, состоит в том, возникает возможность более эффективно реализовать ресурсы, направленные на улучшение здоровья населения.

Полученные в ходе исследования выводы о тенденциях изменения здоровья и факторах риска использованы при разработке Концепции: «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения», региональных целевых программ «Материнство и детство», «Здоровый ребенок»,

«Демографическое развитие Вологодской области», «Стратегия развития здравоохранения Вологодской области», реализация которых позволила снизить в регионе младенческую смертность с 14‰ в 2000 г. до 7‰ в 2009 г., материнскую смертность с 30,2 на 1000 родившихся живыми в 2003 г. до 6,8 в 2008 г.; заболеваемость новорожденных с 40% от числа родившихся живыми в 2000 г. до 32,5 в 2007 г.

Выводы и практические результаты исследования послужили доказательной базой для создания и осуществления ряда региональных проектов, включая расширение консультирования населения по вопросам репродукции, снизившие уровень абортгов; формирование детской андрологической службы в г. Вологде.

Кроме того, материалы диссертации могут быть использованы в учебном процессе при подготовке специалистов в области экономики народонаселения и демографии, государственного и муниципального управления, социальной работы, организации здравоохранения.

### **Апробация результатов исследования**

Основные результаты и выводы диссертации были представлены в докладах и выступлениях на международных и российских научно-практических конференциях и семинарах, в том числе проведенных научно-исследовательскими институтами РАН, среди них: Международная научно-практическая конференция «Социально-экономическое, духовное и культурное возрождение Карелии» (Петрозаводск, 2000 г.); Третья Российская научно-практическая конференция «Стратегия и тактика реализации социально-экономических реформ: региональный аспект» (Вологда, 2001); Российская научно-практическая конференция «Дети и молодежь – будущее России» (Вологда, 2002); Всероссийский социологический конгресс «Глобализация и социальные изменения в современной России» (Москва, 2006г.); II Всероссийская конференция «Семья, дети и демографическая ситуация в России» (Москва, 2007 г.); Международная конференция «Уровень и качество жизни населения» (Москва, 2007 г.); Население, семья, уровень жизни (Москва, 2008 г.); Восьмая международная конференция «Welfare Gender and Agence in Russia and Easten Europe» (Хельсинки, Финляндия, 2008 г.); научно-практическая конференция экономического факультета МГУ «Ломоносовские чтения» (Москва, 2009 г.), Международная научная школа-семинар «Системное моделирование социально-экономических процессов» имени академика С.С. Шаталина (Вологда, 2009 г.); Международная научно-практическая конференция «Социальное знание и белорусское общество» (Минск, Беларусь, 2009 г.); Международный научно-практический семинар «Здоровье населения: проблемы и пути решения» (Вологда, 2010 г.) и др.

Результаты отдельных этапов исследования были направлены в Правительство Вологодской области и Департамент здравоохранения Вологодской области;

представлялись на открытых депутатских слушаниях в Законодательном Собрании Вологодской области; в Координационном совете по реализации политики гендерного равноправия Вологодской области; использовались при подготовке экспертно-аналитических материалов для органов законодательной и исполнительной власти и общественных организаций. Рекомендации автора, связанные с разработкой мер по улучшению здоровья населения региона, получили одобрение и подтверждение их практической значимости в Департаменте здравоохранения Вологодской области.

**Структура диссертационной работы** определяется целью и задачами исследования и имеет следующий вид:

Введение

Глава 1. Концептуальные основы исследования здоровья

1.1. Понятие, сущность общественного и индивидуального здоровья

1.2. Общественное здоровье и социально-экономическое развитие

1.3. Методологические подходы к изучению здоровья

Глава 2. Здоровье населения: тенденции и факторы

2.1. Изменение общественного здоровья населения России

2.2. Общественное и индивидуальное здоровье населения на примере Вологодской области

2.3. Факторы, детерминирующие здоровье населения

Глава 3. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал

3.1. Репродуктивный потенциал населения: понятие, структура, состояние

3.2. Репродуктивное здоровье населения

3.3. Репродуктивное поведение

Глава 4. Здоровье детей – основа качества человеческого потенциала

4.1. Состояние и тенденции здоровья детского населения

4.2. Факторы, определяющие здоровье детей в младенчестве и раннем детстве

4.3. Формирование здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте

Глава 5. Организационно-экономические основы оптимизации здоровья

5.1. Оценка взаимосвязи организации здравоохранения и общественного здоровья

5.2. Социально-экономические факторы доступности медицинской помощи для населения

5.3. Вклад отдельных компонент образа жизни в здоровье населения

Заключение

Литература

Приложения

## 2. ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во Введении** обоснована актуальность темы диссертации, рассмотрена степень научной изученности проблемы, сформулированы цель и задачи работы, аргументирована научная новизна и научно-практическая значимость исследования.

**В первой главе** диссертации «**Концептуальные основы исследования здоровья**» раскрыты понятие и сущность категорий «общественное и индивидуальное здоровье». Обсуждены исторические аспекты изменения общественного здоровья. Проанализированы основные теории, концепции и подходы, используемые при изучении здоровья. Показана экономическая целесообразность сохранения и укрепления общественного здоровья населения, раскрыты используемые в диссертации процедуры и методы исследования.

Здоровье является характеристикой важнейшего аспекта общества как социального организма. Это – общественное богатство, вне которого не может создаваться совокупность материальных и духовных ценностей. Здоровье населения рассматривается на микро- и макроуровне, как индивидуальное и общественное. Несмотря на разнообразие подходов к определению категории «индивидуальное здоровье» большинство исследователей придерживается определения, прописанного в Уставе ВОЗ: здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие физических дефектов и болезней.

Критический анализ имеющихся определений общественного здоровья показал, что общепринятого понятия современной наукой не выработано. По крайней мере, можно выделить три отличных друг от друга подхода (таблица). Сторонники представленных подходов, раскрывая сущность исследуемой категории, обращают внимание на способность популяции обеспечивать воспроизводство и трудовую активность населения с учетом динамики окружающей среды.

Таблица

**Подходы к определению устойчивости социально-экономических систем**

| Сущность подхода  | Его сторонники   |
|---|--|
| Общественное здоровье рассматривается как состояние, возникшее в результате взаимодействия организма человека и совокупности факторов окружающей среды.   | Ю.П. Лисицин, В.А. Фролов, И.И. Брехман, В.А. Лищук, Е.В. Мосткова, В.Г. Житников, Н.В. Полунина |
| Общественное здоровье связывается со способностью населения обеспечивать воспроизводство полноценного потомства, продолжительность жизни и трудовую активность. При этом не учитывается воздействие факторов среды.             | А.И. Вялков, И.А. Гундаров   |
| Общественное здоровье трактуется как динамический процесс сохранения основных функций организма, оптимальной трудоспособности, социальной активности населения без учета его статического (на данный момент времени) состояния. | В.П. Казначеев, Р.М. Баевский  |

Исходя из вышесказанного, под общественным здоровьем будем понимать свойство населения определенной территории, обеспечивающее демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность, формирующееся при комплексном воздействии биологических, социально-экономических, социокультурных и экологических факторов.

Ценностные представления населения в совокупности с реальными социально-экономическими условиями образуют среду формирования общественного здоровья, которая изменяется параллельно с общественным развитием. Улучшение условий жизни, совершенствование технологий, облегчающих труд и быт людей, развитие медицины и биологии – все это ведет к повышению уровня здоровья населения. Ухудшение условий существования людей – войны, голод, экономические кризисы – влечет за собой снижение уровня общественного здоровья. Повышение качества здоровья происходит постепенно, а ухудшение, как правило, очень быстро.

Изучение закономерностей развития населения, включая качественные характеристики (одна из которых – здоровье), требует глубокого знания его социальной и экономической природы, основанной, в том числе на теории, концепции и модели социального капитала, который, при поддержке физического ресурса – здоровья – может быть рассмотрен как система родственных, дружеских, административных взаимосвязей, а также как доступность к необходимым условиям для сохранения жизни индивида. Имеет значение также доверие и понимание во взаимоотношениях с медицинским работником при получении услуг либо с работодателем при осуществлении им социальных гарантий.

Изменения социального капитала происходят под влиянием экономического неравенства внутри страны и между странами. Неравенство в доходах уменьшает социальный капитал и, таким образом, ведет к повышению уровня смертности (I. Kawachi, O. Kishiцина, H. Римашевская, A. Шевяков).

Согласно теории социального статуса положение индивида или группы, к которой он принадлежит, ранг или престиж этой позиции во многом определяет уровень здоровья. В теории социальной причинности (H. Жариков) акцентируется значение объективно худших условий жизни. Низкий профессиональный статус связан с работой во вредных условиях, монотонной или физически тяжелой. Ограниченный доход влечет за собой стесненные жилищные условия, проживание в районах с неблагоприятной экологической обстановкой, более низкое качество питания и т. п. Напротив, принадлежность к высшим социальным классам, к элитам, создает благоприятные условия жизни и доступ к материальным ресурсам сохранения и укрепления здоровья. Высокий образовательный уровень способствует адекватной социальной ориентации, усвоению гигиенических знаний и навыков.

Теория социально-экономического статуса показывает, что низкое социально-экономическое положение воздействует на здоровье через депривацию и материальные лишения, а также через субъективное восприятие людьми своего "неравного" положения в обществе и связанные с этим оценки, отношения, переживания (В. Дж. Браун, В. Тапилина).

Наиболее значимой для понимания экономической сущности здоровья является теория человеческого капитала, предложенная Г. Беккером, согласно которой знания, и умения человека, его здоровье могут приносить доход, что должно учитываться при планировании инвестиций. Важно понимать, что затраты на воспитание, образование, другие «вложения в человека» не являются непроизводительным потреблением, а относятся к инвестициям, дающим непосредственный хозяйственный эффект и в конечном счете обеспечивающим прирост национального богатства<sup>4</sup>.

Разработки в области «экономики человека» и развитие теории человеческого капитала привели к росту интереса к стоимости здоровья. С точки зрения оценки эффективности инвестиций в здравоохранение (капитал здоровья) принципиальное значение имеют исследования академика С. Струмилина, определившего долю национального дохода, сберегаемую здравоохранением. По его расчетам, соотношение затрачиваемых средств и полученного национального дохода составляет 1 к 2. Максимальный эффект дают инвестиции в детское здоровье. Здесь среднее соотношение 1 к 200, а в здоровье детей в возрасте 4-6 лет – 1 к 400.

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

Автором осуществлен расчет упущенной выгоды в производстве ВРП и экономических потерь для Вологодской области вследствие утрат здоровья. В соответствии с расчетом от заболеваемости, инвалидности и смертности населения в среднем за 2007 г. экономика региона «потеряла» около 3 млрд. руб. или 0,6% ВРП, а с учетом преждевременной смерти трудоспособного населения (потенци-

<sup>4</sup> Федоренко Н.П. Россия на рубеже веков. – М.: ЗАО «Издательство «Экономика», 2003. – С. 86.

альных лет потерянной жизни) – почти 32,5 млрд. руб. или 6% ВРП (что распространяется на весь период недожития).

Эксперты ВОЗ, опираясь на многочисленные исследования, отмечают, что существует устойчивая прямая взаимосвязь между продолжительностью жизни и темпами экономического роста. В странах, где продолжительность жизни в 1960-х гг. была самой большой, в последующие сорок лет экономика развивалась быстрее. ВОЗ оценила также и возможные экономические выгоды, которые можно извлечь при улучшении здоровья населения.

Учитывая сложность и многогранность здоровья, при его оценке необходимо использовать комплексные источники информации: статистические данные, для сравнения и характеристики здоровья на макроуровне (мира, страны, региона) и социологические, позволяющие изучить и «здоровье здоровых», понять закономерности его формирования на микроуровне. Обобщение сведений о широко используемых методах и приемах изучения здоровья населения позволило автору сформировать комплексный методологический аппарат исследования.

Эмпирическую основу диссертационной работы представляют данные 4 многолетних мониторингов, проведенных в Вологодской области автором или с участием автора в период с 2000 по 2009 г., физического, психического, репродуктивного здоровья населения в возрасте старше 18 лет, а также панельных обследований здоровья детей в период с 1995 до 2009 гг.

Для перехода от качественных характеристик здоровья индивидов (микроуровень) к количественной оценке состояния населения в целом (макроуровень) автором введен индекс самооценки здоровья (ИСЗ). Он вычисляется как среднее взвешенное баллов используемых при балльной оценке здоровья.

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

где  $q_1$  – доля респондентов, с оценкой здоровья «очень плохое»;  $q_2$  – доля респондентов, с оценкой здоровья «плохое»;  $q_3$  – доля респондентов, с оценкой здоровья «удовлетворительное»;  $q_4$  – доля респондентов, с оценкой здоровья «хорошее»;  $q_5$  – доля респондентов, с оценкой здоровья «очень хорошее».

Использование ИСЗ в мониторинговом режиме позволяет оценить изменение здоровья населения (с учетом «здоровья здоровых»), что в совокупности со статистическими данными существенно расширяет возможности препарирования общественного здоровья.

Анализ здоровья детей основывается на результатах мониторингового панельного медико-социологического обследования четырех когорт детей, проведенного автором по оригинальной методике в период с 1995 по 2009 г. В исследование включены все семьи, в которых родились дети в периоды с 15 по 30 мая 1995 г., с 1



по 25 марта 1998 г., 2002 г., 2004 г. в городах Вологде, Череповце, районных центрах Кириллове, Великом Устюге, поселке городского типа Вожеге. Информация снималась четыре раза в год в течение первого года жизни (новорожденные дети, дети в возрасте 1 месяца, 6 месяцев и одного года), далее ежегодно.

Идея проведения мониторинга изучения условий формирования здоровья детей, подобного английскому опыту, в России впервые была высказана Н. Римащевской в 1980 году. «Центральная идея исследования состоит в том, чтобы в формате лонгитюда, в режиме реального времени изучить процесс формирования качественного потенциала человека, начиная с рождения»<sup>5</sup>.

Разработанное и проведенное мониторинговое исследование здоровья детей позволяет выделить общие структурные блоки и их взаимосвязи, которые могут быть использованы на других территориях страны с учетом региональных особенностей (рис. 1). Предлагаемая система осуществления мониторинга служит методологической основой исследования прямого и косвенного взаимного влияния социально-экономического развития территории на здоровье детей и потенциала здоровья детской популяции – на экономическое развитие территории в ближайшей и отдаленной перспективе.

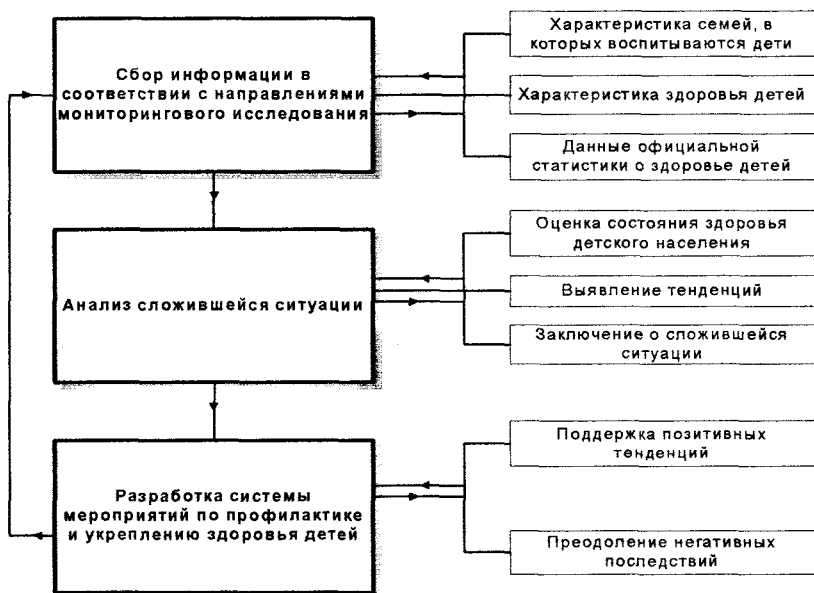


Рис. 1. Этапы проведения мониторингового исследования

<sup>5</sup> Римащевская Н.М. Российский генофонд: качество будущих поколений // Народонаселение. – 2000. – №4. – С. 100.

**Вторая глава «Здоровье населения: тенденции и факторы»** включает анализ изменения основных медико-демографических показателей, здоровья на макроуровне; комплексная оценка общественного и индивидуального здоровья населения, а также влияния детерминирующих его факторов.

За благоприятный период социально-экономического развития государства с 2000 по 2008 г. намечились положительные изменения в демографической ситуации: рождаемость выросла с 8,7‰ в 2000 г. до 12,1‰ в 2008 г., а смертность снизилась с 15,4‰ до 14,6‰ соответственно. Ожидаемая продолжительность жизни (ОГЖ) населения увеличилась с 65,3 до 67,9 года соответственно, но по-прежнему значительно отстает от развитых стран как в среднем по населению, так и у мужчин и женщин. При этом мужчины в среднем живут на 15, а женщины – на 8 лет меньше, чем в европейских государствах. Россия стоит в одном ряду с Азербайджаном – 68, Боливией – 66, Гватемалой – 69, опережая лишь африканские страны и ряд стран Азии. Значительный вклад в снижение ожидаемой продолжительности жизни вносит смертность населения в трудоспособном возрасте.

Сравнительный анализ показал, что многие из стран, опережающих Российскую Федерацию по показателям ожидаемой продолжительности жизни, заметно уступают ей по величине среднедушевого ВВП. Поэтому при концентрации усилий государства в настоящее время в России есть возможность увеличить продолжительность жизни населения.

В работе показано, что здоровье россиян за относительно благополучный период с 1998 по 2008 г. даже не стабилизировалось. Во всех регионах России отмечался рост заболеваемости, которая за этот период в целом по стране увеличилась на 15%. Значительное повышение отмечено по классам болезней системы кровообращения – 200%, крови и кроветворных органов – 200%. Болезни социальной обусловленности остаются на опасно высоком уровне (туберкулез 85,1 чел. на 100 тыс. населения), превышающем порог эпидемии (по нормативам ВОЗ – 50 чел. на 100 тыс.). О значительном ухудшении здоровья населения в России говорит высокий уровень инвалидности. В ее структуре преобладают болезни органов кровообращения – более 50% всех причин и злокачественные новообразования, с долей около 13%.

Оценка тенденций изменения общественного здоровья населения России дополнена и расширена анализом изменений, происходящих на микроуровне. Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области свидетельствуют о некотором улучшении этих показателей в межкризисный период. За 2000 – 2008 гг. в полтора раза возросла доля жителей, оценивающих свое здоровье как «хорошее, довольно хорошее», в 1,6 раза уменьшилась доля неудовлетворительных оценок. В

то же время удельный вес населения, оценивающего свое здоровье как хорошее, значительно ниже, чем в странах ЕС (в 2008 г. – 36% в сравнении с 67%). Индекс самооценки здоровья населения в этот период также имел незначительную положительную динамику, однако его значение не поднималось выше среднего уровня.

Основой улучшения самооценки здоровья в значительной степени послужило улучшение социально-психологического самочувствия населения, изменение которого фиксирует показатель социального настроения. В его динамике с 2000 по 2008 г. наблюдаются положительные тенденции. За этот период численность людей, испытывающих преимущественно позитивные эмоции, увеличилась на 19 п.п. (с 49 до 68%), в то время как удельный вес жителей, дающих негативную оценку своему настроению, сократился на 21 п.п. (с 47 до 26%). Улучшение социального настроения особенно ярко проявилось среди наименее обеспеченных слоев населения и людей пожилого возраста.

Исследование факторов, определяющих здоровье населения, проведенное на материалах мониторингов физического и психического состояния, позволило сделать следующие принципиальные выводы.

Первое. Распространение и влияние основных социально-экономических рисков, снижающих здоровье населения, существенно не изменились даже в период экономического оживления в стране.

Второе. Важнейшим фактором здоровья, является уровень доходов; о чем свидетельствуют ИСЗ у населения с различным материальным достатком. ИСЗ у высокообеспеченных заметно превышал этот показатель в группе малообеспеченных (в 2002 г. – 0,599 и 0,670 соответственно, в 2008 г. – 1,635 и 0,695). Увеличение ИСЗ в большей мере характерно для низкодоходной группы населения (0,036 в сравнении с 0,025 в верхнем квинтиле), что способствовало сближению значений индексов крайних групп.

В группе с высоким достатком в 1,5-2,4 раза реже встречаются признаки тревоги и депрессии в сравнении с семьями низкого достатка. В 2008 г. среди относящих себя к «богатым», 9% отметили, что испытывали психологические проблемы, требующие помощи квалифицированного специалиста, в то же время среди «бедных» и «нищих» их удельный вес составил 18%.

Оценка влияния уровня доходов на здоровье, проведенная с помощью логической регрессии, показал, что респонденты, имеющие средние доходы (2-4 квинтили по доходам), в 1,7 раза чаще имели проблемы со здоровьем и в 1,5 раза больший риск возникновения хронических заболеваний в сравнении с высокодоходными группами.

С начала 2000-х годов в России отмечался устойчивый рост доходов населения (номинальная заработная плата в сопоставимых оценках выросла в 3 раза), что привело к снижению доли населения с доходами ниже прожиточного минимума (с 29% в 2000 г. до 18% в 2009 г.). Группа малоимущих уменьшилась более чем в 2 раза. Однако до сих пор 30% населения испытывает значительные материальные трудности (денег хватает только на приобретение продуктов питания; денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги), что ограничивает их возможности в сохранении здоровья.

Третье. Установлено, что существенное влияние на здоровье оказывает комфортность жилья. У населения, имеющего выраженные недостатки в жилище, значение индекса самооценки здоровья заметно ниже, чем у проживающих в комфортных условиях (в 2008 г. – 0,649 и 0,670 соответственно). Согласно результатам математического анализа население, живущее в неудовлетворительных условиях, имело двукратный (2,2 раза) риск ухудшения здоровья и в 1,3 раза выше вероятность возникновения хронических заболеваний, чем у проживающих в хороших.

В 2008 г. по сравнению с 2000 г. доля лиц, имеющих недостатки в жилищных условиях, снизилась на 9%, однако на них указывают 44% населения, в том числе 41% – обращает внимание на необходимость капитального ремонта, 44% – на недостаток жилой площади, тесноту жилых помещений, 14% – на низкую температуру в квартире в холодное время года. Улучшение жилищных условий для конкретных семей затруднено вследствие значительного роста стоимости жилья (стоимость 1 кв.м с 2000 по 2008 г. в среднем увеличилась в 10 раз, а среднегодовой доход семьи из 2 взрослых и 1 ребенка за этот период возрос только в 5 раз).

Четвертое. Оказывает значимое влияние на здоровье населения качество питания. О чем свидетельствует ИСЗ, который существенно выше при полноценном и удовлетворительном питании и в 2008 г. составил 0,734 против 0,591 при недостатках. У лиц с неудовлетворительным питанием риск ухудшения здоровья в 2 - 3 раза выше, чем у тех, кто питается полноценно. Нарушение принципов рационального питания ведет к развитию болезней органов пищеварения. За десять лет в России заболеваемость в этих группах нозологий возросла в среднем на 30%.

За период с 1998 по 2008 г. доля расходов на приобретение продуктов питания у населения Вологодской области существенно снизилась (с 53,6 до 37% соответственно), оставаясь основной статьей семейного бюджета. Доля жителей, оценивающих свое питание как «неудовлетворительное, очень плохое», изменилась втрое. Однако «полноценным» считали свое питание лишь 11% населения.

Пятое. Значительный риск ухудшения здоровья связан с отсутствием физической активности у большинства населения. Люди, чья физическая активность на

работе сопровождается значительными передвижениями, подвергаются существенно меньшему риску ухудшения здоровья по сравнению с имеющими «сидячую» работу (в 0,4 раза меньше в 2002 г. и в 0,7 раза – в 2008 г.). Плохое здоровье в 3,4 раза чаще имеют те, кто не занимается спортом. У населения, увлеченного спортом, в 2 – 3 раза меньше риск возникновения хронических заболеваний.

Согласно данным исследования физической активности на работе 34% жителей Вологодской области имеют «сидячую» работу. Среди них большая доля (60%) предпочитает пассивный отдых во внерабочее время, спортом занимается лишь 7%. Большее внимание спорту в свободное время уделяют имеющие умеренную физическую трудоактивность. В целом 56% населения свободное время чаще проводит дома, прогулки на свежем воздухе предпочитают 36% и только 11% занимаются физкультурой и спортом, посещают спортивные залы или фитнес-центры. Удельный вес населения, занимающегося спортом, с 2000 по 2008 г. изменился незначительно (рост с 7 до 11%). Низкая физическая активность распространена и среди представителей молодого поколения, лишь 18% которых занимается физкультурой и спортом.

Шестое. Особую опасность для здоровья населения представляют курение, злоупотребление алкоголем, пренебрежение основами здорового образа жизни. Среди курящих удельный вес негативных самооценок здоровья в 2,5 раза больше у тех, кто выкуривает более 10 сигарет в день. Вместе с тем высока доля хороших самооценок среди часто курящих – 30%. Главной причиной этого, является дефицит знаний о здоровье и здоровом образе жизни, а также сложившееся убеждение: «Пока здоров – курю, если заболелю – брошу». Актуальность проблемы обостряется тем, что частота курения в России – одна из самых высоких среди индустриально развитых стран. Доля ежедневно курящих в возрасте 15 лет и старше в России составляет 38%, в странах ЕС – 27%<sup>6</sup>. Каждый год потребление табачных изделий в стране растет на 1,5–2%<sup>7</sup>.

Проведенное исследование доказывает широкое распространение среди населения факторов, детерминирующих здоровье. Объединение их в условные группы сформировало три группы факторов риска, в равной мере относящихся к мужчинам и женщинам.

- Первую группу составили социально-экономические факторы (низкий уровень образования – ниже среднего специального, некомфортность жилья, неудовлетворительное питание), зависящие от материального благополучия и соци-

<sup>6</sup> База данных «Здоровье для всех» (БД ЗДВ), Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (январь 2009 г.). – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>

<sup>7</sup> Социальная сфера общества сегодня, завтра, послезавтра. Взгляд из Центра и регионов России // Информационно-аналитический бюллетень. – 2008. – №1. – 71 с. – URL: [www.isras.ru](http://www.isras.ru)

ального статуса. В 2008 г. наличие факторов данной группы отмечалось у 67% (66,1% в 2000 г.) населения.

- Вторая группа факторов связана с образом жизни людей (курение, употребление алкогольных напитков, низкая физическая активность, отсутствие профилактики основных болезней). Их распространение в 2008 г. составило 93% (91,1% в 2000 г.).

- Третья группа факторов – медико-биологические: возраст (старше 50 лет) и наличие хронических заболеваний, являющиеся как фоном ухудшения здоровья, так и причиной возникновения новых заболеваний. Эти факторы присущи 52% населения (57% в 2000 г.).

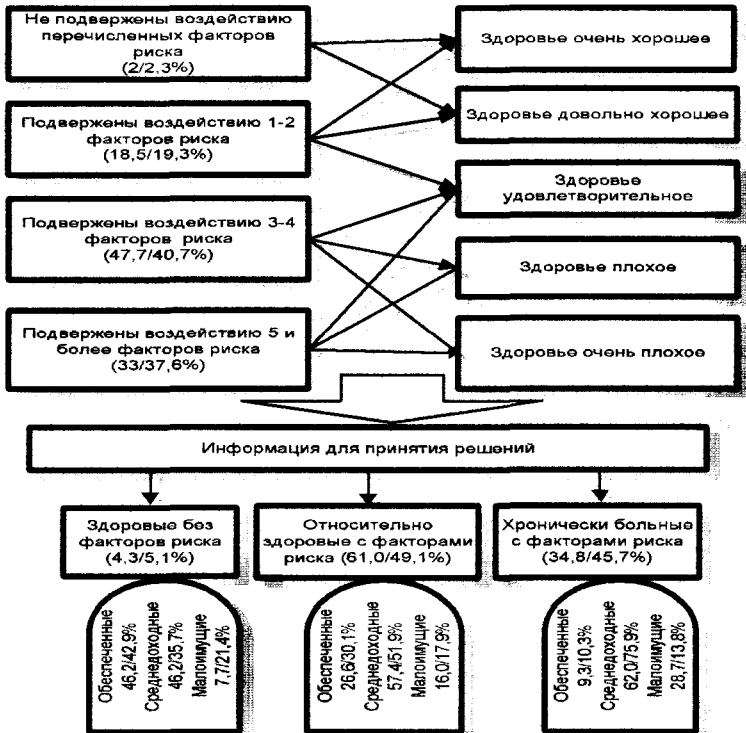


Рис. 2. Типологизация населения при цепочке «факторы риска – группы риска» (2008 г./2000 г.)

Сопоставление самооценок здоровья и числа воздействующих на индивидов факторов позволило сформировать три типологические группы населения (рис. 2):

- Здоровые, не имеющие факторов риска (4,5% населения в 2008 г. и 5,1% в 2000 г.).

- Относительно здоровые, имеющие факторы риска (61,0% населения в 2008 г. и 49,1% в 2000 г.).

- Хронически больные с воздействием факторов риска (34,8% населения в 2008 г. и 45,7% в 2000 г.).

Обобщение анализа типологических групп позволило сделать следующие выводы: ♦ с 2000 по 2008 г. сохранился высокий уровень распространенности факторов риска, ухудшающих здоровье; ♦ воздействие выделенных факторов риска в группах с разным уровнем дохода не одинаково; ♦ люди с низким доходом чаще испытывают влияние большего числа факторов риска; ♦ в высокодоходной группе за рассматриваемый период снизилось потребление алкогольных напитков, стали более популярны меры по профилактике болезней; ♦ удельный вес материально обеспеченных в 1,5 – 3 раза выше, чем малоимущих в группах здоровых и относительно здоровых лиц; ♦ представительство малоимущих в группе «хронически больные с факторами риска» за 8 лет увеличилось в 2 раза. Вышеизложенное подтверждает гипотезу о том, что низкие доходы населения ограничивают возможности сохранения и укрепления здоровья.

**В главе 3 «Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал»** *представлен анализ структуры и состояния репродуктивного потенциала, подробно рассмотрены его основные компоненты.*

Важной составляющей общественного здоровья населения является репродуктивный потенциал. Несмотря на некоторые положительные тенденции в динамике отдельных компонент репродуктивного потенциала – рост суммарного коэффициента рождаемости (с 2000 по 2008 г. увеличился с 1,34 до 1,49 – все население, 1,89 – сельское); снижение уровня младенческой смертности; снижение уровня материнской смертности (с 1998 по 2008 г. он снизился в 2 раза), репродуктивный потенциал в целом снижается. Это является, прежде всего, следствием: снижения числа женщин репродуктивного возраста (в период с 2002 по 2009 г. оно сократилось на 1854 тыс. человек); старения населения; трансформации модели рождаемости; увеличения среднего возраста женщины при рождении ребенка (рис. 3); ухудшения репродуктивного здоровья населения.

Снижение репродуктивного здоровья подтверждается следующими фактами: заболеваемость населения болезнями мочеполовой сферы в период с 2000 по 2007 г. увеличилась на 30%; возросло количество заболеваний злокачественными опухолями типично женских органов. Так, в 2008 г. по сравнению с 1998 г. заболеваемость раком молочной железы выросла в 1,2 раза, шейки матки – с 15,4 на 100 000 населения до 18,1. Высокий уровень злокачественных новообразований предстательной железы (в 2008 г. – 33,7 на 100 000 населения).

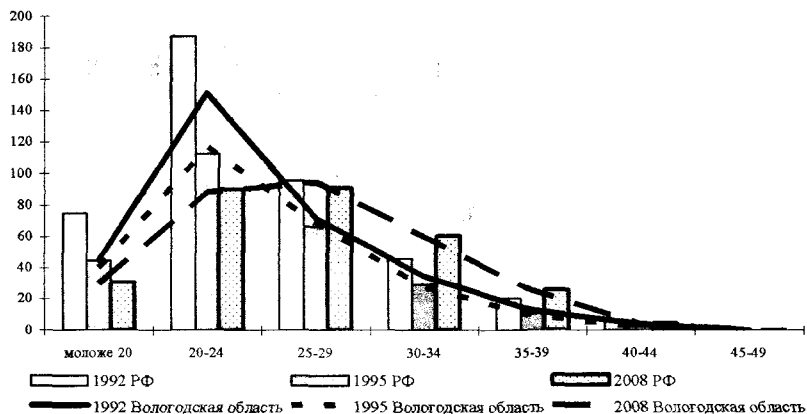


Рис. 3. Возрастные коэффициенты рождаемости

Снижается способность к зачатию и вынашиванию ребенка. Существенно возросло бесплодие. Частота бесплодных браков в некоторых регионах России превышает критический уровень и составляет от 8 до 19,6%. Структура заболеваемости беременных женщин остается практически неизменной. Наиболее частым диагнозом остается анемия – 30% от общего числа заболеваний.

В работе показано наличие в России значительного гендерного диспаритета в возможностях диагностики и лечения заболеваний репродуктивной сферы. Выявлено, что услуги здравоохранения не отвечают потребностям мужчин в охране их репродуктивного здоровья: ♦ отсутствуют врачи-андрологи в поликлиническом и стационарном звене медицинских учреждений; ♦ в программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи не предусмотрена помощь детского андролога; ♦ отсутствует статистическая отчетность, позволяющая определить уровень и масштабы репродуктивных проблем мужского населения. Это приводит к значительной потере репродуктивного потенциала и не позволяет прогнозировать демографический ресурс по заболеваниям мужской половой сферы и репродуктивный потенциал в целом. Современная демографическая ситуация в совокупности с общим дефицитом мужского населения, его сниженным нынешним и ожидаемым репродуктивным потенциалом определяет необходимость осуществления неотложных организационных мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи по профилю андрологии.

Снижение репродуктивного потенциала обусловлено и малолетним репродуктивным поведением большей части населения. Возросшее стремление женщин к самореализации в профессии, что обусловило более длительный процесс обучения,



более позднее вступление в брак и откладывание рождений, в свою очередь, привело к тому, что первый ребенок остается единственным. Анализ репродуктивных установок населения, проведенный на материалах исследований в Вологодской области, позволяет утверждать, что в регионе существует резерв рождений. В настоящее время суммарный коэффициент рождаемости составляет 1,36‰, а при реализации планируемого числа детей – 1,91‰ – он мог бы существенно приблизиться к уровню простого воспроизводства населения. Примечательно, что городские мужчины демонстрируют более высокую по сравнению с женщинами потребность в детях и стремление ее реализовать.

Рейтинг факторов, лимитирующих репродуктивные планы населения области, возглавляют материальное положение семьи и жилищные условия. В то же время желаемое число детей не зависит от уровня доходов семьи, а определяется потребностью в детях. Семейный бюджет заметно снижает реально планируемое число детей, то есть благоприятные материальные условия способствуют более полной реализации репродуктивных планов. На основании этих данных напрашивается вывод: чем прочнее семейные отношения, тем выше репродуктивные ориентации женщин; чем менее стабилен социальный статус семьи (зарегистрированный брак > гражданский брак > не замужем), тем ниже репродуктивные установки женщин. Это является подтверждением большой значимости института семьи и его роли в увеличении рождаемости. Наличие у женщин законченного образования (среднего специального, высшего) оказывает положительное влияние на их репродуктивные установки (желаемое число детей выше, чем у тех, кто продолжает обучение).

Анализ репродуктивной мотивации населения свидетельствует о низкой эффективности стимулов социальной и психологической направленности, призванных повысить общественный престиж многодетной семьи и материнства.

Значительный урон репродуктивному потенциалу наносят аборт. Уровень абортов в Российской Федерации составляет 81 на 100 родов. Даже при существенном снижении показателя за период с 2000 по 2008 г. (почти в 2 раза) в России, он почти вдвое превышает европейский (в странах ЕС в 2006 г. – 24,7 аборта на 100 родов).

Совершенно очевидным становится то, что дополнительные усилия государства, предпринятые в период 2000 – 2008 гг. для улучшения демографической ситуации, были недостаточны и несистемны, т.к. затронули только малую часть компонентов репродуктивного потенциала, оставив без внимания формирование ответственного репродуктивного сексуального поведения, репродуктивное здоровье мужчин и т.д.

Проведенный экономико-статистический анализ показал, что существует

взаимосвязь между социально-экономическим развитием территории и ее репродуктивным потенциалом. Муниципальные образования с высоким уровнем социально-экономического развития чаще имеют более высокие возможности рождаемости. Это обусловлено тем, что уровень социально-экономического развития, особенно в сельской местности, определяет число рабочих мест и величину оплаты труда, социальную инфраструктуру и, как следствие, половозрастную структуру населения, его здоровье. А это служит основой для формирования репродуктивных процессов.

**В главе 4 «Здоровье детей – основа качества человеческого потенциала» приведен анализ здоровья детей как компонента репродуктивного и человеческого потенциала. На основе данных мониторинга когорт семей с детьми показаны факторы, оказывающие влияние на формирование детского здоровья в разные возрастные периоды.**

Анализ изменения здоровья детей и определяющих его факторов осуществлялся как на основе статистических данных, так и при помощи проспективного мониторинга когорт семей с детьми. Согласно статистической информации здоровье детского населения ухудшается, о чем свидетельствуют негативные тренды основных показателей. В России около 40% детей рождаются больными или заболевают сразу после родов. В среднем каждый десятый младенец рождается недоношенным и с низкой массой тела. В течение последнего пятилетия среди детей первого года жизни частота отдельных классов и групп болезней увеличилась на 13–23%. Показатель детской инвалидности в РФ с 2000 по 2008 г. стабилизировался на уровне 190–200 на 10 000 детского населения (520–550 тыс. детей-инвалидов). За период 2000 – 2007 гг. уровень заболеваемости детей в возрасте 0 – 14 лет в России вырос на 43%, увеличиваясь в среднем на 4% ежегодно. Рост нездоровья происходит преимущественно за счет хронических болезней, их доля в структуре всех нарушений здоровья в настоящее время превышает 30%.

Анализ данных мониторинга свидетельствует о снижении потенциала здоровья детей, полученного при рождении, причем ухудшение здоровья происходит поэтапно, ступенчато. Установлены основные критические периоды детства: первый год жизни (среди новорожденных доля здоровых детей и детей с минимальным риском потери здоровья составляет 60 – 40%, к одному году она снижается до 20 – 15%), 6 – 7 лет (удельный вес детей, имеющих хронические заболевания, увеличивается в среднем на 5 – 6%), что связано с наиболее ответственными моментами социальной адаптации. К 12 годам, в силу физиологических особенностей, укрепляется иммунная система детей, сокращается удельный вес часто болеющих простудными заболеваниями. Однако увеличивается заболеваемость опорно-

двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, снижается острота зрения, т.е. растет число хронических патологий. Особенно тревожным на этом фоне выглядит ослабление внимания медицинского персонала к категории детей, имеющих вторую группу здоровья. Часты случаи отнесения их к группе здоровых только на основании редкой обращаемости к врачу.

Проведенный анализ позволил выявить факторы, оказывающие статистически существенное влияние на здоровье детей. Установлено, что в различные возрастные периоды их воздействие не одинаково. В раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают медико-биологические факторы и образ жизни матери:

– *Плохое здоровье родителей.* Так матери здоровых детей в 65% случаев имели хорошее и отличное здоровье, а у больных детей – только 51%; у больных детей матери чаще имели лишь удовлетворительное здоровье (43%), чем у здоровых (35%).

– *Низкий уровень гемоглобина у женщин в период беременности.* У матерей, страдавших анемией во время беременности, всего 29% детей родились здоровыми, за год удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%, к 2 годам – до 7%, к 3 годам составил чуть больше 1%. В то же время среди заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время ее протекания, с 1995 по 2007 г. основную долю составляли анемии – 35%.

– *Курение матери* увеличивает риск рождения маловесных детей с ослабленным здоровьем; у курящих женщин удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3 – 14%. По данным мониторинга, 27% женщин курили до беременности, во время беременности – 12%.

– *Условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам.* В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности (12,5% против 8,8% у здоровых), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психического напряжения (37,5% против 29,4%), ночного времени (12,5% против 1,5%). Данный фактор широко распространен.

– *Характер вскармливания детей* влияет на их здоровье не только в раннем детстве, но и в последующие периоды. По данным мониторинга, дети, находившиеся на грудном вскармливании до 6 месяцев, в 2 раза реже болели по сравнению с детьми, при искусственном питании. Однако распространенность грудного вскармливания в России невелика: в 2008 г. лишь 41% младенцев имели грудное молоко до 6 месяцев и 39% – до 1 года.

При формировании здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы. Увеличивается удельный вес рисков

среды обитания, образа и уровня жизни семьи, снижается воздействие медико-биологических факторов. Наиболее существенное влияние оказывают следующие:

– *Ослабленное здоровье детей в первый год жизни* усиливает риск формирования хронических заболеваний в старшем возрасте. У детей, не болевших на втором году жизни, к пяти годам не было хронических заболеваний, в то время как среди детей, часто болевших в 2 года, к 5 годам 10% имели хронические заболевания, к восьми годам – 30%.

– *Низкие доходы семей* лимитируют возможность организации полноценного питания детей, а также вложения средств в профилактику и укрепление их здоровья. Данные обследования доказывают, что при недостаточном, несбалансированном питании дети чаще болеют, а финансовые ограничения затрудняют приобретение необходимых лекарственных препаратов. Факторы риска, ведущие к ухудшению здоровья детей, сконцентрированы в семьях с низкими доходами. Несмотря на то, что в период с 2000 по 2008 г. отмечался рост заработной платы, около 20% детей в возрасте до 16 лет в России проживают в условиях бедности.

– *Неблагоприятные жилищные условия*, дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводят к снижению общей сопротивляемости организма воздействиям внешней среды, снижению иммунитета, что, в свою очередь, является предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Более половины семей в исследовании оценили свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 13 – 18% респондентов указывали, что проживают в плохих, либо требующих капитального ремонта домах и квартирах. Оценка жилищных условий за период с 1995 по 2008 г. существенно не изменилась.

– *Неудовлетворительные экологические условия в районе проживания*. Так, в когорте 1998 г. хорошее здоровье имели 33% детей, проживающих в благоприятных экологических условиях, и 17% – в плохих. В среднем 28% детей (по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих. Оценка экологических условий за период с 1995 по 2008 г. существенно не менялась.

– *Низкий уровень социально-гигиенической грамотности и здоровьесберегающей активности родителей*. Анализ данных мониторинга позволил сделать следующие выводы: ♦ активность родителей, направленная на сохранение здоровья детей по мере их взросления падает; ♦ родители часто неадекватно оценивают здоровье детей, не видят необходимости в организации диетпитания, консультаций у врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие хронических заболеваний. По мнению медиков, диетпитание требуется 18 – 23% детей, родители считают необходимым его соблюдение лишь в 2 – 5% семей.

**В главе 5 «Организационно-экономические основы оптимизации общественного здоровья» представлен критический анализ и направления оптимизации важных компонентов сохранения здоровья, таких как доступность медицинской помощи для населения; эффективное управление здравоохранением; здоровый образ жизни.**

За период с 2000 по 2008 г., при некотором улучшении показателей функционирования системы здравоохранения, принципиальных изменений в существующих тенденциях не произошло. Несмотря на увеличение финансирования отрасли, связанное с реализацией Программы дополнительного лекарственного обеспечения и Национального проекта «Здоровье» в России имеют место значительное недофинансирование здравоохранения из государственных источников и неэффективное распределение средств (усиливающее дифференциацию) между субъектами Федерации. Удельный вес в ВВП государственных расходов на здравоохранение в РФ в 1,8 раза ниже, чем в среднем в странах ОЭСР (3,7% в сравнении с 6,6%). Уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) в стране менее 100%. В 2007 г. в 60 субъектах Российской Федерации финансирование ТПГГ было дефицитным, а в 2008 г. оно составило в среднем 43% при значительной дифференциации регионов по этому показателю. Вместе с тем существует пропорциональная зависимость между государственным финансированием здравоохранения и величиной ожидаемой продолжительности жизни. Согласно произведенным расчетам, для достижения ППДЖ 75 лет финансирование отрасли должно быть на уровне 1000 долл. на человека.

При общем высоком уровне обеспеченности медицинскими кадрами в России наблюдается их дефицит (30-40%) на уровне первичного звена. Кроме того, для страны характерно территориальное неравенство в обеспеченности населения медицинским персоналом в разрезе город/село. В сельской местности обеспеченность врачебными кадрами почти в 4 раза ниже, чем в среднем по РФ, а средним медицинским персоналом – в 2 раза. Наиболее существенной причиной недостатка специалистов в отрасли является низкий уровень заработной платы. Несмотря на значительный рост оплаты труда медицинских работников (с 2000 по 2008 г. увеличилась в 10 раз), ее уровень в 1,3 раза ниже, чем по экономике в целом. В то же время заработная плата врачей в странах ЕС, например в Германии, в 3-5 раз превышает заработную плату рабочих и в 2 раза – служащих.

Из-за отсутствия соответствующего финансирования материально-техническая база подавляющего большинства медицинских учреждений остается слабой. По данным официальной отчетности, в 2008 г. 46% зданий больничных учреждений и 24% – амбулаторно-поликлинических требовали капитального ре-

монта, более трети не имели горячего водоснабжения. Обеспеченность учреждений современным медицинским оборудованием крайне низка.

В оказании медицинской помощи населению преобладает стационарное лечение, интенсивность и эффективность которого требует особого внимания, о чем говорит продолжительность лечения в стационарных условиях (14 дней), превышающая таковую как в развитых странах, так и в трансформационных экономиках (6 – 8 дней). Проводимое в регионах России в рамках реструктуризации здравоохранения внедрение малозатратных форм медицинской помощи происходит неравномерно. Важными причинами этого являются недостаточная разработанность нормативной базы и слабая укомплектованность медицинских учреждений (например, специализированных центров амбулаторной хирургии) большинства регионов высокотехнологичным оборудованием. Обозначенное как приоритетное, развитие амбулаторно-поликлинического звена осуществляется медленно. Неэффективное управление системой здравоохранения проявляется в отсутствии стратегического планирования и ответственности руководителей всех уровней за достижение результатов, а также низкой научной обоснованности принимаемых решений.

Выявлена значительная дифференциация населения в получении своевременной квалифицированной медицинской помощи. Доказано, что наименьшие возможности при прочих равных условиях имеют низкодходные слои населения и жители сельской местности. Доступность медицинской помощи для населения существенно снижают следующие факторы:

*– Территориальная отдаленность лечебно-профилактических учреждений от места проживания и неразвитость дорожно-транспортного сообщения.*

Территориальная дифференциация населения в получении необходимой медицинской помощи возникает как следствие неравенства обеспечения территорий объектами социальной инфраструктуры. Число медицинских учреждений в сельской местности стремительно сокращается: амбулаторно-поликлинических учреждений с 2000 по 2008 г. стало меньше в 3 раза; участковых больниц – в 7 раз (при этом настолько стремительной убыли сельского населения в этот период не было зафиксировано). Вследствие сокращения числа медицинских учреждений увеличивается радиус их обслуживания, который для районных больниц муниципальных образований Вологодской области варьирует от 52 до 154 км.

Неразвитость дорожно-транспортного сообщения значительно снижает возможности сельского населения в получении своевременной медицинской помощи. По статистическим данным, около 50% сельских населенных пунктов в области не имеют связи по дорогам с твердым покрытием, с сетью путей сообщения общего

пользования. Вместе с тем, данный факт не может рассматриваться как реальное препятствие для эффективного обеспечения медицинскими услугами людей, живущих в отдалённых от городов населённых пунктах. В развитых странах эта проблема успешно разрешается за счёт организации выездных практик медицинского обслуживания.

*– Неудовлетворительная оснащённость сельских учреждений медицинского обслуживания оборудованием, кадрами, медикаментами.*

Для России характерно территориальное неравенство в распределении медицинского персонала в разрезе город/село. В сельской местности обеспеченность врачебными кадрами почти в 4 раза ниже, чем в среднем по РФ (1,2 на 1000 человек, проживающих в сельской местности), а средним медицинским персоналом – в 2 раза (5,5 на 1000 человек, соответственно). Это снижает доступность качественной медицинской помощи для сельских жителей и является одним из факторов ухудшения их здоровья.

Анализ оснащённости медицинским оборудованием учреждений различного уровня в Вологодской области показал, что в районных больницах он в 5 раз ниже, чем в городских или областных, а это значительно уменьшает качество медико-диагностических услуг для сельского населения. Более 50% эксплуатируемых приборов имеет 100% моральный и физический износ<sup>8</sup>. Несмотря на увеличение поставок техники в учреждения региона в рамках национального проекта «Здоровье», потребность в новом оборудовании удовлетворяется только на 30 – 40%. Выйти из сложившейся ситуации поможет лишь плановое обновление парка медтехники, обеспеченное достаточным финансированием, компенсирующим годовой износ.

*– Высокая стоимость лекарственных препаратов, неэффективность их распределения.*

В исследовании установлено, что более 30% населения Вологодской области испытывает трудности с приобретением необходимых лекарственных препаратов. Наиболее актуальна данная проблема для людей пенсионного возраста, для лиц, имеющих хронические заболевания, и низкодоходных групп населения. В 2008 г. на трудности в приобретении лекарств указало около 30% молодежи и 45% лиц пенсионного возраста, причём с 2004 г., по данным социологических исследований, существенных положительных изменений в данной ситуации не произошло. Выявлены значительные затруднения в приобретении лекарств у 20% наименее обеспеченных граждан в сравнении с 20% наиболее обеспеченных (49 и 27% соот-

<sup>8</sup> Щербакова А.А., Дороговцев А.П. Исследование состояния парка медицинской техники учреждений здравоохранения региона (на примере Вологодской области) // Проблемы развития территории. – Вып. 50. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – С. 51-55.

ветственно). На проблемы с лекарственным обеспечением указывали 51% жителей, имеющих хронические заболевания (без хронических заболеваний – 27%).

Среди причин, обуславливающих сложность приобретения лекарств для большей части населения (61%), выделяется их высокая стоимость; около 15% испытывали затруднения в получении бесплатных лекарств, из них 11% получили отказ от продавцов аптек при выдаче медикаментов и около 4% – от врача в выписке рецепта.

Главной причиной неудовлетворительного обеспечения населения лекарствами является неэффективная схема их распределения и неадекватная оценка потребностей в медикаментах на уровне субъектов РФ. 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 дефицит.

*– Коммерциализация медицинских услуг.*

Платность медицинских услуг рассматривается автором как фактор, ограничивающий доступность медицинской помощи для населения. В России проблема участия населения в оплате медицинской помощи стоит более остро, чем в развитых странах. В Российской Федерации частные расходы (расходы населения) на медицинскую помощь составляют 33% от общих расходов на здравоохранение, что выше, чем в развитых странах, где они составляют в среднем 27%. Таким образом, российские граждане, имея в целом более низкий уровень жизни, чем среднестатистический житель Европы, вынуждены в большей степени участвовать в оплате медицинской помощи.

Регламентация платных услуг происходит посредством утверждения региональных Программ государственных гарантий оказания гражданам страны бесплатной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых неравномерно и во многих регионах РФ характеризуется устойчивым дефицитом, что приводит к расширению коммерческих услуг для населения. На возникшую необходимость оплаты медицинских услуг указывает 74% жителей, обратившихся за медицинской помощью, при этом 20% из них ежемесячно расходовали средства на лечение. Удельный вес жалоб населения по поводу взимания с них платежей за оказание медицинской помощи в общем объёме обоснованных претензий значительно увеличился (с 5% в 2005 г. до 30% в 2008 г.).

Существенная часть населения (около 40%) вынуждена отказываться от медицинской помощи в силу ее платности. Наиболее частыми являются отказы от стоматологической помощи (30%), протезирования зубов (20%), диагностических обследований (17%), амбулаторного лечения. Вместе с тем за 7 лет (2002 – 2008 гг.)



произошло снижение данного показателя в 1,4 раза, что связано как с ростом денежных доходов населения, так и с отсутствием бесплатной альтернативы для некоторых медицинских услуг.

Невысокое качество услуг и недостаток внимания или некорректные контакты ведут к формированию психологического барьера в отношении к врачам и медицинским учреждениям у значительной части населения, что приводит к самолечению или обращению за непрофессиональными услугами.

Результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что ответственность населения за своё здоровье в большинстве случаев носит декларативный характер, о чём свидетельствуют характеристики образа жизни. Несмотря на то, что в рейтинге жизненных ценностей (2008 г.) здоровье занимало первое место для 50% населения и 77% указали на первостепенность личной ответственности за его сохранение (это в 1,5 раза больше, чем в 2001 г.), уровень здоровьесберегающей активности населения невысок, в популяции широко распространены вредные для здоровья привычки.

Установлено, что активность семьи по сохранению здоровья детей по мере их взросления снижается. Так, если в раннем детстве 84% родителей всегда обращались к врачам при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней ребенка, то к 13 годам – всего 69%. Изменяются и мероприятия семьи по поддержанию здоровья. Своевременное посещение врача и соблюдение режима и правил питания остаются среди приоритетов семей, воспитывающих как детей младшего возраста, так и подростков. В то же время закаливание, утренняя зарядка и прогулки, соблюдение режима питания в большей степени характерны для семей, воспитывающих детей младшего возраста.

Россия входит в число стран с наиболее высокой распространенностью табакокурения. Количество курильщиков в стране превышает среднемировой уровень почти в 1,5 раза. Согласно исследованиям автора удельный вес курящего населения в Вологодской области составляет треть ее жителей, при этом 25% курильщиков имеют стаж курения 10 – 20 лет, а 21% – более 20 лет. В среднем за 2002–2008 гг. употребляли спиртные напитки 72% мужчин и 57% женщин. Ежедневно употребляли алкоголь почти 8% населения региона, 1 раз в неделю – 51%.

В целом уровень физической активности населения низок; только половина жителей считает, что мало времени затрачивает на двигательную активность. По оценкам Всемирной организации здравоохранения физическая пассивность провоцирует 1,9 млн. смертей в мире. Обще число россиян, занимающихся физкультурой и спортом регулярно или время от времени, оценивается учеными в 30%, но постоянно занимаются только 9%. По данным авторского обследования, физкульту-

турой и спортом занимается 11% населения. Учитывая низкие показатели здоровья россиян, удельный вес населения, ориентированного на здоровый образ жизни, представляется недостаточным. Для многих хорошее здоровье не является жизненной целью, а рассматривается как возможность получения более высоких доходов, карьерного роста, достойного содержания семьи. Подавляющее большинство населения не имеет перспективных планов сохранения и укрепления здоровья, а использует его как ресурс для увеличения доходов. Необходимо изменить модель поведения большинства населения: забота о своем здоровье и здоровье близких людей должна формироваться не по факту «ухудшения здоровья», а предотвращая его.

В **Заключении** представлены выводы из проведенного исследования.

1. В условиях глобализации, динамичности внешних и внутренних процессов осмысление изменений общественного и индивидуального здоровья, а также разработка теоретико-методологических положений и методов их изучения необходимы и весьма значимы.

2. На основании исследования предложена авторская трактовка понятия «общественное здоровье» как свойства населения определенной территории, обеспечивающего демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность, формирующегося при комплексном воздействии биологических, социально-экономических, социокультурных и экологических факторов.

3. Методология исследования включает в качестве инструментария научного анализа показатель индекса самооценки здоровья, позволяющий оценить общественное здоровье, базируясь на данных социологического обследования индивидов. Использование данного показателя в мониторинговом режиме дополняет и корректирует информацию официальной статистики, т.к. не зависит от обращаемости населения в медицинские учреждения.

4. Проведенные работы показали значительные масштабы экономических потерь от заболеваемости, инвалидности и смертности населения, что требует разработки стратегических программ, направленных на их снижение, увеличение экономической отдачи от сохранения здоровья.

5. В диссертационной работе показано, что за период социально-экономического оживления с 2000 по 2008 г. наметились положительные изменения в демографической ситуации: рост ожидаемой продолжительности жизни населения, сокращение общей смертности во всех группах причин, особенно от воздействия внешних, значительное сокращение младенческой смертности. Но общий уровень этих показателей по-прежнему значительно (в 1,5 – 2 раза) хуже такового в развитых странах.

6. Здоровье россиян за относительно благополучный период с 2000 по 2008 г. даже не стабилизировалось. Во всех регионах России отмечался рост заболеваемости населения, которая за этот период в целом по стране увеличилась на 15%. Значительное повышение отмечено в классах болезней системы кровообращения – 200%, крови и кроветворных органов – 200%. Заболеваемость социально обусловленными болезнями, такими как туберкулез, остается на опасно высоком уровне (85,1 чел. на 100 тыс. населения), превышающем порог эпидемии (по нормативам ВОЗ – 50 чел. на 100 тыс.).

7. Плохое здоровье населения связано с бедностью, которая влечет за собой менее сбалансированное и качественное питание, худшие жилищные условия, более низкую мотивацию на здоровый образ жизни. Недостаток денежных средств снижает репродуктивные планы семьи. Для сохранения и укрепления здоровья населения необходимо повышение уровня его жизни.

8. Осуществленная автором типологизация населения по состоянию здоровья с учетом воздействия факторов риска позволяет утверждать, что в период экономического оживления распространенность и влияние основных социально-экономических факторов, снижающих здоровье населения, существенно не изменились. Их распространенность в группах с разным уровнем дохода не одинакова: удельный вес обеспеченных в 1,5 – 3 раза выше, чем малоимущих, в группах здоровых и относительно здоровых лиц; представительство малоимущих в группе «хронически больные с факторами риска» за 8 лет увеличилось в 2 раза. Вышеизложенное подтверждает гипотезу о том, что низкие доходы населения ограничивают возможности сохранения и укрепления здоровья.

9. Выявлено неравенство населения в возможности получения медицинских услуг, особенно в разрезе «город – село», а также применительно к полярным доходным группам населения. Значительные различия в получении медицинских услуг обусловлены территориальными ограничениями: вследствие неразвитости дорожно-транспортного сообщения и территориальной отдаленности лечебно-профилактических учреждений. Жители сельских поселений дискриминируются в отношении получения медицинской помощи. Единственной возможностью для них получить необходимую медицинскую помощь является лечение в стационаре. Коммерциализация здравоохранения, высокая стоимость лекарственных препаратов, неэффективность их распределения снижают доступность медицинской помощи для социально уязвимых групп населения (люди с хроническими недугами, малообеспеченные, жители села).

10. Снижение общественного здоровья связано с уязвимостью новых поколений. Проведенное на основе авторской методики исследование позволяет утвер-

ждать, что здоровье детей ухудшается, а это ведет к низкому уровню здоровья молодежи и, в конечном счете, отражается на здоровье взрослых.

11. Установлено, что в различные возрастные периоды воздействие факторов не одинаково. В раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают: плохое здоровье родителей; низкий уровень гемоглобина у женщин в период беременности; курение матери, особенно во время беременности; условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам; характер вскармливания младенца. При формировании здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте усиливается влияние факторов среды обитания, образа и уровня жизни семьи. Более значимыми становятся: материальный достаток семьи; сбалансированность и режим питания ребенка; жилищные условия семьи; экологические условия в районе проживания; уровень социально-гигиенической грамотности и активности родителей по укреплению здоровья ребенка.

12. Низкая оснащенность медицинских учреждений всех уровней новыми технологиями и оборудованием препятствует эффективному выполнению задач по оздоровлению населения. Необходимо увеличение государственного финансирования отрасли при условии эффективного использования средств.

13. Отдельные меры, принимаемые в рамках государственных программ и проектов, не системны и не дают должного результата. Уровень и потенциал здоровья населения России продолжает снижаться, что представляет угрозу ее демографической и национальной безопасности. Для сохранения и улучшения здоровья россиян необходима разработка Национальной стратегии сохранения здоровья населения, предполагающей системный проблемно-ориентированный подход к решению данной задачи.

**Публикации автора.** Основные положения диссертации отражены в 62 публикациях с авторским вкладом – 82,1 п.л., включающих 2 монографии, в том числе 11 статей, опубликованных в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

#### **Монографии, разделы в монографиях, брошюры**

1 *Шабунова, А.А.* Здоровье населения в современной России: состояние и динамика [Текст] / А.А. Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с. (25,5)

2. *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. (18/9)

3. Трудовой потенциал региона [Текст] / К.А. Гулин, А.А. *Шабунова*, Е.А. Чекмарева. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2009. – 84 с. (5,3/1,8)

4. *Шабунова, А.А.* Глава 2. Население региона: демографические, этнокультурные, социальные особенности; Глава 4. Регион через призму социального самочувствия насе-

ления // Социокультурные аспекты развития территории [Текст] / А.А. Шабунова, К.А. Гулин, Н.А. Окулова, Т.С. Соловьева. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2009. – 131 с. (8,1/3,5)

5. *Шабунова А.А.* Раздел 3.3 Пространственные особенности общественного здоровья // Пространственные аспекты развития региона [Текст] / В.А. Ильин, М.Ф. Сычев, К.А. Гулин [и др.]; под ред. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2008. – С. 151-160. (0,6)

6. *Шабунова А.А.* Раздел 3.3 Репродуктивные права и здоровье мужчин // Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении [Текст] / под. общ. ред. Н.М. Римащевской. – М.: Агентство «Социальный проект», 2007. – 204 с. (13/0,5)

7. *Шабунова А.А.* Глава 1. Теоретико-методологические аспекты изучения здоровья населения; Раздел 2.1. Демографическое развитие и здоровье населения России; Раздел 4.1. Тенденции развития российской системы здравоохранения; Раздел 4.2. Региональное здравоохранение и общественное здоровье // Проблемы сохранения человеческого потенциала: медико-демографические аспекты [Текст] / А.И. Попугаев, А.А. Шабунова, Н.А. Рыбакова, К.А. Гулин, Н.А. Короленко, Г.В. Тихомирова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 157 с. (9,8/4,4)

8. *Шабунова А.А.* Глава 1. Стратегическое управление как основа повышения эффективности здравоохранения; Раздел 3.3. Методика анализа потерь потенциальной жизни вследствие преждевременной смертности // Эффективность здравоохранения региона [Текст] / В.А. Ильин (руководитель), А.А. Шабунова, А.А. Колинко, М.Д. Дуганов, К.А. Гулин [и др.]. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 192 с. (12/4,7)

9. *Шабунова А.А.* Раздел 2.2 Приоритеты развития регионального здравоохранения // Проблемы регионального развития: 2007 – 2010 [Текст] / под рук. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2007. – 184 с. (11,5/1,4)

10. *Шабунова А.А.* Глава 1. Сущность и тенденции депопуляции в России: мнения, суждения, дискуссии; Глава 3. Здоровье детей – ключевое звено демографического развития; Раздел 4.1. Репродуктивный потенциал: понятие, измерение, сущность // Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы [Текст] / В.А. Ильин, А.А. Шабунова, А.А. Колинко, К.А. Гулин, М.А. Копейкина, Е.Л. Вологодина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с. (13/8,5)

11. *Шабунова, А.А.* Формирование здоровья детей: от роддома до школы (основные итоги семи лет исследования) [Текст] / А.А. Шабунова, Е.Л. Вологодина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – 96 с. (6/4,7)

12. Ильин, В.А. Проблемы здорового детства: региональный аспект [Текст] / В.А. Ильин, А.А. Шабунова. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2000. – 59 с. (3,7/2,7)

13. Ильин, В.А. Формирование здорового поколения: реальность и проблемы [Текст] / В.А. Ильин, А.А. Шабунова. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 1999. – 34 с. (2,1/1,6)

### Статьи, опубликованные в изданиях, рекомендованных ВАК

14. *Шабунова, А.А.* Проблемы доступности медицинской помощи для населения [Текст] / А.А. Шабунова // Федерализм. – 2010. – № 1(57) – С. 209-219. (1)
15. *Шабунова А.А.* Кризисное состояние здравоохранения: проблемы и перспективы преодоления [Текст] / А.А. Шабунова // Уровень жизни населения регионов России. – 2010 – № 9 (151). – С. 98-100. (0,2)
16. *Шабунова, А.А.* Стационарозамещающие технологии в региональном здравоохранении: организационно-экономический аспект [Текст] / А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов, К.Н. Калашников // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2010. – №10. – С. 115-123. (0,5/0,3)
17. *Шабунова, А.А.* Вологодская область: перспективы демографического развития территории [Текст] / А.А. Шабунова, А.О., Богатырев Н.А. // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2010. – №3. – С. 51-61. (0,5/0,4)
18. *Шабунова, А.А.*, Оценка эффективности расходов на здравоохранение: опыт Вологодской области [Текст] / А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов, К.Н. Калашников // Регион: экономика и социология. – 2010 – № 3. – С. 201-219. (1,1/0,4)
19. *Шабунова, А.А.* Факторы, ограничивающие здоровье населения региона (на примере Вологодской области) [Текст] / А.А. Шабунова, Н.А. Рыбакова, Г.В. Тихомирова // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 85-91. (0,4/0,13)
20. *Шабунова, А.А.* Подушевое финансирование в здравоохранении: вопросы практической реализации [Текст] / А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов, К.Н. Калашников // Вестник ИНЖЭКОНа. – 2009. – №7 (34). – С. 95-100. (0,3/0,1).
21. Подушевое финансирование здравоохранения по методу «затраты-результаты» [Текст] / А.А. Коляшко, М.Д. Дуганов, С.В. Ковригина, А.А. Шабунова, К.Н. Калашников // Финансы. – 2008. – №7. – С. 9-12. (0,2/0,05)
22. *Шабунова, А.А.* Индекс здоровья населения Вологодской области [Текст] / А.А. Шабунова, Н.А. Рыбакова, Г.В. Тихомирова // Вопросы статистики. – 2008. – № 5. – С. 73-77. (0,25/0,1)
23. *Шабунова, А.А.* Социально-гигиеническая грамотность как фактор репродуктивного поведения женщин [Текст] / А.А. Шабунова, М.А. Ласточкина // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 114-117. (0,19/0,1)
24. *Шабунова, А.А.* Репродуктивный потенциал населения Вологодской области [Текст] / А.А. Шабунова, М.А. Ласточкина // Регион: экономика и социология. – 2007. – № 2. – С. 129-136. (0,4/0,2)

### Работы, опубликованные в иных изданиях

25. Шабунова, А.А. Семья и здоровье детей на рубеже XXI века [Текст] // Экономические и социальные перемены в регионе: информ. бюллетень. – Вып. 3. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 1998. – С. 94-99. (0,3)

26. Качество вступающего в жизнь поколения [Текст] / Н.М. Римашевская, Е.Б. Бреева, А.А. Шабунова [и др.] // Россия 1997. Социально-демографическая ситуация: VII ежегодный доклад. – М.: Изд-во ИСЭПН РАН, 1998. (0,3)

27. Ильин, В.А. Некоторые результаты исследования по теме «Изучение условий формирования здорового поколения» [Текст]: / В.А. Ильин, А.А. Шабунова // сб. материалов областной науч.-практ. конф. «СЭС 75 лет» – Вологда: Полиграфист, 1998. (0,1)

28. Шабунова, А.А. Условия формирования здорового поколения [Текст] / А.А. Шабунова // Состояние и перспективы демографического развития России: доклады и тезисы докладов Междунар. науч.-практ. конф. – М.: Гуманитарий, 1998. (0,1)

29. Шабунова, А.А. Условия формирования здорового поколения [Текст] / А.А. Шабунова // Системное научно-методическое обеспечение учебного процесса – новое качество обучения: сб. научных статей. – Вологда: ВГМХА, 1998. (0,3)

30. Шабунова, А.А. Характеристика здоровья детей и анализ влияния социально-экономических факторов на здоровье [Текст] / А.А. Шабунова // Экономика региона: обеспечение социально-экономических реформ, проблемы и перспективы: сб. научных статей. – Вологда: ВГМХА, 1999. (0,2)

31. Шабунова, А.А. Здоровье детей – будущее здоровье нации [Текст] / А.А. Шабунова // Социально-экономические реформы: региональный аспект: материалы Второй Рос. науч.-практ. конф. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 1999. (0,3)

32. Шабунова, А.А. Социально-экономические аспекты формирования здоровья детей [Текст] / А.А. Шабунова // Социально-экономическое, духовное и культурное возрождение Карелии: материалы Междунар. науч.-практ. конф. – Петрозаводск, 2000. (0,5)

33. Шабунова, А.А. Проблемы здорового детства: региональный аспект [Текст] / А.А. Шабунова // I конкурс научно-исследовательских работ по экономике: сб. конкурсных науч. работ: информ. бюллетень. – Вып. 13. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2000. (0,4)

34. Шабунова, А.А. Влияние социально-экономических факторов на здоровье детей [Текст] / А.А. Шабунова // Народонаселение. – 2000. – №4. (0,2)

35. Шабунова, А.А. Социально-экономические аспекты формирования здоровья детей [Текст] / А.А. Шабунова // Экономика Северо-Запада: проблемы и перспективы развития. – 2000. – № 4(6). (0,3)

36. Шабунова, А.А. Проблемы здорового детства: региональный аспект [Текст] / А.А. Шабунова // Стратегия и тактика реализации социально-экономических реформ: региональный аспект: тезисы докладов Третьей Рос. науч.-практ. конф., г. Вологда, 17-20 января 2001 г. – Вологда, 2001. – С. 137-138. (0,1)

37. Шабунова, А.А. Здоровье детей – дело общее (по результатам мониторинга здоровья детей) [Текст] / А.А. Шабунова // Экономические и социальные перемены в регионе: информ. бюллетень. – Вып. 16. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2002. (0,5)

38. Шабунова, А.А. Некоторые социальные аспекты формирования здоровья детей [Текст] / А.А. Шабунова // Социальные аспекты развития региона: материалы заседаний региональных секций III Рос. науч.-практ. конф. – Часть 1. – Вып.1. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С.37-42. (0,3)
39. Шабунова, А.А. Медицинская активность и роль семьи в укреплении здоровья детей [Текст] / А.А. Шабунова // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 21. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – С. 58-63. (0,3)
40. Шабунова, А.А. О социальной опасности наружной рекламы табачных изделий [Текст] / А.А. Шабунова, Г.В. Тихомирова, О.Н. Политова // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 24. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2004. – С. 51-55. (0,2/0,1)
41. Шабунова, А.А. Современная демографическая ситуация в Вологодской области: репродуктивный аспект [Текст] / А.А. Шабунова, М.А. Копейкина // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 24. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2004. – С. 51-55. (0,2/0,1)
42. Шабунова, А.А. Условия формирования здоровья и развития детей [Текст] / А.А. Шабунова // Дети и молодежь – будущее России: материалы Второй Рос. науч.-практ. конф., г. Вологда, 7-9 июля 2004 г. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2004. – С. 45-51. (0,4)
43. Шабунова, А.А. Репродуктивное поведение женщин Вологодской области: тенденции и перспективы [Текст] / А.А. Шабунова, М.А. Копейкина, Е.Л. Вологодина // Управление здравоохранением. – 2005. – № 1-2. – С. 55-65. (0,6/0,2)
44. Шабунова, А.А. Участие социальных институтов в формировании репродуктивного потенциала [Текст] / А.А. Шабунова // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 28. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – С. 66-81. (0,9)
45. Шабунова, А.А. Формирование подрастающего поколения в условиях социальной дифференциации населения России [Текст] / А.А. Шабунова // Общество и экономика. – 2006. – № 6. – С. 174-181. (0,4)
46. Шабунова, А.А. Влияние социального положения семей на здоровье и развитие детей [Текст] / А.А. Шабунова // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 32. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – С. 63-69. (0,4)
47. Шабунова, А.А. Здоровье детей – ключевое звено демографического развития [Текст] / А.А. Шабунова // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 35. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – С. 64-70. (0,4)
48. Шабунова, А.А. Репродуктивный потенциал населения Вологодской области: проблемы, решения [Текст] / А.А. Шабунова, М.А. Ласточкина // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 35. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – С. 56-61. (0,4/0,2)



49. Шабунова, А.А. Новые подходы к охране репродуктивного здоровья населения [Текст] / А.А. Шабунова, М.А. Копейкина, Е.Л. Вологодина // Управление здравоохранением. – 2006. – № 1-2. – С. 61-69. (0,5/0,2)
50. Шабунова, А.А. Репродуктивное поведение женщин Вологодской области [Электронный ресурс] / А.А. Шабунова, М.А. Ласточкина, Е.Л. Вологодина. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0267/analit05.php>
51. Шабунова, А.А. Возможности реализации прав по охране и укреплению репродуктивного здоровья: гендерный диспаритет [Текст] / А.А. Шабунова, М.А. Ласточкина // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 36. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2007. – С. 70-78. (0,5/0,25)
52. Шабунова, А.А. Статистический анализ системы нравственных ценностей населения региона [Текст] / А.А. Шабунова, М.А. Ласточкина, Е.А. Чекмарева // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 38. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2007. – С. 64-69. (0,3/0,15)
53. Римащевская Н.М. Мониторинг подрастающего поколения: тенденции и особенности развития [Текст] / Н.М. Римащевская, Е.Б. Бреева, Р.Т. Барсукова, А.А. Шабунова // Народонаселение. – 2007. – № 1. (0,1)
54. Шабунова, А.А. Состояние окружающей среды как фактор риска для здоровья населения Вологодской области [Текст] / А.А. Шабунова, Н.А. Рыбакова, Г.В. Тихомирова // Вестник МАНЭБ. – 2008. – № 1. – С. 129-134. (0,3/0,1)
55. Шабунова, А.А. Региональные особенности смертности населения [Текст] / А.А. Шабунова, Н.А. Рыбакова, Е.А. Чекмарева, М.В. Морев // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2008. – № 1. – С. 105-116. (0,7/0,2)
56. Шабунова, А.А. Социально-корректируемые факторы, влияющие на здоровье детей раннего возраста [Текст] / А.А. Шабунова, В.В. Степаненко // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 41. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2008. – С. 56-62. (0,4/0,2)
57. Шабунова, А.А. Россия и Беларусь: здоровье населения и демографическое развитие [Текст] / А.А. Шабунова // Экономическое и научно-инновационное сотрудничество регионов России и Беларуси: материалы междунар. науч.-практ. конф., г. Вологда, 18-20 июня 2008 г. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2008. – С. 140-149. (0,6)
58. Шабунова А.А. Репродуктивный выбор современной семьи [Текст] / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 41. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2008. – С. 62-67. (0,3/0,15)
59. Шабунова, А.А. Экономическая оценка потерь трудового потенциала населения [Текст] / А.А. Шабунова, К.Н. Калапников // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2008. – № 4. – С. 53-61. (0,5/0,25)

60. Шабунова, А.А. Репродуктивное поведение жителей Вологодской области [Текст] / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова // Население, семья, уровень жизни: материалы междунар. науч. конф. – М.: М-Студио, 2008. – С. 106-115. (0,6/0,3)

61. Шабунова, А.А. Репродуктивное здоровье как фактор качества воспроизводства населения [Текст] / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – Вып. 3. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2009. – С. 73-81. (0,5/0,25)

62. Шабунова, А.А. Влияние материального положения семьи на здоровье детей [Текст] / А.А. Шабунова, В.В. Степаненко // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – 2009. – № 45. – С. 80-86. (0,4/0,2)